

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gwenaëlle GALBRUN

Née le 3 Avril 1981 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 29 Avril 2011

REPÉRAGE DU RISQUE ALCOOL CHEZ LES PLUS DE 65 ANS PAR UNE BORNE INTERACTIVE : Étude de faisabilité.

Président de thèse : Professeur Benoît COFFIN

Directeur de thèse : Docteur Dorothee LÉCALLIER

DES de Médecine générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Benoît Coffin, pour l'excellent souvenir que je garde de mon passage dans son service, et qui me fait l'honneur et le plaisir de présider cette thèse.

A Madame le Docteur Dorothee Lécallier, ma précieuse directrice de thèse, pour m'avoir d'abord conduite sur la voie de l'addictologie, pour m'avoir offert la possibilité de participer à cette étude, et surtout pour m'avoir accompagnée dans ce travail, toujours avec bienveillance.

A Madame le Professeur Catherine Thiolet et à Monsieur le Professeur Marc Verny, qui ont accepté avec beaucoup de gentillesse de participer à ce jury.

A Madame Lebée, du Point Paris Emeraude, pour son enthousiasme, qui a rendu possible ce travail d'évaluation de la borne auprès des personnes âgées.

A Madame le Professeur Sylvie Legrain, qui a accepté la mise en place de ce projet au sein de l'hôpital Bretonneau.

A toute l'équipe du Point Paris Emeraude et de l'hôpital Bretonneau pour son accueil et sa gentillesse.

A toute l'équipe de l'UTAMA, qui m'a ouvert les portes de l'addictologie.

A Monsieur le Docteur Philippe Michaud, pour sa contribution à cette étude.

A mes parents, pour leur présence et leur soutien au cours de toutes ces années, et qui m'ont permis de m'accomplir dans mes études.

A mon frère, pour son soutien indéfectible, en toutes circonstances.

A Aurianne et Pascal, pour leur aide précieuse (notamment informatique !), et surtout pour leur amitié à toute épreuve, leur soutien et leur disponibilité.

A Marine, pour son aide, son écoute, son soutien, sa précieuse amitié.

A mes amis, qui m'ont supportée et soutenue pendant ce travail.

Table des matières

Introduction.....	7
1. Données épidémiologiques	9
1.1. Données démographiques.....	9
1.1.1. Part des personnes âgées.....	9
1.1.2. Evolution prévue	9
1.2. Espérance de vie.....	10
1.2.1. Espérance de vie à la naissance	10
1.2.2. Espérance de vie à différents âges de la vie	10
1.2.3. Espérance de vie sans incapacité	11
1.3. Définition de la personne âgée	12
1.4. Consommation d'alcool.....	14
1.4.1. Consommation d'alcool dans la population générale	14
1.4.2. Consommation d'alcool chez les personnes âgées.....	16
2. Conséquences de la consommation d'alcool chez les personnes âgées.....	20
2.1. Conséquences d'une consommation modérée d'alcool chez la personne âgée	20
2.1.1. Alcool et risque de mortalité.....	20
2.1.2. Alcool et risque cardio-vasculaire	21
2.1.3. Alcool et diabète	22
2.1.4. Alcool et démence.....	22
2.2. Conséquences d'une consommation abusive d'alcool chez la personne âgée	23

2.2.1.	Modifications métaboliques	24
2.2.2.	Modifications hématologiques	24
2.2.3.	Alcool et cancers	25
2.2.4.	Alcool et système cardio-vasculaire.....	25
2.2.5.	Alcool et système endocrine	25
2.2.6.	Alcool et états nutritionnels.....	25
2.2.7.	Alcool et médicaments.....	26
2.2.8.	Chutes.....	27
2.2.9.	Complications cérébrales	28
2.2.10.	Troubles cognitifs et démences.....	28
2.2.11.	Complications psychiatriques.....	29
3.	Moyens de repérage du risque et d'intervention.....	30
3.1.	Niveaux de risque, pyramide de Skinner.....	30
3.2.	Recommandations en matière d'alcool chez les personnes âgées.....	32
3.3.	Difficulté d'aborder la question de l'alcool chez les personnes âgées	33
3.4.	Outils de repérage actuels.....	35
3.4.1.	Signes cliniques	35
3.4.2.	Biologie.....	36
3.4.3.	Entretien.....	38
3.4.4.	Questionnaires	39

3.4.5.	Intérêt des auto-questionnaires	44
3.5.	Les outils pour l'intervention.....	45
3.5.1.	Les interventions brèves	45
3.5.2.	Remise d'un livret d'information	46
3.5.3.	Les informations brèves informatisées	46
4.	Etude	48
4.1.	Principe de l'étude et objectifs.....	48
4.2.	Le matériel de l'étude.....	49
4.2.1.	La borne interactive de prévention (Annexe 5)	49
4.2.2.	Les questionnaires utilisés	50
4.2.3.	Le livret	51
4.2.4.	Le questionnaire de l'étude (Annexe 8)	51
4.3.	Méthodologie	52
4.4.	Analyse.....	54
4.5.	Questions éthiques.....	54
4.6.	Résultats	54
4.6.1.	Participation à l'étude	54
4.6.2.	Caractéristiques de la population répondante	55
4.6.3.	Niveaux de risque et scores EDDA	55
4.6.4.	Niveaux de risque EDDA et seuils de risque.....	57

4.6.5.	Questionnaire d'évaluation de la borne	58
4.7.	Discussion	61
4.7.1.	Utilisation de la borne	61
4.7.2.	Niveaux de risque de la population répondante	63
4.7.3.	Discussion sur le questionnaire d'évaluation de la borne	64
4.7.4.	Attrait exercé par la borne auprès du personnel.....	67
	Conclusion	68
	Annexes	70
	Annexe 1 : Critères de l'abus et de la dépendance	70
	Annexe 2 : Etude PAQUID.....	72
	Annexe 3 : Pyramide des consommations d'alcool.....	73
	Annexe 4 : « <i>FRAMES</i> » ou les recommandations pour une attitude adaptée dans une intervention brève	74
	Annexe 5 : La borne interactive de prévention	75
	Annexe 6 : Le questionnaire EDDA	76
	Annexe 7 : Exemple de livret délivré par la borne	91
	Annexe 8 : Questionnaire de l'étude.....	93
	Bibliographie	94

Introduction

Le vieillissement de la population mondiale soulève la question de la consommation d'alcool des plus âgés et des risques pour leur santé. Pourtant ce problème est peu détecté, et est donc largement sous-estimé, voire ignoré, alors qu'il constitue un véritable défi pour la médecine d'aujourd'hui et de demain, et qu'il devrait être un vrai objectif de santé publique.

Le manque de repérage des consommations d'alcool dans cette population s'explique par plusieurs raisons. Tout d'abord, les sujets âgés, comme les soignants perçoivent peu leur usage d'alcool comme problématique, et sont ainsi sous-représentés dans les programmes de soins. Ensuite, le risque alcool reste une notion floue, encore bien souvent assimilée à « l'alcoolisme », y compris chez les professionnels de santé. Cette confusion explique en partie le scepticisme latent quant à la pertinence d'un repérage et d'une intervention sur les consommations à risque dans cette population.

Pourtant, les bénéfices attendus d'une telle stratégie sont certains, même si la littérature est pauvre en preuves scientifiques à ce sujet. Ces bénéfices touchent des domaines tels que la qualité de vie, et le maintien à domicile, paramètres importants si on s'intéresse à l'espérance de vie sans incapacité.

Bien sûr, une telle stratégie de repérage et d'intervention a un coût, et comme pour toute problématique de santé publique, le rapport coût-efficacité est à prendre en compte dans le projet.

Ce travail s'inscrit dans cette réflexion. Il tente d'expliquer la notion de risque alcool chez les personnes âgées, d'explicitier la pertinence d'un repérage de ce risque et d'une intervention dans cette population, et de proposer des outils adaptés pour une telle stratégie.

1. Données épidémiologiques

1.1. Données démographiques

1.1.1. Part des personnes âgées

D'après les données de l'INSEE, la France comptait, au 1^{er} janvier 2010, 64 667 374 habitants, avec une augmentation de 346 000 personnes depuis le 1^{er} janvier 2009, soit un accroissement de 0,5%. Au sein de cette population, 16,6% a 65 ans ou plus, soit 7,8% entre 65 et 74 ans et 8,8% de 75 ans ou plus. Surtout, la proportion des 65 ans et plus n'a de cesse de grandir. Ainsi entre le 1^{er} janvier 2009 et le 1^{er} janvier 2010, la part de cette population a augmenté en France de 1,30%¹.

Ainsi la population française, à l'image de la population mondiale, vieillit. Derrière le Japon, qui compte aujourd'hui la plus forte proportion d'adultes âgés de 65 ans et plus (19,5%), on trouve les pays européens (en moyenne 16%). En comparaison, la population nord américaine est relativement jeune, avec moins de 13%, plaçant les USA au 38^{ème} rang mondial².

1.1.2. Evolution prévue

Cependant, les Américains, à l'image du reste du monde, vieillissent, et l'arrivée des baby-boomers dans cette tranche d'âge ne va qu'amplifier la tendance (les premières générations du baby-boom d'après-guerre ont d'ores et déjà atteint ou dépassé les 60 ans).

En ce qui concerne la France, en supposant le maintien des tendances démographiques actuelles, on prévoit en 2030 29,3% d'adultes de 60 ans et plus et 7,2% d'adultes de 80 ans et plus contre respectivement 20,8% et 4,5% en 2005. Ainsi on attend un

accroissement de 5,6% de la population des 60 ans et plus, et de 75% de celle des 80 ans et plus³ ! C'est donc bel et bien le « papy-boom » qu'on nous promet. A plus long terme, toujours en supposant le maintien des tendances démographiques actuelles, on prévoit 32,1% d'adultes de 60 ans et plus en 2060, soit une hausse de 80% de cette part de la population en 53 ans⁴ !

Et bien sûr, l'allongement de la durée de vie dans les années à venir ne fait qu'accentuer ce phénomène. A ce propos, la part des centenaires, évaluée au 1^{er} janvier 2010 à 15 000 en France métropolitaine, soit treize fois plus qu'en 1970, pourrait atteindre 200 000 en 2060⁵.

1.2. Espérance de vie

1.2.1. Espérance de vie à la naissance

En France en 2009, l'espérance de vie à la naissance était de 84,5 ans chez les femmes et de 77,8 ans chez les hommes¹. En fait, l'espérance de vie croît régulièrement depuis un siècle. Ainsi l'espérance de vie à la naissance progresse de deux mois en 2009 par rapport à l'année précédente chez les femmes comme chez les hommes. En dix ans, les gains d'espérance de vie sont de deux années pour les femmes et de trois années pour les hommes.

1.2.2. Espérance de vie à différents âges de la vie

L'espérance de vie aux âges élevés de la vie a elle aussi progressé. En 2009, une femme de 60 ans a encore une espérance de vie de 27 ans soit 1,7 années de plus qu'il y a

10 ans, tandis qu'un homme du même âge atteint 22,2 ans et croît ainsi de 2 années en dix ans.

A 65 ans, l'espérance de vie est de 22,4 ans chez les femmes et de 17,9 ans chez les hommes.

A 75 ans, elle est encore de 13,9 ans chez les femmes et de 11 ans chez les hommes.

Enfin, à 85 ans, elle est de 10,3 ans chez les femmes et de 8,1 ans chez les hommes.

1.2.3. Espérance de vie sans incapacité

L'espérance de vie sans incapacité représente le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation d'activité (dans les gestes de la vie quotidienne) et sans affection génératrice de handicap.

D'après les données de l'INSEE, en France en 2007, l'espérance de vie sans incapacité est, à la naissance, de 64,2 ans chez les femmes et de 63,1 ans chez les hommes. Là encore, elle progresse puisqu'elle gagne 1,8 an chez les femmes depuis 1995 et plus de 3 ans chez les hommes sur la même période.

A 65 ans, elle est encore de 9,9 ans chez les femmes et 9,4 ans chez les hommes.

La réduction des causes de handicap et d'incapacité s'avère bien évidemment une des priorités à venir, et parmi elles la consommation d'alcool chez les plus âgés.

1.3. Définition de la personne âgée

Il est important de préciser certaines notions, à commencer par celles de « personne âgée » et de « vieillesse ». Effectivement qu'entend-on par personne âgée ? Comment se définit cette tranche de population ? Existe-t-il des critères stricts permettant de classer les personnes dans cette tranche ? Et le cas échéant, quels sont-ils ?

Le *Petit Robert* donne comme définition pour « âgé » : « qui est d'un âge avancé ; renvoie à vieux, personnes âgées et vieillards ». Ainsi la langue française propose une définition très vague de la personne âgée, sans critère vraiment précis. En somme les « personnes âgées » ce sont les « vieux » voire les « vieillards ».

Dans sa préface de la Gérontologie préventive parue aux éditions Masson, A. Rey rappelle qu'étymologiquement, vieux vient du latin *vetus*, terme marquant l'effet du temps sur les choses et les êtres. Or, même si cet effet du temps est parfois bénéfique pour certains objets, comme on le considère d'ailleurs généralement pour le vin (*vetus vinum* : notre vieux vin), il est plus souvent apparenté à une dégradation, une détérioration lorsqu'il s'exerce sur des vivants et notamment des êtres humains. Ce terme de *vetus* s'oppose ainsi dans la langue latine au terme *novus* : neuf, alors qu'un autre terme *senex* est utilisé pour désigner le « vieux » dans sa classe d'âge, en opposition au terme *juvenis* : jeune.

La langue française continue quant à elle à distinguer « neuf » et « jeune », par contre elle a bloqué les deux idées latines de « dégradation par l'âge » et de « caractère propre aux humains âgés » dans un seul mot : « vieux ». Donc en français, ce qui est vieux fait référence à l'usure du temps. Or l'usure du temps se traduit médicalement chez la personne âgée par un état de santé potentiellement déclinant, l'augmentation du nombre

de maladies chroniques et l'altération de l'état fonctionnel. Cette dernière notion est en fait fondamentale pour définir une personne âgée.

Il existe d'autres définitions de la personne âgée, selon différents critères. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, les personnes âgées représentent les personnes de 65 ans et plus.

Une définition sociale utilise l'âge de cessation de l'activité professionnelle, soit 55-60 ans pour la majorité française. D'ailleurs en France, la réglementation concernant les prestations sociales pour les personnes âgées utilise le seuil de 60 ans. Mais alors certains poursuivant leur activité professionnelle dans des âges bien plus avancés ne seraient pas considérés comme âgés, alors que les préretraités seraient considérés prématurément comme des personnes âgées ? On comprend d'ores et déjà que ce seul critère n'est pas suffisant.

Les gériatres, qui de leur côté s'intéressent aux personnes âgées malades, retiennent l'âge de 75 ans pour définir la personne âgée. En France, la circulaire de mars 2007 sur la filière gériatrique précise que les personnes âgées qui relèvent d'une unité de médecine gériatrique sont âgées de 75 ans et plus et sont caractérisées par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques et de problème sociaux surajoutés. Les personnes de plus de 75 ans ne présentant pas de polypathologie, mais une pathologie unique ou très prédominante relevant plus d'une prise en charge en spécialité d'organes, peuvent néanmoins être retenues comme appartenant à la catégorie des personnes âgées malades mais en sachant qu'elles sont moins fragiles.

Cette notion de fragilité ou encore de vulnérabilité apparaît comme une caractéristique importante de la personne âgée. Ce concept de fragilité est considéré par certains gériatres comme un syndrome clinique. Celui-ci correspondrait à l'action conjuguée du vieillissement physiologique, des habitudes de vie, des changements des déterminants socioéconomiques au cours de la vieillesse, et des maladies. La fragilité limiterait ainsi les capacités d'adaptation au stress et au changement. C'est ce concept qui est avancé pour expliquer les décompensations fonctionnelles en cascade décrites en médecine gériatrique. Cependant en pratique, il n'existe pas de définition consensuelle du concept de fragilité, ce qui en fait une entité non opérationnelle.

En ce qui concerne la consommation d'alcool chez les personnes âgées, on peut retenir que toute consommation d'alcool inadaptée les fragilise.

Le groupe des personnes âgées est donc inhomogène. Il est vaste et rassemble des personnes bien différentes dans leur état de santé et leur état fonctionnel.

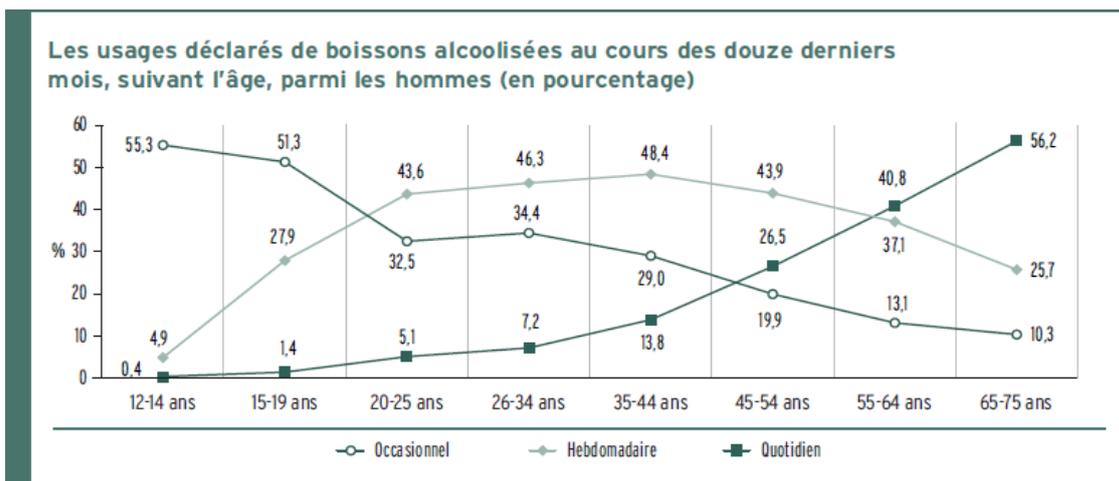
1.4. Consommation d'alcool

1.4.1. Consommation d'alcool dans la population générale

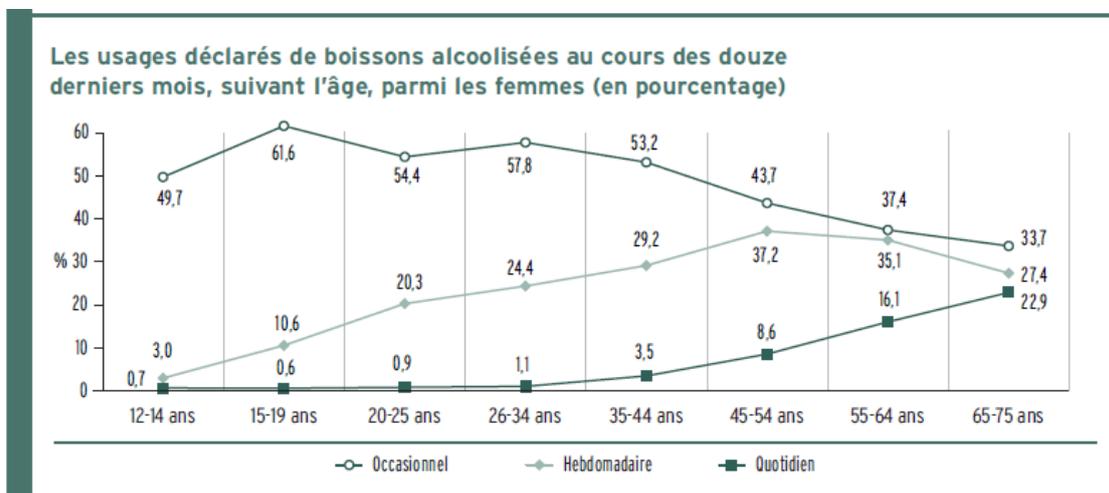
D'après l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) et son Baromètre Santé 2005 (enquête nationale ayant interrogé par téléphone 30 514 personnes âgées de 12 à 75 ans, dont 49,3% d'hommes et 50,7% de femmes), 13,7% des français ont consommé de l'alcool (vin, bière et autres) tous les jours au cours de l'année 2005. Plus précisément, dans la population adulte de 18 à 75 ans, 35% a consommé de l'alcool au

moins une fois par semaine, 37% en a consommé de façon occasionnelle, et enfin 7% déclare n'avoir jamais bu d'alcool⁶.

Parmi les consommateurs réguliers de 18 à 75 ans, on retrouve davantage d'hommes, avec 23% de consommateurs quotidiens et 41% de consommateurs hebdomadaires, contre 8% de consommatrices quotidiennes et 29% de consommatrices hebdomadaires. A l'inverse les femmes semblent préférer les consommations occasionnelles puisqu'elles sont 48% à consommer l'alcool selon ce mode contre 25% d'hommes. Il est important de noter que, tous sexes confondus, ce chiffre est en baisse de 29% par rapport à l'année 2000.



Source : Baromètre santé OFDT 2005



Source : Baromètre santé OFDT 2005

Ensuite il apparaît que le vin est l'alcool le plus consommé, puisque 77,2% des consommateurs en ont bu au moins une fois dans l'année, contre 56,2% pour l'alcool fort, et 53,2% pour la bière. Le vin est aussi l'alcool le plus consommé de façon quotidienne, avec 12,7% des consommateurs qui déclarent en avoir bu tous les jours, contre 2% seulement de consommateurs quotidiens de bière et 0,8% de consommateurs quotidiens d'alcools dits forts (liqueurs ou spiritueux).

1.4.2. Consommation d'alcool chez les personnes âgées

Chez les personnes âgées, l'évaluation de la consommation d'alcool est très imprécise car peu d'études s'y intéressent. Même l'OFDT dans son Baromètre Santé ne s'est pendant longtemps pas intéressé aux plus de 75 ans, et c'est seulement la première fois en 2010 qu'il a interrogé les personnes âgées jusqu'à 85 ans (à paraître). Ainsi les données concernant les consommations d'alcool chez les octogénaires et nonagénaires sont quasiment inexistantes.

Les critères standards du mésusage et de la dépendance sont difficiles à appliquer dans cette population car probablement peu adaptés (Annexe 1).

Enfin, l'usage d'alcool (ou de drogue) n'est pas perçu comme problématique ni par les personnes âgées, ni par les soignants qui s'en occupent.

Ces différentes données suggèrent que la consommation d'alcool dans cette population est très probablement sous-estimée.

D'après l'OFDT, l'alcool apparaît comme le produit le plus consommé après 60 ans. En outre, la consommation d'alcool connaît une hausse continue avec l'âge des générations

observées (15-75 ans). Alors que dans la population générale on retrouve davantage de consommateurs chez les hommes que chez les femmes, l'écart des consommations d'alcool entre hommes et femmes a tendance à diminuer parmi les seniors. Surtout, les personnes âgées semblent consommer l'alcool de manière plus régulière que les plus jeunes : en effet, l'usage quotidien concerne moins de une personne sur dix avant l'âge de 40 ans contre 37% des seniors de 60 à 75 ans. Ceci reflète le changement des modes de consommation avec les générations : les plus âgés consomment comme ils ont toujours consommé culturellement, c'est-à-dire du vin quotidiennement, alors que les plus jeunes adoptent leurs modes de consommation aux évolutions collectives (consommation de fin de semaine). A ce sujet le Baromètre Santé 2005 rapporte que 21% des 15-29 ans ont bu du vin au cours des 7 derniers jours, alors qu'ils sont 66% parmi les 60-75 ans⁷.

Le mode de consommation des 60-75 ans est donc plus régulier, mais moins orienté vers les excès et les ivresses. Toujours selon l'OFDT, parmi les consommateurs quotidiens d'alcool chez les 60-75 ans, 72% déclarent boire en moyenne 1 à 2 verres par jour, ce qui apparaît comme une consommation modérée.

On rappelle que le verre standard en France correspond à 10 grammes d'alcool pur.



Selon la classification internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1 UI = 1 verre standard, mais il faut se méfier car le verre standard n'est pas homogène d'un pays à l'autre. En effet, dans un autre pays européen comme l'Italie, le verre standard correspond à 12 grammes d'alcool pur, et aux USA, à 14 grammes d'alcool pur.

Si on s'intéresse à l'étude PAQUID (QUID sur les Personnes Agées) qui a enquêté sur 3777 sujets âgés de 65 ans et plus, en Gironde et en Dordogne, recrutés en 1988, avec pour objectif l'étude du vieillissement cérébral et fonctionnel, on retrouve la même tendance, à savoir une prédominance (40,8%) de consommateurs légers (1 à 2 verres par jour) parmi l'ensemble des consommateurs. Là encore, le vin est l'alcool le plus souvent consommé (>95%).⁸ (Annexe 2)

Cependant, même si la consommation légère et régulière semble prédominer dans cette population, il ne faut pas pour autant sous-estimer les *binge* (consommation massive d'alcool en un temps court à visée de « défonce » classiquement pratiquée par les adolescents et les jeunes adultes), comme le montre une récente étude réalisée auprès de plus de 4000 sujets âgés de 65 ans et plus : 14% d'hommes et 3% de femmes rapportent au moins un épisode de *binge* dans le dernier mois⁹.

Une autre étude réalisée au centre hospitalier de Mâcon a montré que 4,2% des patients admis en état d'ivresse alcoolique avaient plus de 75 ans. Les valeurs d'alcoolémie étaient moins élevées que chez les plus jeunes, ceci pouvant être expliqué par la moindre tolérance aux substances psycho-actives chez les plus âgés. Le recours aux soins hospitaliers était motivé par une chute dans 61% des cas, ou par un malaise dans 34% des cas¹⁰.

Si on s'intéresse à la consommation d'alcool des plus âgés dans d'autres pays, on remarque qu'il ne s'agit pas d'un comportement propre aux français. Aux Etats Unis, les données du National Institut of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) rapportent que de nombreux adultes âgés américains consomment au moins un verre par mois, et que beaucoup boivent au-dessus des seuils recommandés pour les femmes et les hommes âgés, à savoir un verre par jour. Par ailleurs, une étude réalisée auprès d'adultes américains âgés de 65 ans et plus a montré que le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'alcool était plus important que celui lié aux infarctus¹¹. Le coût de la prise en charge des problèmes liés à l'alcool dans cette population équivaut d'ailleurs à celui de la dépression et des maladies coronariennes¹². De plus, une consommation excessive d'alcool est retrouvée chez 6 à 11% des patients âgés admis dans les hôpitaux américains, chez 29% des patients âgés admis dans les services psychiatriques, et chez 14% des patients âgés admis dans les services d'urgence¹³. Enfin, selon le National Household Survey on Drug Abuse (2000), 1,6% des sujets âgés ont consommé de l'alcool en forte quantité au cours des trente derniers jours. Il est alors important de rappeler qu'aux Etats Unis, une consommation est dite modérée lorsqu'elle est comprise entre un et six verres par semaine pour les femmes, entre un et treize verres par semaine pour les hommes. Au-delà, elle est dite excessive.

Le mésusage d'alcool chez les plus âgés n'est donc pas anecdotique et mérite l'attention des soignants qui doivent s'efforcer à le repérer. Dès lors que la consommation d'alcool altère l'état de santé ou la qualité de vie d'un patient, une prise en charge est justifiée.

2. Conséquences de la consommation d'alcool chez les personnes âgées

Nous avons vu précédemment que le trait commun des personnes âgées - groupe néanmoins inhomogène - est la vulnérabilité. Effectivement, le vieillissement s'accompagnant d'un déclin de l'état fonctionnel, d'une augmentation des maladies chroniques, d'une augmentation de l'usage des médicaments, de l'altération de l'état fonctionnel, il rend l'organisme plus fragile ou encore moins adapté pour faire face aux situations d'agression. Prendre en compte cette caractéristique est essentiel pour appréhender la question de la consommation d'alcool dans cette population. Or, l'alcool, pouvant induire des situations de stress, peut contribuer à fragiliser encore davantage l'organisme.

2.1. Conséquences d'une consommation modérée d'alcool chez la personne âgée

Néanmoins beaucoup d'études se sont intéressées aux bénéfices d'une consommation modérée d'alcool.

2.1.1. Alcool et risque de mortalité

Plusieurs études prospectives ont montré que parmi les sujets âgés ou moyennement âgés, une faible consommation d'alcool était associée à un taux de mortalité toutes causes confondues plus bas comparée à l'abstinence ou une consommation excessive (courbe en J)^{14 15 16 17}

2.1.2. Alcool et risque cardio-vasculaire

De même, ces études d'observation^{14 15 16 17} ont montré qu'une consommation faible ou modérée d'alcool était associée à un plus faible risque cardio-vasculaire comparée à une abstinence ou à une consommation excessive.

En France, pays consommateur de vin, c'est ce que l'on a souvent appelé le « French paradoxe » la mortalité cardio-vasculaire y étant moins importante que dans le reste de l'Europe¹⁸. Récemment encore, l'étude PRIME, réalisée auprès de 9778 hommes âgés de 50 à 59 ans dans trois centres français (Lille, Strasbourg et Toulouse) et un centre en Irlande du Nord (Belfast), a montré que la consommation régulière et modérée d'alcool (modèle français) au cours de la semaine était associée à un risque plus faible d'infarctus du myocarde, alors que la consommation *binge* (modèle irlandais) était associée à un risque plus élevé¹⁹.

Une large étude américaine a montré que les hommes consommant une quantité d'alcool équivalente à 30 g par jour avaient un plus faible risque d'infarctus du myocarde. Cette étude n'a en revanche pas montré de différence significative avec les différents alcools consommés²⁰.

Une autre étude américaine menée auprès de sujets âgés de 65 ans et plus a de surcroît trouvé qu'une consommation modérée d'alcool était associée à une réduction du risque d'arrêt cardiaque comparée à l'abstinence²¹.

Enfin, une consommation modérée d'alcool (1 à 2 verres par jour) est associée de manière indépendante à une réduction du risque d'accident vasculaire ischémique au sein d'une population urbaine et multiethnique. A noter qu'à l'inverse une consommation excessive d'alcool est délétère vis-à-vis de ce risque au sein de la même population²².

2.1.3. Alcool et diabète

D'autres études montrent qu'une faible consommation d'alcool est associée à un plus faible risque de mortalité et de diabète de type 2²³.

2.1.4. Alcool et démence

Devant l'accroissement du nombre de démences, dû à l'accroissement de la population très âgée, plusieurs études se sont intéressées au rôle de l'alcool dans cette pathologie. La première a été l'étude PAQUID qui retrouve un plus faible risque de développer une démence chez les consommateurs modérés de vin (3 à 4 verres par jour)⁸.

Ensuite, une étude américaine menée sur une cohorte de 5888 sujets âgés de 65 ans a montré qu'une consommation de 1 à 6 verres par semaine, comparée à l'abstinence, était associée à un plus faible risque de démence²⁴.

Une autre étude, cette fois réalisée en Chine, tire la même conclusion à savoir que les faibles consommations d'alcool sont associées à un risque significativement plus faible de démence, comparées à l'abstinence²⁵.

Enfin, la *Copenhagen Heart Study*, a conclu au bénéfice d'une consommation modérée d'alcool sur le risque de démence, mais uniquement chez les buveurs de vin²⁶.

Cependant, la *Rotterdam Study*, étude prospective réalisée auprès de 5395 sujets âgés de plus de 55 ans, n'a quant à elle pas montré de différence significative entre le vin et les autres alcools²⁷.

Aux vues de l'ensemble de ces études, on peut donc affirmer le rôle bénéfique d'une consommation légère à modérée d'alcool sur le risque de développer une démence. Cependant, il faut rappeler que les définitions d'une consommation légère et modérée varient grandement en fonction des études, et donc rester nuancé.

Ce rôle protecteur de l'alcool consommé en petite quantité semble lié à ses propriétés propres. Plusieurs mécanismes sont avancés : tout d'abord l'alcool réduit le risque cardio-vasculaire par son activité anti-thrombotique et en modifiant le profil lipidique (augmentation du taux d'HDL cholestérol) ; ensuite l'alcool pourrait avoir un effet direct sur les capacités cognitives en relargant de l'acétylcholine au niveau de l'hippocampe ; enfin grâce aux propriétés anti-oxydantes de l'alcool, et surtout du vin²⁸. Cependant, le fait qu'un type de boisson pourrait être plus « protecteur » vis-à-vis du risque cardio-vasculaire est toujours une question débattue. En outre, une consommation modérée d'alcool pourrait être le reflet d'une attitude générale responsable vis-à-vis de sa santé (contrôle de soi), et d'un réseau social dynamique, expliquant ainsi également cet effet protecteur. Quant au vin, il serait le marqueur d'un profil de vie particulier : régime alimentaire plus favorable (régime méditerranéen) et statut socio-économique plus favorable^{14 29}.

2.2. Conséquences d'une consommation abusive d'alcool chez la personne âgée

Les complications liées à un mésusage d'alcool sont des pathologies fréquentes en gériatrie. Cependant le lien de cause à effet avec les pathologies induites n'est pas toujours établi, ce qui amène à sous-estimer le mésusage d'alcool chez les personnes âgées. De plus, les complications somatiques liées à une consommation excessive dans cette population

sont difficiles à documenter, car les définitions, du terme âgé d'une part, et de l'usage à risque d'autre part, sont différentes selon les pays, ce qui rend les études comparatives délicates.

2.2.1. Modifications métaboliques

Chez la personne âgée, à consommation égale, le taux d'alcoolémie est plus important. Ceci s'explique par la diminution de la masse maigre et du volume corporel d'eau, ainsi que par la diminution de la concentration gastrique de l'alcool déshydrogénase entraînant une diminution du métabolisme de l'alcool. Ces modifications métaboliques pourraient expliquer qu'à consommation égale, l'avancée en âge conduit à une majoration des complications liées à l'alcool^{30 31 32 33}.

2.2.2. Modifications hématologiques

Les troubles hématologiques décrits chez les sujets plus jeunes peuvent être majorés chez les personnes âgées. Ainsi, une anémie peut être aggravée par une carence vitaminique (acide folique) surajoutée, due à une dénutrition.

Quant à la lignée blanche, la diminution de la fonctionnalité des globules blancs entraîne des épisodes infectieux graves chez les personnes âgées ayant une consommation excessive d'alcool³².

Enfin, la thrombocytémie, courante dans le cadre d'un mésusage d'alcool, peut engendrer des complications chez les personnes âgées par ailleurs traités par anti-agrégants plaquettaires³².

2.2.3. Alcool et cancers

L'alcool est impliqué dans la survenue de nombreux cancers, notamment les cancers ORL et des voies aéro-digestives supérieures, les cancers du foie et les cancers du sein. La durée d'exposition à l'alcool, et donc indirectement l'âge, jouent un rôle dans la carcinogénèse³².

2.2.4. Alcool et système cardio-vasculaire

D'une manière générale, l'excès d'alcool aggrave des pathologies cardio-vasculaires, par ailleurs fréquentes en gériatrie. Dans les complications cardiologiques liées à une consommation excessive d'alcool, on retrouve en particulier les troubles du rythme cardiaque, et notamment l'arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA) ; la cardiomyopathie alcoolique (deuxième cause de cardiomyopathie dilatée) ; les complications vasculaires avec les accidents vasculaires cérébraux ischémiques et hémorragiques, et les hémorragies méningées ; et bien sûr l'hypertension artérielle³⁴.

2.2.5. Alcool et système endocrine

La consommation excessive d'alcool, majorant la réduction de densité osseuse, aggrave l'ostéoporose du sujet âgé^{35 36}.

2.2.6. Alcool et états nutritionnels

La consommation excessive d'alcool aggrave la dénutrition du sujet âgé, aujourd'hui reconnue comme un problème de santé publique³⁷. Cependant, elle peut aussi entraîner une

surcharge pondérale au sein de cette population³⁸. Le mésusage d'alcool est également responsable, chez les plus âgés comme chez les plus jeunes, de dyslipidémies secondaires³⁹ et de carences vitaminiques (notamment vitamines B1, B6, B9) et électrolytiques (magnésium, zinc, sélénium)⁴⁰.

2.2.7. Alcool et médicaments

L'alcool est source d'interactions médicamenteuses : il perturbe la vidange gastrique, l'absorption intestinale et le métabolisme des médicaments. Ainsi il diminue l'effet de certains médicaments tels que les antihypertenseurs, couramment pris par les personnes âgées, alors qu'il potentialise l'effet de certains autres, par exemple l'aspirine ou les psychotropes.

De nombreuses études se sont intéressées aux interactions alcool-médicaments chez les séniors. En résumé, elles concluent que ces risques existent, qu'ils sont responsables d'effets délétères, et qu'il faut donc en informer les patients pour tenter de les prévenir, et également les repérer^{41 42 43}. L'Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) en mars 2009 a mené une campagne d'information sur les interactions alcool-médicaments, notamment auprès des seniors, en diffusant une liste des médicaments impliqués⁴⁴.

Certaines études se sont particulièrement intéressées à la consommation d'alcool chez les patients traités par psychotropes. Notamment une étude finlandaise récente rapporte que les sujets âgés sous psychotropes consomment de l'alcool de la même manière que les sujets ne prenant pas ces médicaments. Cette étude rapporte également l'absence d'information sur les risques d'interactions de la part des professionnels de santé⁴⁵.

L'impact de l'alcool sur les effets des médicaments est un processus qui doit inquiéter d'autant plus que les personnes âgées sont de gros consommateurs de médicaments. D'après un rapport publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) sous l'égide du Professeur Legrain⁴⁶ et s'intéressant à la consommation médicamenteuse des plus de 65 ans vivant à domicile, la proportion de consommateurs de médicaments augmente avec l'âge. En effet, 67% des plus de 65 ans déclarent acquérir au moins 1 produit pharmaceutique chaque mois contre 35% (seulement) pour les moins de 65 ans. Ainsi les plus de 65 ans consomment en moyenne 3,9 médicaments par jour. Plus dans le détail, la consommation journalière est de 3,3 médicaments pour les 65-74 ans, elle passe à 4,0 pour les 75-84 ans, et encore à 4,6 pour les 85 ans et plus. On peut aussi noter que les femmes sont de plus grandes consommatrices que les hommes. Enfin on retient que les médicaments les plus consommés sont ceux à visée cardio-vasculaire et ceux du système nerveux central dont les antalgiques et les psycholeptiques.

2.2.8. Chutes

Chez les personnes âgées, les chutes (et leurs conséquences) représentent une pathologie fréquente, dont les étiologies sont plurifactorielles. Parmi elles, la consommation d'alcool représente une cause non négligeable, cependant elle n'est pas toujours repérée. Pourtant, Mukamal en 2004 a montré qu'une consommation supérieure à 14 UI par semaine chez les seniors est corrélée à un risque plus important de chutes⁴⁷. De plus, une autre étude a montré qu'une consommation supérieure à 18 UI par semaine chez les plus de 65 ans est un facteur de risque de chutes à répétition (définies par deux chutes ou plus pendant une période de six mois)⁴⁸.

2.2.9. Complications cérébrales

La consommation excessive d'alcool représente un facteur de risque de nombreuses pathologies cérébrales, soit de façon indirecte par les troubles de la coagulation et les carences vitaminiques qu'il induit, soit par une toxicité propre sur le système nerveux.

En plus des complications connues chez les sujets plus jeunes, il faut s'intéresser plus particulièrement chez les personnes âgées aux troubles de la vigilance, à la sédation pouvant aller jusqu'au coma, et aux troubles du comportement engendrés ou aggravés par un mésusage d'alcool.

Il faut aussi noter la spécificité du syndrome de sevrage chez les personnes âgées : le délirium tremens peut survenir plusieurs jours – voire jusqu'à dix jours - après l'arrêt de la consommation (alors qu'il survient dans les 12 à 24 heures après le sevrage en alcool chez les plus jeunes)⁴⁹.

2.2.10. Troubles cognitifs et démences

On a vu plus haut le rôle bénéfique d'une consommation légère à modérée d'alcool sur le risque de développer une démence (cf 2.1.4). Cependant, consommé de façon excessive, l'alcool engendre des troubles cognitifs, et ce quelque soit l'âge.

Les troubles cognitifs identifiés par un mésusage d'alcool concernent la mémoire à court terme, en particulier visuelle, les capacités visuo-motrices, les capacités d'abstraction, mais aussi des fonctions plus élaborées telles que les stratégies d'organisation des tâches, rappelle l'Inserm dans son rapport de 2001¹⁴. Ces déficits sont néanmoins réversibles à

l'arrêt ou la diminution de la consommation d'alcool, ce qui les intègre dans le domaine des démences dites « curables ».

De nombreux auteurs s'intéressent au concept de démence alcoolique, néanmoins encore soumis à controverse. Certains auteurs l'ont décrit sous le terme d'alcohol-related dementia (ARD), dont la spécificité est due à son probable caractère curable (du moins en partie)⁵⁰. D'autres auteurs parlent de démence mixte, considérant que la démence alcoolique regroupe des caractéristiques d'une démence corticale et sous-corticale⁵¹. En outre, ce qu'il est important de souligner, c'est qu'un syndrome démentiel peut être d'origine multifactorielle, et qu'un mésusage d'alcool surajouté risque de compliquer et d'aggraver le tableau⁵².

2.2.11. Complications psychiatriques

Les complications les plus fréquentes liées au mésusage d'alcool sont les états dépressifs, les états anxieux, les suicides et les troubles du comportement. Ces tableaux cliniques sont complexes car causes et conséquences sont souvent intriquées⁵³.

3. Moyens de repérage du risque et d'intervention

3.1. Niveaux de risque, pyramide de Skinner

Il n'existe pas, en France, de seuils de consommation à risque spécifiques aux sujets âgés. On retrouve donc dans cette population les quatre mêmes groupes de consommateurs que dans la population adulte⁵⁴ :

- Les abstinents, de première ou deuxième intention, qui déclarent ne pas consommer d'alcool du tout.
- Les consommateurs à faible risque : leur consommation, occasionnelle ou quotidienne, n'atteint pas les seuils de consommation à risque et n'a pas de conséquences morbides ou relationnelles. Il s'agit d'une consommation conviviale, source de plaisir.
- Les consommateurs excessifs, répartis en deux sous-groupes :
 - o Les consommateurs à risque, définis par rapport aux seuils de l'Inpes comme consommant plus de 3 verres par jour ou 21 verres par semaine pour les hommes, et 2 verres par jour ou 14 verres par semaine pour les femmes.
 - o Les consommateurs à problèmes, qui présentent un retentissement de leur alcoolisation sur leur existence (retentissement physique, psychologique, social, ou même judiciaire).

- Les consommateurs dépendants : Ils ont une dépendance psychique et/ou physique à l'alcool (la dépendance est définie par les critères du DSM IV ou de la CIM 10 cf annexe1).

La pyramide de Skinner (Annexe 3) illustre ces notions de risques et intègre aussi le rôle majeur de la prévention :

- La prévention primaire : son rôle est de limiter l'exposition au risque alcool des abstinentes et consommateurs à faible risque. Elle peut être ciblée sur une population (par exemple les femmes enceintes) et utilise des moyens variés (dépliants, campagnes d'information et de sensibilisation...).
- La prévention secondaire : elle s'adresse aux buveurs excessifs et tente de prévenir l'apparition ou l'aggravation de dommages consécutifs à l'alcool en diminuant leur consommation.
- La prévention tertiaire ou prévention de la rechute : elle concerne les patients alcoolo-dépendants et tente de limiter les séquelles liées à leur consommation d'alcool en les prenant en charge, en les accompagnant dans un sevrage et en prévenant la rechute.

3.2. Recommandations en matière d'alcool chez les personnes âgées

Les seuils de consommation considérée comme à risque ne sont pas clairement établis chez les personnes âgées. Dans certains pays, les recommandations concernant les seuils acceptables de consommation sont inférieurs chez les plus de 65 ans par rapport aux adultes. C'est le cas aux USA où la NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) et l'American Geriatrics Society recommandent pour les personnes âgées de 65 ans ou plus de limiter leur consommation à moins d'une unité standard par jour, soit sept unités par semaine, sans dépasser plus de trois verres pour une seule occasion^{55 56 57} (on rappelle que le verre standard aux USA correspond à 14 g d'alcool pur).

En Nouvelle-Zélande et en Australie, les recommandations sont les mêmes quel que soit l'âge mais il est conseillé aux personnes âgées de consommer moins^{58 59}.

En Europe, seule l'Italie recommande pour les personnes âgées de ne pas dépasser un verre-standard par jour (12 g d'alcool pur)⁶⁰.

En France, il n'y a pas de recommandations spécifiques concernant la consommation d'alcool des personnes âgées. Ainsi quel que soit l'âge, ce sont les seuils de l'INPES qui sont utilisés, à savoir pas plus de 3 verres standard par jour ou 21 verres standard par semaine chez les hommes, et pas plus de 2 verres standard par jour ou 14 verres standard par semaine chez les femmes (hors grossesse), sans dépasser 4 verres par occasion (on rappelle qu'en France, un verre correspond à 10 g d'alcool pur). Pourtant les publications à ce sujet rappellent la sensibilité physiologique accrue à l'alcool des personnes âgées, et insistent sur le fait que les pathologies doivent être prises en compte, mais ne donnent pas pour autant d'éléments chiffrés.

Pourtant, de récentes études se sont intéressées à l'augmentation du risque de mortalité et/ou d'incapacité fonctionnelle en fonction de la consommation d'alcool. Notamment Moore en 2003 a étudié le retentissement de différentes modalités de consommation d'alcool sur les capacités fonctionnelles (Activities of Daily Living (ADL) et Instrumental Activities of Daily Living (IADL)) de 161 personnes âgées de 60 ans ou plus. Comparées aux personnes consommant 7 unités standard ou moins par semaine, celles consommant plus de 14 unités par semaine (hommes et femmes) avaient plus fréquemment une altération des IADL, et à un degré moindre une altération des ADL. Ceux consommant de 8 à 14 unités par semaine avaient aussi davantage d'altération des IADL, mais pas des ADL. Enfin, les consommateurs présentant des épisodes aigus (« binge drinkers », définis comme consommant plus de 3 unités par occasion pour les femmes et 4 unités pour les hommes) avaient aussi davantage d'altération des IADL, mais pas des ADL⁶¹.

Cependant, l'interprétation de ces études reste épineuse car, comme nous l'avons vu plus haut, la population des personnes âgées est hétérogène et les « jeunes vieux » ne peuvent être abordés de la même manière que les plus âgés. Or, la tranche d'âge des plus de 75 ans est encore très peu représentée dans les études, et il n'y a pas d'analyse portant spécifiquement sur elle.

3.3. Difficulté d'aborder la question de l'alcool chez les personnes âgées

La plupart des scientifiques et médecins s'intéressant à la question du repérage du risque alcool (et ce pas seulement chez les personnes âgées) s'accordent pour dire que le médecin généraliste se trouve dans une position clé pour identifier les buveurs excessifs et

leur donner des conseils pour diminuer leur consommation et ainsi le risque associé⁶². D'ailleurs, aux Etats Unis et au Royaume Uni, les médecins généralistes se disent prêts à assumer ce rôle d'interlocuteur privilégié, et acceptent l'idée de pratiquer ce repérage et de prodiguer des conseils en consultation.

Cependant, en pratique, le repérage des risques liés à la consommation d'alcool chez les personnes âgées, est insuffisamment réalisé. Quels sont donc les obstacles à ce repérage ? Les médecins interrogés à ce sujet avancent différents arguments⁶³ : tout d'abord le manque de temps pour conseiller et éduquer en cas de découverte de risques ou de problèmes ; ensuite le manque de valorisation des actes de prévention ; l'absence d'un instrument de mesure fiable et adapté ; enfin le manque de savoir-faire. En effet à ce sujet, les médecins ne sont que peu voire pas formés à repérer de manière adéquate, puis à conseiller et éduquer. Ils manquent d'informations quant aux interactions entre alcool et santé, médicaments, état fonctionnel, ivresse, etc. D'ailleurs le « risque alcool » reste une notion floue et imprécise, et est encore souvent assimilé à « l'alcoolisme », même chez les professionnels de santé.

Mais ceci n'explique pas entièrement le manque d'initiative des médecins en matière de repérage. Par exemple, la peur d'être intrusif, de blesser le patient, et donc de le perdre est un autre frein. Surtout, bon nombre de médecins doutent encore de la pertinence d'une telle intervention chez les plus âgés. Peu convaincus que le mésusage d'alcool soit véritablement un problème chez les plus âgés, ils ne se sentent par contre pas capables de « les priver de ce dernier plaisir »⁶⁴. Ce scepticisme est en partie dû à l'insuffisance de formation des médecins en matière de risque alcool car ils n'entrevoient pas les bénéfices qu'une telle intervention pourrait apporter aux personnes âgées en termes de santé, état

fonctionnel et qualité de vie. Par contre, leurs expériences passées avec d'autres patients ayant des consommations d'alcool à problèmes les rendent pessimistes quant au pronostic⁵⁴⁶⁵. Enfin, la peur des médecins d'avoir à placer leur propre rapport à l'alcool dans la dichotomie normal/pathologique est une autre source de réticence au repérage.

Ainsi, il est fort de constater que les obstacles à une pratique de repérage tiennent en fait plus souvent aux inhibitions des médecins qu'aux réticences des patients ! Ce manque d'initiative des médecins quant au repérage des consommations d'alcool à risques ou à problèmes chez les personnes âgées amène à se poser cette question : le cabinet du médecin est-il le seul (ou le meilleur) endroit pour pratiquer le repérage?

3.4. Outils de repérage actuels

3.4.1. Signes cliniques

Il existe de nombreux symptômes et signes fonctionnels devant alerter les médecins sur une consommation excessive d'alcool, cependant tous ces signes ne sont pas spécifiques. Surtout, ils sont d'apparition tardive alors que le repérage des consommations à risque se voudrait précoce.

- Troubles psychiques et comportementaux : anxiété, irritabilité, syndrome dépressif, troubles du sommeil, troubles cognitifs.
- Signes cardiologiques : hypertension artérielle, troubles du rythme.
- Troubles gastro-intestinaux.
- Antécédents traumatiques.

Le lien entre la plainte avancée et la consommation d'alcool peut être mis en évidence par un test d'abstinence ou de forte réduction, l'arrêt ou la réduction significative de la consommation d'alcool entraînant une amélioration voire une disparition du trouble s'il était dû à une consommation excessive d'alcool⁵⁴. Cependant chez les personnes âgées, ce lien peut être difficile à trouver car ces symptômes peuvent alors être dus à des consommations faibles d'alcool.

3.4.2. Biologie

On a longtemps recherché un indicateur biologique permettant de repérer les consommateurs excessifs. Malheureusement, bien que certaines anomalies biologiques puissent faire évoquer une consommation excessive, aucun marqueur ne permet à ce jour un dépistage efficient^{66 67}.

➤ γGT

La γGT plasmatique physiologique est d'origine hépatique. Sa concentration s'élève de manière significative en cas de consommation chronique d'alcool. En revanche, une consommation transitoire même élevée n'a pas d'effet décelable. Elle présente l'avantage d'être un examen peu coûteux, cependant son interprétation est délicate. En effet, il existe de nombreuses autres causes d'élévation de la γGT, ce qui en fait un indicateur non spécifique, sa sensibilité est plutôt médiocre (40 à 70%), enfin son taux sérique n'est pas corrélé à la quantité d'alcool ingérée.

➤ Volume globulaire moyen ou VGM

L'alcool, par toxicité directe sur l'érythroblaste, entraîne une macrocytose. Ainsi la recherche d'une macrocytose érythrocytaire supérieure à 98 fl a été proposée dans le repérage de l'alcoolisation chronique. Cet examen présente l'avantage d'être peu coûteux, et les autres causes de macrocytose érythrocytaire (tabac, grossesse, reticulocytose, déficit en folates et/ou vitamine B12, âge, certains médicaments tels que les antipuriques) sont facilement décelées. Cependant sa faible sensibilité dans le dépistage de l'alcoolisation chronique (variant entre 40 et 90% selon les auteurs), en fait un mauvais indicateur.

Par contre, l'association γ GT- VGM a une sensibilité de 90% et une spécificité de 80% environ⁶⁶.

➤ Carboxy-déficente transferrine ou CDT

La concentration plasmatique de la CDT augmente lors de la consommation excessive et régulière d'alcool. Sa spécificité est bonne (77 à 100% selon les études), mais sa sensibilité très variable (10 à 85% selon les études). En fait c'est un indicateur performant des consommations excessives supérieures à 60-80g d'alcool par jour, mais pas des consommations moindres mais cependant à risque. Compte tenu de son rapport coût-efficacité, une étude recommande son utilisation chez les moins de 60 ans uniquement⁶⁸.

Il faut en outre noter que ces tests biologiques ne montrent pas d'intérêt spécifique justifiant leur utilisation systématique chez les personnes âgées^{68 69 70 71}.

3.4.3. Entretien

On peut d'ores et déjà avancer deux méthodes de repérage : une approche systématique qui consiste à interroger régulièrement chaque patient sur sa consommation d'alcool (par exemple une fois par an pour chaque patient adulte) et qui présente l'avantage de diminuer le biais engendré par les représentations et stéréotypes des médecins quant aux consommateurs à risques ou à problèmes ; et une approche opportuniste qui consiste à aborder la question de l'alcool devant certaines plaintes somatiques apportées par le patient, ou bien au décours d'une campagne de sensibilisation, ou encore à l'occasion d'un bilan.

La façon la plus simple et la moins coûteuse de s'intéresser au mode de consommation d'alcool du patient est de lui poser la question en entretien. Il est alors recommandé de questionner de façon bienveillante, en préférant les questions ouvertes, par exemple « *que pouvez-vous me dire de votre consommation d'alcool ?* » plutôt que « *est-ce que vous buvez ?* ». Cette question se justifie en expliquant l'intérêt du repérage du risque alcool, en le comparant au repérage du tabagisme, de l'hypertension artérielle ou du cholestérol⁵⁴.

En faisant préciser la consommation d'alcool, quotidienne ou hebdomadaire, on peut ainsi déterminer la CDA ou consommation déclarée d'alcool. Il est de plus conseillé de distinguer cette consommation régulière des consommations fortuites occasionnelles. La CDA est comptabilisée en unités d'alcool, soit 10 g d'alcool pur correspondant à un verre standard.

3.4.4. Questionnaires

Ils ont pour but de repérer les personnes en danger avec leur consommation d'alcool et sont aujourd'hui unanimement recommandés⁷². En effet du côté des patients, ces questionnaires sont bien acceptés, et du côté des professionnels de santé, ils permettent de s'affranchir de la subjectivité et du jugement qui s'attachent à la question de l'alcool.

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

Les questionnaires qui ont été testés dans la littérature sont les suivants :

➤ Le MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

Mis au point par Selzer⁷³ en 1971, puis traduit et validé en français, ce questionnaire repère l'alcoolodépendance mais n'évalue pas les effets d'une faible consommation d'alcool sur la santé. Sa longueur (25 questions) limite parfois son utilisation malgré son efficacité informationnelle, ce qui a motivé l'élaboration d'une version courte le Short MAST ou SMAST.

Il existe également une version gériatrique, le MAST-G, et sa version courte, le SMAST-G, cependant elle n'évalue pas les effets de la consommation d'alcool sur les prises médicamenteuses et l'état fonctionnel.

➤ Le CAGE

Créé par Mayfield⁷⁴ en 1974, et validé au sein d'une population hospitalisée, il comprend seulement 4 questions. Une traduction française a été élaborée par Rueff en 1989 sous l'acronyme DETA (« Diminuer, Entourage, Trop, Alcool le matin »)⁶⁷. Sa rapidité d'utilisation en fait un outil facile en pratique courante, cependant il repère les consommateurs dans l'abus ou la dépendance mais pas les consommateurs à risque.

➤ L'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Développé sous l'égide de l'OMS, validé en français en 2000⁷⁵, ce questionnaire est destiné au repérage précoce des consommateurs excessifs d'alcool⁷⁶. Il comprend dix items explorant les douze derniers mois, les trois premiers s'intéressant à la consommation d'alcool proprement dite, et les sept autres au retentissement de cette consommation (dommages et signes de dépendance).

L'avantage de l'AUDIT, comparé aux autres questionnaires élaborés jusqu'alors, est qu'il permet d'isoler les consommateurs excessifs (à risque ou à problème) (score compris entre 6 et 12 pour les femmes et entre 7 et 12 pour les hommes) mais qui ne présentent pas pour autant de dépendance (score supérieur à 12). De plus sa sensibilité de 92% et sa spécificité de 94% en font un test excellent. Cependant, sa longueur en fait un test difficile à utiliser au cabinet de médecine générale. Pour pallier ce défaut, deux versions courtes : l'AUDIT-5 et l'AUDIT -C ont été établies.

➤ L'AUDIT-5

Elaboré et validé en 1997 par Piccinelli⁷⁷, il regroupe 5 questions de l'AUDIT. Il identifie les buveurs excessifs (score supérieur ou égal à 5, quelque soit le sexe), avec une sensibilité de 79% et une spécificité de 95%.

➤ L'AUDIT-C

Etabli par Bush en 1998, il reprend les trois premières questions de l'AUDIT⁷⁸. Chaque question est pondérée de 0 à 4. Le test identifie les buveurs excessifs avec un score supérieur ou égal à 3, quel que soit leur sexe. L'AUDIT-C s'est révélé plus performant que l'AUDIT complet dans le repérage des buveurs excessifs, mais cependant inférieur dans l'identification des alcoolo-dépendants. Les deux questionnaires sont aussi performants dans le repérage des consommateurs excessifs ou alcoolo-dépendants.

➤ Le FACE (Formule pour Approcher la Consommation par Entretien ou Fast Alcohol Consumption Evaluation)

Ce questionnaire a été établi et validé en français par l'équipe du programme « Boire moins c'est mieux » pour répondre à la demande des médecins généralistes qui souhaitaient un questionnaire court et réalisable en entretien. Il comprend 5 questions seulement mais possède des valeurs informationnelles proches de celles de l'AUDIT et permet un repérage des buveurs excessifs et des dépendants⁷⁹. Cependant, il n'a pas été testé spécifiquement chez les plus de 65 ans.

➤ L'ARPS (Alcohol-Related Problems Survey)

En 1996, une équipe dirigée par Arlène Fink (Professeur de médecine et de santé publique à l'Université de Californie de Los Angeles) a montré qu'il n'existait pas de questionnaire de repérage des consommations excessives d'alcool appropriés aux patients âgés⁸⁰.

Cette même équipe a alors travaillé sur les concepts de consommation à risque « hazardous consumption » et de consommation à problèmes « harmful consumption » chez les personnes âgées. Elle a ainsi montré que dans cette population la fréquence et la quantité d'alcool consommée ne suffisaient pas à établir un niveau de risque. En effet, le risque lié à la consommation d'alcool existe aussi par son interaction avec l'état de santé, les éventuelles prises médicamenteuses, le statut fonctionnel, les habitudes et comportements de consommation⁸¹.

Au décours de cette étude, a ainsi été créé le questionnaire ARPS (Alcohol-Related Problems Survey) par Arlène Fink et son équipe. Il s'agit d'un auto-questionnaire destiné aux personnes âgées, comportant 22 questions qui permettent d'identifier les consommations d'alcool à risque et les consommations à problèmes. Ces définitions prennent en compte les phénomènes d'interaction entre la consommation d'alcool et des critères plus spécifiques liés à l'âge (état de santé potentiellement déclinant, augmentation de l'usage de médicaments, augmentation du nombre de problèmes chroniques associés, altération de l'état fonctionnel)^{82 83}.

Au terme du questionnaire, un algorithme de notation permet de calculer le risque attribué au sujet, et de le classer comme « buveur sans risque », « buveur à risque », ou

« buveur à problèmes ». Les points de risque de cet algorithme sont revus annuellement par un groupe d'experts en fonction des nouvelles données de la science.

➤ L'EDDA (Enquête des Dommages Dus à l'Alcool chez les personnes âgées)

Il s'agit de la version française de l'auto-questionnaire ARPS, développée, avec l'accord d'Arlène Fink, par D.Lécallier et P.Michaud (traduction validée en 2005)⁸⁴.

Il a pour but de repérer les consommations d'alcool à risque, les consommations à problèmes et l'alcool-dépendance, mais surtout d'apprécier l'interaction de la consommation d'alcool avec l'état de santé physique et psychologique, les traitements médicamenteux et le déclin des fonctions organiques.

Il comporte 22 questions dont :

- 2 questions sur l'état de santé ressenti par le patient
- 2 questions sur les problèmes de santé connus
- 1 question sur les éventuels symptômes
- 1 question sur le tabagisme
- 4 questions sur les médicaments utilisés
- 3 questions sur la consommation d'alcool (1 est dédoublée pour tenir compte des différences entre hommes et femmes)
- 5 questions sur les éventuelles conséquences de la consommation d'alcool
- 3 questions sociodémographiques

L'ARPS a été comparé au DETA, au SMAST et à l'AUDIT auprès de 574 sujets âgés de 65 ans et plus⁸⁵. Tous étaient des consommateurs d'alcool habituels, et tous ont rempli l'ARPS et l'AUDIT sur des lieux de consultation en soins primaires. La moitié de l'échantillon a été sélectionnée de façon randomisée pour compléter le DETA, et l'autre moitié le SMAST. Les buveurs qui ont été repérés par le DETA, le SMAST ou l'AUDIT ont été correctement classés par l'ARPS en consommateurs à risque ou à problèmes dans respectivement 91, 75 et 100% des cas. La majorité des sujets identifiés par l'ARPS en consommateurs à risque ou à problèmes n'ont pas été repérés comme tels par le DETA, le SMAST ou l'AUDIT. Ces consommateurs avaient une situation médicale ou un usage de médicaments qui leur faisaient prendre un risque pour leur santé, non identifié par ces trois instruments de repérage.

3.4.5. Intérêt des auto-questionnaires

Comme nous l'avons vu, un des freins majeurs au repérage des consommations problématiques d'alcool est la pudeur éprouvée tant par les patients que par les médecins à traiter du sujet. De nombreuses études ont montré que pour aborder des questions sensibles telles que l'usage de drogue ou d'alcool, le recours à des auto-questionnaires est bénéfique car, étant anonymes, ils permettent d'obtenir des réponses plus précises et plus fiables, et ce d'autant plus qu'ils sont informatisés^{86 87}.

Cependant, ces auto-questionnaires présentent aussi des limites puisqu'ils nécessitent d'une part que leurs utilisateurs lisent le français, et d'autre part qu'ils ne présentent pas de troubles cognitifs.

3.5. Les outils pour l'intervention

3.5.1. Les interventions brèves

L'intervention brève désigne une activité de conseil formalisée, destinée à aider les buveurs excessifs à réduire leur consommation d'alcool. C'est une approche de type motivationnel, qui repose sur un certain nombre de principes : explication du risque alcool, informations sur les seuils de risque, mise en relation entre la consommation et les difficultés du patient et les constats cliniques s'il y en a, évaluation de la motivation au changement, valorisation du rôle du malade dans cette démarche^{54 88}.

Dans cette approche, le médecin adopte un style relationnel empathique et non jugeant, dont les détails sont formulés dans un acronyme anglais « FRAMES » (Annexe 4). Plusieurs outils ont été développés en collaboration avec le programme « Boire moins c'est mieux » et l'INPES pour aider les utilisateurs de l'intervention brève à adapter leurs attitudes et leurs conseils en fonction des réactions du patient. L'efficacité de l'intervention brève a été démontrée par de nombreuses études randomisées et méta-analyses. Selon les critères établis par le « Preventive Service Task Force » nord américain, le degré de validité et de sécurité que l'on peut attribuer aux recommandations issues des études d'efficacité menées est de niveau élevé ou acceptable⁸⁹. En France, la Direction Générale de la Santé a dans une circulaire de 2006, appelé au développement d'une stratégie nationale de diffusion du repérage précoce du risque alcool et de l'intervention brève (RPIB) auprès des médecins généralistes.

Chez les personnes âgées aussi, l'efficacité de l'intervention brève a été démontrée. En 1999, l'étude de Fleming a été la première à démontrer l'efficacité d'une intervention brève chez les consommateurs d'alcool à risque, âgés de plus de 65 ans. Il faut cependant

noter que cette étude n'a pas mis en évidence d'amélioration de l'état de santé des patients⁹⁰.

Enfin, on connaît aujourd'hui le bon rapport coût/efficacité de la méthode du Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB)⁸⁹.

3.5.2. Remise d'un livret d'information

Une autre alternative consiste à délivrer un livret d'information au décours du repérage précoce. Une récente étude française évaluant l'efficacité des interventions brèves au travail a montré que la simple remise d'une information écrite sous forme de livret permettait une diminution du mésusage d'alcool. De plus, associée à l'intervention brève, la remise d'un tel livret renforce le conseil et est associée à un meilleur pronostic⁹¹.

3.5.3. Les informations brèves informatisées

Malgré tout l'intérêt et l'efficacité de l'intervention brève et des livrets d'information sur la prévention du risque alcool, leur intégration dans la pratique médicale peut être limitée par la réticence des médecins à aborder la question de l'alcool, ainsi que leur manque de savoir-faire dans ce domaine (cf 3.3.3). L'informatisation de l'intervention brève (ainsi que celle du repérage), apparaît alors comme une alternative qui présente des avantages en termes de confidentialité, et est par ailleurs peu coûteuse et reproductible.

C'est dans ce contexte qu'a été développé le CARPS (Computerized Alcohol Related Problems Survey), version informatisée de l'ARPS. Il associe le repérage et l'information. Pour cela le patient remplit le CARPS en auto-questionnaire, puis les réponses sont saisies ou

scannées, et enfin un logiciel fournit immédiatement un rapport imprimé destiné au médecin, ainsi qu'un rapport personnalisé et des conseils adaptés au niveau de risque repéré du patient. Son utilisation en soins primaires chez les plus de 65 ans permet une réduction de la consommation d'alcool⁶⁴.

L'informatisation du repérage et de l'intervention brève semblent donc possibles, y compris chez les personnes âgées. Cette méthode permettrait de répondre aux objectifs de santé publique, en généralisant le repérage et le conseil systématique des consommations à risque d'alcool chez les plus âgés.

Cette thèse s'inscrit dans ce projet.

4. Etude

4.1. Principe de l'étude et objectifs

Il s'agit d'une étude de faisabilité d'un repérage et d'un conseil systématique des consommations dangereuses d'alcool auprès de personnes âgées de 65 ans et plus, par le biais d'une borne interactive.

Cette borne a été évaluée auprès des personnes fréquentant l'espace Point Paris Emeraude (PPE) et les consultations de l'hôpital Bretonneau de Paris. Les Points Paris Emeraude, mis en place par le département de Paris sur l'ensemble du territoire parisien, sont des centres d'accueil, d'information, de conseil et d'orientation des parisiens âgés et de leurs proches. Ils coordonnent au niveau local des professionnels médicaux, sociaux et associatifs pour répondre aux besoins des personnes âgées en évaluant leur situation et mettant en place des plans d'accompagnements adaptés.

Le repérage était réalisé au moyen du questionnaire EDDA, et le conseil se faisait sous la forme d'un livret adapté aux réponses de la personne et délivré par la borne interactive.

L'hypothèse centrale de cette étude était que la mise en place, dans les lieux de santé destinés aux personnes âgées de plus de 65 ans, d'une pratique systématique du repérage des risques et des dommages associés à la consommation d'alcool est possible avec une borne interactive, et qu'elle permet une activité de conseil acceptable par la population cible.

Les questions auxquelles l'étude devait répondre étaient :

- 1) Quel est l'attrait exercé par la mise à disposition d'une borne interactive permettant l'auto-évaluation des risques associés aux consommations auprès des personnes fréquentant le lieu ?
- 2) Quelle est l'acceptabilité de cette borne, du point de vue de l'activité de repérage et de celle de conseil ?

4.2. Le matériel de l'étude

4.2.1. La borne interactive de prévention (Annexe 5)

La borne interactive de prévention et son algorithme de traitement des réponses ont été développés par une équipe de recherche associative, l'Institut de Promotion de la Prévention Secondaire en Addictologie (IPPSA). Elle s'adresse aux plus de 13 ans et intègre plusieurs questionnaires de repérage du risque lié à la consommation d'alcool validés en fonction de l'utilisateur (selon son âge, son sexe, et s'il s'agit d'une femme si elle est enceinte ou non). A l'issue d'un questionnaire et en fonction des réponses données, elle délivre un livret de conseils ajustés.

Les questionnaires actuellement disponibles sur la borne sont l'AUDIT (pour les 18-64 ans), ainsi que son appendice AUDIT-G pour les femmes enceintes, l'EDDA, traduction française de l'ARPS (pour les 65 ans et plus), et la DEP-ADO pour les moins de 18 ans.

Cette borne est composée d'un écran tactile, d'un ordinateur et d'une imprimante permettant de délivrer le livret de conseils. Ainsi que l'écran d'accueil le rappelle, les données sont anonymes. Le remplissage du questionnaire se fait debout. Il n'existe pas à ce jour de modèle permettant l'utilisation de la borne en position assise.

La borne interactive fait défiler les écrans au fur et à mesure, chaque écran correspond à une question d'un questionnaire, et au terme de chaque question le patient doit valider son écran pour passer à l'écran suivant. Cela évite ainsi le remplissage incomplet d'un questionnaire. Les trois premières questions interrogent sur l'âge, le sexe et, s'il s'agit d'une femme de moins de 50 ans, sur l'existence d'une grossesse en cours, ce qui permet de proposer le questionnaire adéquat à chaque patient. La durée moyenne de remplissage du questionnaire dépend du questionnaire retenu par la machine.

Les données sont traitées à distance sur un serveur auquel la borne est reliée par Internet. Le traitement des réponses se fait instantanément selon un algorithme. Pour l'EDDA, il s'agit de celui de l'ARPS ; pour l'AUDIT, il s'agit d'un algorithme développé par l'IPPSA ; pour la DEP-ADO, il s'agit d'un algorithme développé par l'IPPSA en collaboration avec l'équipe québécoise ayant créé et validé cet auto-questionnaire.

La borne délivre alors immédiatement (délai d'environ 30 à 60 secondes) un livret d'information personnalisé.

4.2.2. Les questionnaires utilisés

Dans le cadre de cette étude sur le risque alcool chez les plus de 65 ans, le questionnaire utilisé était l'EDDA, version française de l'auto-questionnaire ARPS (cf 3.3.4.4 et annexe 6). Comme nous l'avons vu précédemment, le grand avantage de ce questionnaire est qu'il prend en compte les spécificités des plus de 65 ans, à savoir : le vieillissement physiologique, les co-morbidités, les prises médicamenteuses plus nombreuses, la dégradation de l'état fonctionnel. Ceci en fait donc un outil de repérage adapté aux plus

âgés, chez qui le risque alcool est aussi fonction de son interaction avec les paramètres cités ci-dessus.

4.2.3. Le livret

Le livret d'information personnalisé est délivré par la borne au terme du remplissage du questionnaire. Il correspond à l'intervention : d'une part il restitue à l'utilisateur les résultats de son auto-évaluation, et d'autre part il délivre des conseils adaptés au niveau de risque calculé par l'algorithme et fondés sur les données de la science en matière de risque alcool. Il répond dans son contenu aux critères d'une intervention brève : information, conseils, respect de l'autonomie. Le recours aux professionnels de santé est conseillé en cas d'inquiétude ou de questions, des coordonnées sont fournies.

L'annexe 7 donne un exemple de livret délivré par la BIP®.

4.2.4. Le questionnaire de l'étude (Annexe 8)

Il a été construit afin de connaître l'avis de chaque patient concernant la borne (objectif premier de l'étude) ; d'explorer certaines caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, à des fins de comparaison ; d'évaluer la possibilité d'inclusion dans une prochaine étude d'efficacité.

Il contient :

- Des critères d'évaluation subjectifs de la borne : agréabilité, attractivité et facilité d'utilisation de la borne, intérêt suscité par le livret ;

- Des questions sur le repérage d'alcool : ce sujet a-t-il déjà été abordé avec des professionnels de santé ? , avec quel professionnel de santé serait-il aisé de discuter sur ce sujet ? ;
- Des questions sur les questionnaires : présence de questions gênantes ou difficiles à comprendre.

4.3. Méthodologie

Il s'agit d'une **étude de faisabilité**.

La **population cible** est les personnes de 65 ans et plus.

Echantillons :

- **Personnes âgées** : personnes fréquentant l'hôpital Bretonneau ou le PPE.
- **Services** : tous les services de l'hôpital Bretonneau, PPE.

Critères d'inclusion :

- Adultes de 65 ans et plus
- Fréquentant pour tout motif l'hôpital Bretonneau, ou venant chercher de l'information ou participer à une activité proposée par le PPE.
- D'accord pour répondre au questionnaire d'évaluation de la borne.

Critère d'exclusion :

- Personnes ne lisant pas le français.

L'**inclusion** s'est déroulée du 31 mai 2010 au 31 juillet 2010.

Le recueil des données :

Les espaces choisis avec l'équipe d'accueil et d'animation du PPE pour y disposer la borne interactive étaient :

- Le hall principal d'accueil du PPE
- La rue intérieure de l'hôpital Bretonneau

L'utilisation de la borne interactive était suggérée par une affiche et par le personnel d'accueil dans les deux lieux ci-dessus. Le médecin de recherche proposait l'inclusion à chaque personne ayant utilisé la borne et étant allé jusqu'au bout du questionnaire.

Confidentialité des données

Les données recueillies reposent essentiellement sur l'action automatique de la borne interactive : les écrans qui défilent recueillent en premier l'âge, le sexe, le niveau scolaire ; puis défilent les questions de l'ARPS. La validation de la dernière réponse permet de façon immédiate de classer la personne en termes de niveau de risque. Toutes ces étapes sont enregistrées (de façon totalement anonyme) dans ce que nous appelons la « base de données cliniques ».

Au moment de l'impression du livret de conseils personnalisé, une ligne est créée dans un « fichier de correspondance », généré de façon séparée à la « base de données cliniques ». Ce fichier ne comporte que le code de correspondance. Sur le livret de conseils figure le code de correspondance qui permet de relier la « base de données cliniques » aux réponses du questionnaire d'opinion. La machine enregistre par ailleurs dans sa « base de

données cliniques » les résultats de l'évaluation (âge, sexe, niveau scolaire, réponses à chacune des questions, calcul du score et niveau de risque), et le numéro de correspondance. Le lieu matériel de stockage des données du fichier des inclus est séparé de celui de la « base de données cliniques » et seulement accessible aux chercheurs. Tous les transferts de données utilisent des procédures de codage rendant le piratage impossible.

4.4. Analyse

S'agissant d'une étude de faisabilité, il a principalement été mené une analyse descriptive des données. Nous nous sommes ainsi attachés à donner la distribution des variables quantitatives, et la répartition en pourcentage des variables qualitatives afin de discuter : la représentativité de l'échantillon décrit ; le niveau d'attrait et d'acceptabilité de la borne interactive de prévention ; les points à éventuellement modifier.

4.5. Questions éthiques

Lorsqu'une situation de risque très élevé ou de dommage préoccupant était découverte à l'occasion de l'étude, le médecin assistant de recherche délivrait sur un mode non jugeant des conseils oraux et une information utile pour une éventuelle prise en charge.

4.6. Résultats

4.6.1. Participation à l'étude

La borne a été utilisée par 37 personnes âgées de 65 ans et plus. Parmi elles, 34 sont allées au bout du questionnaire EDDA, ce qui donne un pourcentage de répondants très élevé,

soit 92%. Le questionnaire d'évaluation de la borne a pu être proposé à 31 des 34 personnes ayant répondu à l'EDDA dans sa totalité. 29 d'entre elles l'ont accepté, et 2 l'ont refusé. 29 personnes ayant répondu à l'EDDA dans son intégralité ont donc été incluses.

4.6.2. Caractéristiques de la population répondante

Parmi les 34 répondants, on compte 13 hommes et 21 femmes. La moyenne d'âge était de 71 ans chez les hommes, et de 76 ans chez les femmes.

Les caractéristiques démographiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de l'échantillon

	Hommes N = 13	Femmes N = 21
Moyenne d'âge	71 ans	76 ans
65-74 ans	9	10
75-84 ans	4	8
85 ans et plus	0	3

4.6.3. Niveaux de risque et scores EDDA

Le tableau 2 et la figure 1 donnent la répartition des niveaux de risque des 34 personnes ayant répondu à l'EDDA dans son intégralité.

On rappelle que l'EDDA classe les répondants en niveaux de risque, ceux-ci étant spécifiques de son algorithme. Les 3 niveaux de risque ainsi identifiés sont :

- La consommation prudente
- La consommation à risque
- La consommation à problèmes.

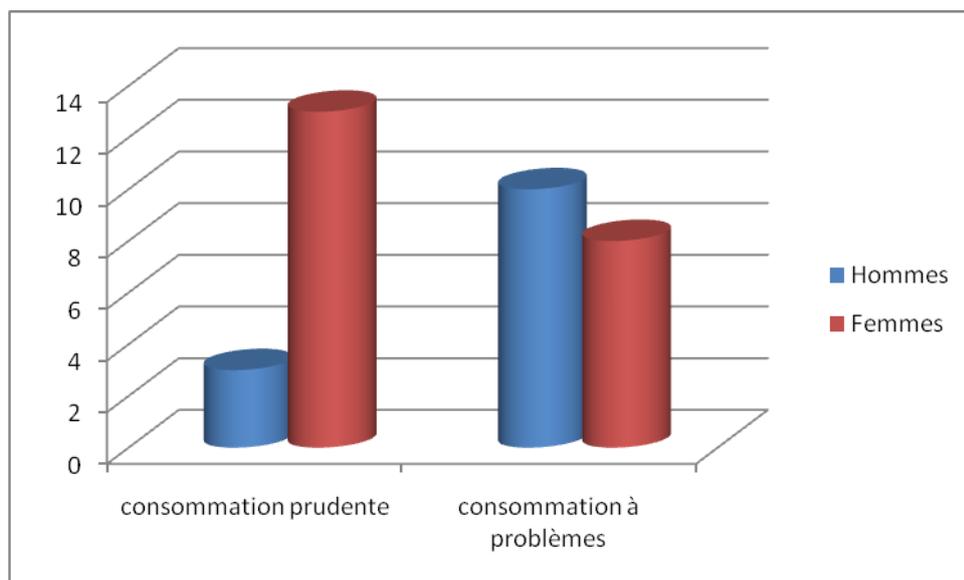
L'EDDA comporte six dimensions qui peuvent chacune amener à conclure à une consommation à risque ou à problèmes. Ces six composantes sont : le niveau de consommation régulière, la fréquence des consommations aiguës excessives, l'existence de problèmes directement secondaires à la consommation d'alcool, l'interférence avec les médicaments, l'interférence avec l'état de santé et l'interférence avec le fonctionnement.

L'existence de plusieurs risques associés classe la personne répondante dans la catégorie « consommation à problèmes ».

Tableau 2 : Niveaux de risque

	Hommes N = 13	Femmes N = 21
Consommation prudente	3	13
Consommation à risque	0	0
Consommation à problèmes	10	8

Figure 1 : Répartition des niveaux de risque



4.6.4. Niveaux de risque EDDA et seuils de risque

Tableau 3 : Comparaison entre les niveaux de risque EDDA et les seuils de risque INPES

On rappelle que selon l'INPES une consommation d'alcool à risque est définie par une consommation supérieure à 21 verres par semaine pour un homme, supérieure à 14 verres par semaine pour une femme et/ou plus de 4 verres par occasion.

N° patient	Niveaux de risque EDDA	Seuils de risques INPES
1	Prudent	Non à risque
2	A problèmes	Non à risque
3	A problèmes	A risque
4	A problèmes	A risque
5	A problèmes	Non à risque
6	A problèmes	A risque
7	A problèmes	Non à risque
8	A problèmes	Non à risque
9	Prudent	Non à risque
10	A problèmes	Non à risque
11	Prudent	Non à risque
12	Prudent	Non à risque

13	A problèmes	Non à risque
14	A problèmes	Non à risque
15	Prudent	Non à risque
16	A problèmes	Non à risque
17	Prudent	Non à risque
18	Prudent	Non à risque
19	Prudent	Non à risque
20	A problèmes	Non à risque
21	Prudent	Non à risque
22	Prudent	Non à risque
23	Prudent	Non à risque
24	Prudent	Non à risque
25	A problèmes	Non à risque
26	A problèmes	Non à risque
27	Prudent	Non à risque
28	A problèmes	A risque
29	A problèmes	Non à risque
30	A problèmes	Non à risque
31	A problèmes	Non à risque
32	Prudent	Non à risque
33	Prudent	Non à risque
34	Prudent	Non à risque

4.6.5. Questionnaire d'évaluation de la borne

Le questionnaire d'évaluation de la borne a été rempli par 29 personnes parmi les 34 ayant répondu à l'EDDA dans son intégralité.

Le tableau 4 donne la distribution des appréciations portées sur la borne.

Tableau 4 : Appréciation de la borne

Variable	Moyenne de l'évaluation			
	Echantillon total N = 29	65-74 ans N = 16	75-84 ans N = 10	85 ans et plus N = 3
Utilisation agréable Vous avez trouvé l'utilisation de cette borne agréable	7,8	8,3	7,3	7,0
Installation confortable Vous étiez confortablement installé(e) pour répondre	7,2	7,0	7,6	7,0
Utilisation facile L'utilisation de cette borne vous a paru facile	8,3	8,2	8,6	8,3
Lecture facile Les textes sont faciles à lire	7,6	8,5	6,0	8,0
Couleurs agréables Les couleurs vous plaisent	7,7	7,9	8,0	6,3
Touches Les « touches » sur l'écran sont faciles à utiliser	7,9	8,4	7,2	7,3
Ecrans On passe facilement d'un écran au suivant	8,0	8,6	7,3	7,3
Apprécie le questionnaire Vous avez apprécié de répondre au questionnaire sur la borne	7,9	8,3	7,5	7,3
Evaluer est utile C'est bien de pouvoir évaluer sa consommation d'alcool par la borne	7,3	7,6	7,8	4,0
Intéressant Vous avez trouvé intéressante l'idée de recevoir par écrit un conseil sur la consommation d'alcool	7,9	8,6	7,4	4,7
Habitude des ordinateurs Vous avez l'habitude d'utiliser les ordinateurs	4,7	6,2	2,7	3,3
Envie de lire les conseils Le remplissage du questionnaire sur la borne vous a donné envie de lire les conseils qu'elle vous a remis	7,2	7,0	7,3	8,0
Envie de parler d'alcool Le remplissage du questionnaire sur la borne vous a donné envie de parler d'alcool avec un professionnel de santé	2,8	2,7	3,5	0,7

A la question « Est-ce qu'un professionnel de santé a déjà évoqué avec vous votre consommation d'alcool ? », deux personnes seulement (6,9%) ont répondu oui. Et en ne s'intéressant qu'aux douze derniers mois, une seule personne déclare avoir été interrogée sur sa consommation d'alcool par un professionnel de santé (tableau 5).

Tableau 5 : Repérage des consommations d'alcool

Variable		Echantillon total N = 29		65-74 ans		75-84 ans		85 ans et plus	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Est-ce qu'un professionnel de santé a déjà évoqué avec vous votre consommation d'alcool ?	Oui	2	6,9	0	0	2	20	0	0
	Non	27	93,1	16	100	8	80	3	100
Au cours des douze derniers mois, est-ce qu'un professionnel de santé a déjà évoqué avec vous votre consommation d'alcool ?	Oui	1	3,4	0	0	1	10	0	0
	Non	28	96,6	16	100	9	90	3	100

Lorsqu'on leur demande avec quel professionnel de santé elles pensent qu'elles pourraient discuter de leur consommation d'alcool, neuf d'entre elles (31,0%) répondent leur médecin traitant, quatre (13,8%) répondent n'importe quel médecin, deux (6,9%) répondent un autre médecin, trois (10,3%) ne savent pas et onze (38,0%) répondent aucun professionnel de santé.

Une proportion importante (48,2%) ne sait pas estimer s'il lui est plus facile de confier des informations personnelles à une machine plutôt qu'à un professionnel de santé ; tandis que 10,3% trouvent que c'est beaucoup plus facile ; 24,1% trouvent cela plutôt plus

facile ; 13,8% estiment cela plutôt plus difficile ; et 3,4% répondent que c'est beaucoup plus difficile.

A la fin du questionnaire de l'étude, on leur demandait combien de temps ils estimaient avoir mis pour remplir le questionnaire de la borne (EDDA), et si cette durée leur semblait acceptable ou non. Les réponses sont consignées dans le tableau 6.

Tableau 6 : Estimation de la durée de remplissage du questionnaire de la borne et acceptabilité

Durée (t)	Tout à fait acceptable N = 17	Assez acceptable N = 11	Un peu trop long N = 0	Beaucoup trop long N = 1
t ≤ 5 min	8	1	0	1
5 < t ≤ 10 min	7	8	0	0
10 < t ≤ 15 min	2	2	0	0

Remarques sur le contenu des questionnaires :

Deux personnes (6,9%) ont déclaré qu'elles avaient trouvé certaines questions gênantes. En outre, six personnes (20,7%) ont trouvé certaines questions difficiles à comprendre.

4.7. Discussion

4.7.1. Utilisation de la borne

Que ce soit au PPE ou dans la rue intérieure de Bretonneau, il y a eu peu de passage spontané à la BIP. Ceci s'explique par une certaine appréhension des personnes âgées à

essayer la borne : ils présentent au préalable peu de confiance dans leurs capacités à utiliser un tel outil, mais aussi peu d'intérêt. En revanche, lorsqu'ils acceptent d'utiliser la borne, ils vont jusqu'au bout du questionnaire.

Parmi les répondants, 6 ont utilisé la borne installée au PPE, et 28 ont utilisé celle installée dans la rue intérieure de Bretonneau.

Il faut savoir que la borne du PPE a été installée dès le 31/05/2010, a fonctionné pendant une semaine avec l'assistant chargé d'étude qui proposait l'utilisation de la BIP aux personnes de passage, puis a été laissée en libre service. En moyenne, chaque jour, une trentaine à quarantaine de personnes fréquentent le PPE. Pourtant, peu d'entre elles ont utilisé la BIP®. La population fréquentant le PPE est constituée de personnes âgées vivant au domicile, relativement autonomes, se rendant au PPE pour participer aux différents ateliers proposés (tels que gymnastique douce, Taï Chi, chorale, peinture...). Chaque groupe au sein d'un même atelier est relativement fixe, et ce sont donc les mêmes personnes qui reviennent au PPE chaque semaine. Ces personnes, tenues aux horaires des ateliers étaient parfois pressées, et certaines disaient ne pas avoir toujours le temps pour utiliser la BIP®. L'assistant de recherche leur proposait alors de prévoir le temps nécessaire lors d'un prochain passage au PPE, mais en pratique sans sollicitation de la part de l'assistant, les personnes du PPE n'ont pas utilisé la BIP®. D'autres personnes fréquentant le PPE sont celles venant chercher de l'information ou des conseils. L'utilisation de la borne leur était également proposée, mais ces personnes venant au PPE dans un but précis, ne souhaitant pas se disperser dans leurs tâches, étaient peu disposées à utiliser la BIP®.

Quant à la borne de la rue intérieure de Bretonneau, elle a été installée le 14/06/2010, a fonctionné avec l'assistant de recherche pendant une huitaine de jours, et en

libre service le reste du temps. La population fréquentant la rue intérieure de Bretonneau est bien différente de celle du PPE. Il s'agit tout d'abord des personnes venant de l'extérieur et se rendant en consultation, ensuite des personnes hospitalisées dans un des services de l'hôpital, ainsi que les visiteurs de ces patients, enfin des personnes fréquentant un des services ou ateliers proposés dans cette rue intérieure (bibliothèque, salon de coiffure, cafétéria...). La faible utilisation de la BIP® s'explique ici pour d'autres raisons. Tout d'abord elle était installée dans un endroit au final peu visible, et les personnes se rendant directement en consultation, ne passant pas devant, ignoraient son installation. Quant aux patients hospitalisés, la plupart d'entre eux étaient trop faibles pour répondre au questionnaire, soit trop fatigués ou présentant des troubles cognitifs, soit ne pouvant pas rester debout, soit carrément en fauteuil roulant (ce qui rend impossible l'utilisation de la borne). La BIP® a finalement été utilisée essentiellement par l'entourage des patients hospitalisés et par les personnes de passage se rendant dans un des kiosques de la rue intérieure. Mais nombre d'entre eux étaient peu intéressés voire réticents à évoquer leur consommation d'alcool. Là encore, l'assistant de recherche se retrouvait confronté à la difficulté d'aborder la question de l'alcool avec les seniors.

4.7.2. Niveaux de risque de la population répondante

Comme nous l'avons vu plus haut, parmi les 34 personnes ayant répondu au questionnaire EDDA dans sa totalité, 16 d'entre elles ont une « consommation prudente » selon le niveau de risque EDDA, et 18 ont une « consommation à problèmes ».

Si on s'intéresse à ces personnes ainsi étiquetées « à problèmes », on remarque que 14 d'entre elles sur les 18 présentent en fait une consommation en quantité/fréquence

inférieure aux seuils recommandés par l' INPES (à savoir pas plus de 21 unités d'alcool par semaine pour les hommes, et pas plus de 14 unités par semaine pour les femmes, sans dépasser 4 verres par occasion). Ces personnes se retrouvent alors classées « à problèmes » en raison de l'interaction de leur consommation avec leur état de santé, ou leur consommation médicamenteuse, ou encore leur état fonctionnel.

Cela montre tout l'intérêt de ce questionnaire EDDA : il permet de repérer des consommateurs dont on peut penser que leur consommation d'alcool entraîne un ou plusieurs dommages pour leur santé, compte tenu des indicateurs de vulnérabilité pris en compte. Un repérage par de simples questions type CDA voire par un questionnaire standard validé chez l'adulte comme l'AUDIT, n'aurait pas identifié ces dommages. Encore une fois, l'EDDA paraît bien plus adapté aux seniors car il prend en compte leur consommation d'alcool en interaction avec leurs spécificités.

En revanche, l'absence de personnes classées dans la zone intermédiaire « à risque » soulève la question de la pertinence de cette classe. La taille du groupe évalué ne permet pas d'en tirer des conclusions mais nécessitera de se pencher, avec l'équipe d'Arlene Fink sur l'hypothèse d'une sensibilité extrême du test.

4.7.3. Discussion sur le questionnaire d'évaluation de la borne

La borne a été évaluée favorablement par ses utilisateurs, notamment, sur les questions d'agrément d'utilisation (questions 1 et 5). Sur la question du confort (question 2, notée en moyenne à 7,2), il faut néanmoins préciser que plusieurs personnes ont déclaré qu'elles auraient préféré être assises.

Quant à sa facilité d'utilisation, la borne remporte une bonne appréciation (questions 3, 4, 6 et 7 chacune notée > 7,5) bien que cette population ait peu l'habitude d'utiliser des ordinateurs (question 11 évaluée à 4,7). Le peu de connaissances des ordinateurs, fréquent au sein de cette population, ne semble donc pas être un frein pour l'utilisation d'une telle borne.

Par contre, sur l'attrait et l'intérêt d'un tel questionnaire, les réponses sont plus disparates. En effet, certains répondent très défavorablement à la question 9 « c'est bien de pouvoir évaluer sa consommation d'alcool par la borne » (3 personnes la notent 0 ou 1 sur une échelle de 0 à 10). Si on s'intéresse au niveau de risque de ces mêmes personnes, deux sont « prudentes » et une est « à problèmes ». A l'inverse, si on regarde les réponses à la question 9 des personnes classées « à problèmes », une grande majorité y répond très favorablement, ce qui montrerait que les personnes présentant un mésusage d'alcool ne sont pas nécessairement réticentes à l'idée d'un repérage.

En outre, une très grande majorité trouve intéressante l'idée de recevoir par écrit un conseil sur la consommation d'alcool (question 10), et ce quelque soit le niveau de risque. Deux personnes seulement notent cette question à 1 et 2, elles sont toutes les deux classées « prudentes ». L'idée d'un conseil par écrit semble d'ailleurs très bien accueillie puisque la majorité des répondants se disent désireux de lire le livret remis par la borne (question 12 notée en moyenne à 7,2, alors que ces mêmes personnes ne se montrent pas intéressées par le fait de parler d'alcool (question 13 notée en moyenne à 2,8).

Sur les questions du repérage des consommations d'alcool, les réponses viennent confirmer les présomptions, puisque deux personnes seulement déclarent qu'un professionnel a déjà évoqué avec elles leur consommation d'alcool, et une seule le déclare

au cours des douze derniers mois. Ceci confirme donc ce qui a été explicité plus haut, à savoir que le repérage des mésusages d'alcool chez les personnes âgées est insuffisamment réalisé (cf 3.3.). Pourtant, lorsqu'on leur demande avec quel professionnel de santé elles pourraient parler de leur consommation d'alcool, neuf répondent leur médecin traitant, ce qui suggère une fois encore le rôle privilégié du médecin traitant dans le repérage du mésusage d'alcool. Ce qui est plus inquiétant, c'est qu'à cette même question, onze répondants n'envisagent aucun professionnel de santé pour évoquer leur consommation d'alcool.

Sur la question de la confidentialité, les réponses sont hétérogènes. En effet, une proportion importante (48,2%) ne sait pas estimer s'il lui est plus facile de confier des informations personnelles à une machine plutôt qu'à un professionnel de santé ; tandis que 10,3% trouvent que c'est beaucoup plus facile ; 24,1% trouvent cela plutôt plus facile ; 13,8% estiment cela plutôt plus difficile ; et 3,4% répondent que c'est beaucoup plus difficile. En pratique, les personnes ayant accepté de répondre au questionnaire de la borne semblaient peu préoccupées par la confidentialité de leurs réponses. En effet, autant il était laborieux de les solliciter pour répondre à un questionnaire s'intéressant à leur consommation d'alcool, autant une fois installées sur la BIP la confidentialité de leurs réponses semblait peu les soucier puisqu'elles sollicitaient fréquemment le médecin de recherche, lui demandant de rester auprès d'elles, afin de s'assurer du bon remplissage de leur questionnaire. D'ailleurs, seules deux personnes ont trouvé certaines questions gênantes (question 18).

Enfin, sur la durée de remplissage du questionnaire EDDA, dix personnes estiment cette durée à moins de 5 minutes, quinze entre 5 et 10 minutes et quatre entre 10 et 15 minutes. Toutes durées confondues, vingt huit des répondants estiment cette durée « tout à

fait acceptable » ou bien « assez acceptable ». Seule une personne estime cette durée « beaucoup trop longue » ; elle avait néanmoins estimé son temps de remplissage à moins de 5 minutes. En pratique, les personnes prenaient souvent beaucoup plus de temps qu'ils ne l'estimaient pour répondre à l'EDDA dans son intégralité. Cependant, d'après leur estimation et leur appréciation de cette durée, cela ne paraît pas être un obstacle.

4.7.4. Attrait exercé par la borne auprès du personnel

La borne laissée à disposition dans le hall du PPE, comme dans la rue intérieure de Bretonneau, a exercé un vif attrait auprès du personnel. Bon nombre d'entre eux ont spontanément répondu à la BIP. Bien sûr, la plupart d'entre eux, compte tenu de leur âge, répondaient à l'AUDIT. Mais certains bénévoles plus âgés, travaillant dans la rue intérieure de Bretonneau ont quant à eux répondu à l'EDDA. Il est donc certain que l'installation d'une telle borne crée une émulation au sein d'une équipe et permet de sensibiliser sur la question de l'alcool.

Conclusion

A la lecture d'une littérature riche en la matière, il est maintenant convenu que les pratiques de repérage du risque alcool suivi d'une intervention brève, sont efficaces auprès des consommateurs à risque ou ayant déjà des dommages de leur consommation. Les stratégies de diffusion de ces pratiques auprès des professionnels de santé passent par des étapes incontournables si l'on souhaite qu'elles soient à la fois adoptées, généralisées et coût-efficaces. Parmi ces étapes il y a l'acceptabilité de l'outil de repérage et des moyens d'intervention, à la fois par les professionnels mais aussi par les patients auxquels ils s'adressent. Le manque de temps de ces professionnels est l'obstacle le plus souvent mis en avant, mais les réticences bilatérales comme on peut le voir dans les résultats de cette étude à aborder le sujet restent au premier plan. Les évolutions des moyens de repérage ces dernières années ont pris en compte ces remarques. Auto-questionnaires, auto-questionnaires informatisés, interventions brèves prenant la forme de livrets de conseils, toutes ces évolutions doivent elles-aussi passer par la lecture rigoureuse de l'évaluation.

Cette étude de faisabilité permet d'affiner la réflexion dans ce domaine de la mise à disposition des patients et de leurs soignants, d'un outil de repérage simple.

Le choix du lieu pour atteindre la population cible est une étape nécessaire dans cette réflexion. Clairement, en ce qui concerne les plus âgés, l'une des conclusions de ce travail renvoie à l'un des points abordés dans la problématique : l'hétérogénéité du groupe constitué par les plus de 65 ans. Ceux-ci, on l'a vu, non seulement peuvent répondre à un auto-questionnaire d'évaluation de leur consommation d'alcool par une borne interactive de prévention, mais ils apprécient le fait d'utiliser un tel outil, et ce même lorsqu'ils ne sont pas familiarisés avec les ordinateurs. Seuls des aménagements simples sont à envisager et en

particulier la possibilité de remplir le questionnaire en position assise. En revanche, l'absence de recours spontané à une telle offre est un obstacle manifestement lié à l'âge et les études ultérieures devront prendre ces résultats en compte pour identifier des solutions facilitantes. On peut en particulier penser que la mise à disposition de la borne de prévention dans un lieu non identifié comme lieu de soin et non exclusivement fréquenté par des personnes âgées, pourrait faire augmenter l'essai spontané en banalisant l'outil et en sélectionnant des personnes moins malades. Une telle démarche a été faite avec des résultats encourageants dans un centre médico-sportif ouvert à une population tout venante de tous âges.

Chez les plus âgés, les plus malades ou les moins partants pour une auto-évaluation avec ce type d'interface, la mise à disposition des soignants du questionnaire sur Internet, est une option qui devra être testée et évaluée.

Enfin, une étape supplémentaire, devra être celle de l'évaluation de l'efficacité de conseils écrits délivrés par la borne sur la réduction du risque alcool ainsi que l'évaluation du coût-efficacité d'une telle démarche.

Le cheminement de la recherche dans le champ de la prévention secondaire en alcoologie auprès des plus âgés est donc encore long, mais à chacune de ces étapes, on voit augmenter l'intérêt des soignants impliqués pour cette problématique jusqu'à présent peu facilement abordée.

Annexes

Annexe 1 : Critères de l'abus et de la dépendance

1. Critères DSM-IV

La **dépendance** à une substance est définie si 3 ou plus des critères suivants sont présents :

- 1) Tolérance manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir une intoxication ou un effet désiré, ou par une diminution des effets à doses consommées constantes ;
- 2) Symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence, évités ou améliorés par une nouvelle prise de substance ;
- 3) Prise de la substance en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu ;
- 4) Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation ;
- 5) Beaucoup de temps passé à utiliser ou à se procurer de la substance ;
- 6) Abandon ou réduction de ses activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause de l'usage de la substance ;
- 7) Poursuite de l'utilisation malgré la connaissance des risques pour la santé.

L'**abus** est caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

- 1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, exclusion temporaire ou définitive de l'école, négligence des tâches ménagères courantes) ;
- 2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'un véhicule) ;
- 3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de la substance (arrestations pour comportement anormal lié à l'utilisation de la substance) ;
- 4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication alcoolique).

2. Critères CIM-10

Au moins 3 des manifestations suivantes sont **présentes en même temps au cours de la dernière année** :

- 1) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- 2) Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation) ;
- 3) Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- 4) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
- 5) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer ses effets ;
- 6) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Annexe 2 : Etude PAQUID

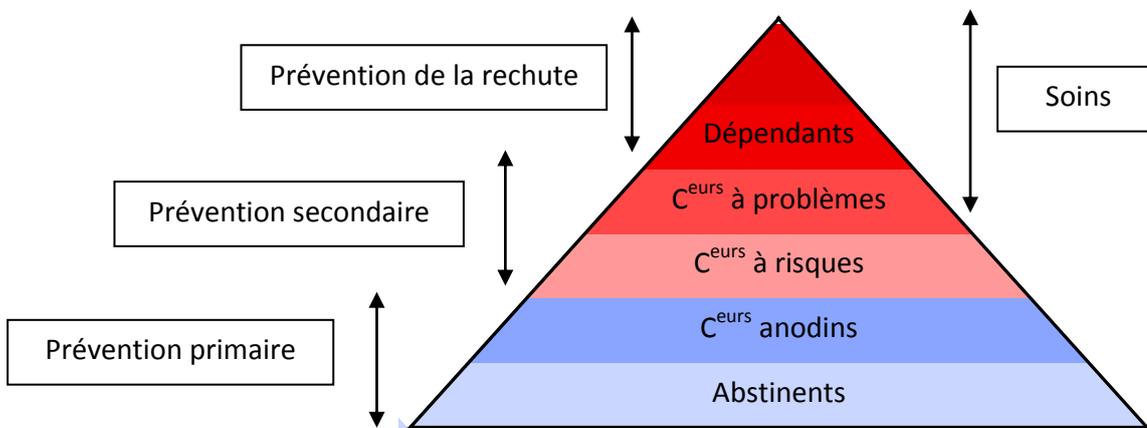
Consommation de vin en 1988

Répartition des différents types de consommateurs

Types de consommateurs	Hommes (en %)	Femmes (en %)	Total (en %)	Nombre
Non consommateurs	22,8	58,9	43,9	1652
Consommateurs légers (1 à 2 verres/jour)	44,8	37,8	40,8	1538
Consommateurs modérés (3 à 4 verres/jour)	25,5	3	12,4	467
Gros consommateurs (> 4 verres/jour)	6,8	0,1	2,9	110

Annexe 3 : Pyramide des consommations d'alcool.

D'après Skinner H. Adaptation Saunders JB et Michaud P.



Annexe 4 : « FRAMES » ou les recommandations pour une attitude adaptée dans une intervention brève

FEED-BACK : restitution au patient de l'intervention relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d'alcool.

RESPONSABILITY : la responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et notamment pas au thérapeute.

ADVICE : un conseil de modération est clairement donné au patient.

MENU : un choix ou menu offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool est donné au patient.

EMPATHY : le thérapeute fait preuve d'empathie, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts et les acquis du patient.

SELF-EFFICACITY : le thérapeute cherche à renforcer chez le patient les ressources personnelles en faveur du changement.

Annexe 5 : La borne interactive de prévention

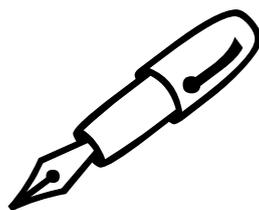




Questionnaire

EDDA

Cette enquête concerne la santé
des personnes âgées de 65 ans et plus.
Vos réponses nous aideront à comprendre
comment prévenir certaines maladies
et promouvoir la santé.



PREMIERE PARTIE

Les questions qui suivent portent sur vous en général

1. Êtes-vous un homme ou une femme ?

- un homme ₁
- une femme ₂

2. Quel est votre âge? [__][__]

3. Quelle est la classe la plus élevée que vous ayez achevée pendant votre scolarité ? Cochez une seule case

₁ Je ne suis pas allé(e) à l'école

Je me suis arrêté(e) :

Ecole primaire

- ₂ en Cours préparatoire (CP ou 11^{ème})
- ₃ en Cours élémentaire 1^{ère} année (CE1 ou 10^{ème})
- ₄ en Cours élémentaire 2^{ème} année (CE2 ou 9^{ème})
- ₅ en Cours moyen 1^{ère} année (CM1 ou 8^{ème})
- ₆ en Cours moyen 2^{ème} année (CM2 ou 7^{ème})
- ₇ en Classe de fin d'études ou après le Certificat d'Etudes

J'ai fait des études secondaires et je me suis arrêté(e) :

Etudes secondaires

- ₈ en 6^{ème} ou en première année de CAP
- ₉ en 5^{ème} ou en deuxième année de CAP
- ₁₀ en 4^{ème} ou en troisième année de CAP
- ₁₁ en 3^{ème} ou après le Brevet d'enseignement primaire supérieur
- ₁₂ en 2^{nde} ou première année de BEP
- ₁₃ en 1^{ère} ou deuxième année de BEP
- ₁₄ en Terminale ou après le Baccalauréat

J'ai fait des études après le Baccalauréat :

- ₁₅ une année
- ₁₆ deux années
- ₁₇ trois années ou plus

DEUXIEME PARTIE : PROBLEMES DE SANTE
Cette partie porte sur votre état de santé actuel

4. La question qui suit porte sur les limitations que vous pourriez ressentir dans certaines activités physiques quotidiennes.

A quel point votre santé est-elle un obstacle...

... pour monter l'escalier sur un étage?

- ma santé n'est pas un obstacle du tout 1
- ma santé me limite un peu dans cette activité 2
- ma santé me limite beaucoup dans cette activité 3

Cochez une seule case

... pour marcher sur la longueur d'un pâté de maison ?

- ma santé n'est pas un obstacle du tout 1
- ma santé me limite un peu dans cette activité 2
- ma santé me limite beaucoup dans cette activité 3

Cochez une seule case

... pour faire votre toilette et vous habiller ?

- ma santé n'est pas un obstacle du tout 1
- ma santé me limite un peu dans cette activité 2
- ma santé me limite beaucoup dans cette activité 3

Cochez une seule case

5. Comment qualifieriez-vous votre état de santé actuel ?

- excellent 1
- très bon 2
- bon 3
- correct 4
- médiocre 5

Cochez une seule case

6. Est-ce que votre médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez...

Cochez une case à chaque ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas
a. de l'hypertension artérielle (ou de la tension)	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
b. de l'insuffisance cardiaque	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
c. du diabète	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
d. de l'ostéoporose	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
e. une cirrhose ou une autre maladie du foie	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
f. un cancer de la bouche ou de la gorge	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
g. un cancer du poumon	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
h. de la goutte	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
i. des problèmes de mémoire ou de fonctionnement cérébral	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
j. un cancer du colon ou du rectum	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne et une seule, même si c'est « je ne sais pas » ?

7. Dans les douze derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez...

Cochez une case à chaque ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas
a. une hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. une gastrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. un ulcère de l'estomac ou du duodénum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. une pancréatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. une dépression, de l'anxiété ou un problème de santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne et une seule, même si c'est « je ne sais pas » ?

8. Actuellement, est-ce que vous fumez (des cigarettes, des cigares ou la pipe) ou chiquez ou prenez du tabac ?

Cochez une seule case

- je n'ai jamais consommé de tabac
- je consommais du tabac dans le passé, mais j'ai arrêté
- oui, je fume (ou je prise, ou je chique) actuellement

9. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu les problèmes de santé suivants ?

Cochez une case à chaque ligne

	jamais	rarement	quelquefois	souvent	toujours
a. du mal à dormir	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
b. mal à l'estomac	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
c. des brûlures digestives	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
d. la nausée	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
e. des vomissements	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
f. la diarrhée	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
g. de la nervosité	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
h. des problèmes de mémoire	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
i. le sentiment d'être déprimé(e)	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
j. trébucher, heurter les objets	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
k. des chutes	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
l. des problèmes pour contrôler ma vessie	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne, et une seule ?

TROISIEME PARTIE : LES MEDICAMENTS

Cette partie porte sur les médicaments
que vous prenez actuellement

10. Combien de médicaments différents prenez-vous actuellement CHAQUE JOUR ou PRESQUE TOUS LES JOURS ?

(même ceux que vous prenez sans prescription du médecin – ne comptez pas les vitamines et les sels minéraux, ni les gouttes pour les yeux et les pommades).

Cochez une seule case

- ₁ aucun
- ₂ un ou deux
- ₃ trois à cinq
- ₄ six ou sept
- ₅ huit ou plus

11. Est-ce que vous prenez une Aspirine à 500 mg ou plus CHAQUE JOUR ou PRESQUE TOUS LES JOURS ?

(Aspirine 500 ou 1000 mg, Aspégic® 500 ou 1000 mg etc..)

Cochez une seule case

- ₁ non
- ₂ oui
- ₃ je ne sais pas

**12. Est-ce que vous prenez l'un de ces médicaments
UNE FOIS PAR SEMAINE OU PLUS SOUVENT ?**

Cochez une case à chaque ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas
a. des calmants ou des somnifères comme Stilnox®, Témesta®, Valium®, Séresta®, Atarax®, Xanax®, Lexomil®, Rohypnol®, Imovane®, Tranxène®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. des neuroleptiques comme Melleril®, Haldol®, Tiapridal®, Risperdal®, Largactil®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. des médicaments contre la douleur comme Diantalvic® ou Dialgirex®, Topalgic®, Tramadol®, Zamudol®, Propofan®, de la morphine, Skénan®, Moscontin®, Fortal®, Lamaline®, Efferalgan Codéiné®, ou contre la toux comme le Néocodion®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. de l'Equanil® 250mg ou 400mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. des médicaments contre la dysfonction érectile comme Viagra®, Cialis®, Levitra®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne et une seule, même si
c'est « je ne sais pas » ?

13. Est-ce qu'actuellement vous prenez l'un de ces médicaments TOUS LES JOURS ou PRESQUE TOUS LES JOURS ?

Cochez une case à chaque ligne

Oui Non Je ne sais pas

a. des médicaments pour l'estomac

comme Mopral®, Ogast®, Zoltum®,

Azantac®, Tagamet®, Inexium®, Lanzor®...

b. des médicaments contre les rhumatismes et la douleur

comme Voltarène®, Profénid®, Advil®,

Indocid®, Nifluril®, Nurofen®, Apranax®,

Naprosyne®...

c. des médicaments contre le diabète

comme Diamicron®, Glucophage®,

Glucor®, Daonil®...

d. des médicaments contre l'hypertension

comme Avlocardyl®, Sectar®, Lopressor®,

Corgard®, Cozaar®, Hyzaar®, Captopril®,

Zestril®, Renitec®, Atacand®...

e. des médicaments contre l'angine de poitrine

comme Risordan®, Lenitral®,

un patch de Trinitrine...

f. d'autres médicaments pour le cœur

comme Lasilix®, Digoxine®,

Cordarone®, Aldactone®...

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne et une seule, même si c'est « je ne sais pas » ?

(13. suite)

Est-ce qu'actuellement vous prenez l'un de ces médicaments TOUS LES JOURS ou PRESQUE TOUS LES JOURS ?

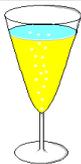
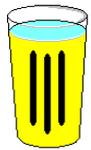
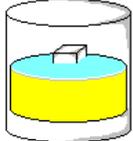
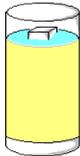
Cochez une case à chaque ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas
g. des anticoagulants comme Préviscan®, Sintrom®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. des médicaments contre l'épilepsie comme Gardéнал®, Lamictal®, Dépakine®, Tégrétol®, Neurontin®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. des antidépresseurs comme Prozac®, Deroxat®, Zoloft®, Laroxyl®, Anafranil®, Stablon®, Effexor®, Séropram®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. des médicaments contre l'allergie, non sédatifs comme Zyrtec®, Telfast®, Clarityne®, Xyzall®, Aérius®, Virlix®, Primalan®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. des médicaments contre l'allergie, sédatifs, ou contre le mal des transport comme Polaramine®, Nautamine®, Nausicalm®, Mercalm®, Dramamine®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Des médicaments contre le cholestérol comme Zocor®, Tahor®, Elisor®, Vasten®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. des médicaments de l'adénome prostatique comme Xatral®, Omix®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne et une seule, même si c'est « je ne sais pas » ?

QUATRIEME PARTIE : VOS HABITUDES ACTUELLES AVEC L'ALCOOL
Cette partie porte sur votre consommation d'alcool
dans les douze derniers mois

Les questions suivantes vous demandent de compter les verres que vous buvez. Pour répondre, comptez « un verre standard » pour chacune des boissons suivantes :

	7 cl d'apéritif à 18°		2,5 cl de digestif à 45°
	10 cl de champagne à 12°		25 cl de cidre « brut » à 5°
	2,5 cl de whisky à 45°		2,5 cl de pastis à 45°
	25 cl de bière à 5°		10 cl de vin rouge ou blanc à 12°

14. À quelle fréquence avez-vous bu des boissons contenant de l'alcool ? (au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ quatre ou cinq fois par semaine
- ₃ deux ou trois fois par semaine
- ₄ deux à quatre fois par mois
- ₅ une fois par mois ou moins
- ₆ **jamais : allez dans ce cas directement page 14 répondre à la question 22.**

**15. Combien de verres standard buvez-vous les jours où vous buvez des boissons contenant de l'alcool ?
(au cours des douze derniers mois)**

Cochez une seule case

- ₁ cinq verres ou plus
- ₂ quatre verres
- ₃ trois verres
- ₄ deux verres
- ₅ un verre
- ₆ moins d'un verre

16. à remplir par LES FEMMES seulement

A quelle fréquence avez-vous bu trois verres ou plus dans la même occasion ? (au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ quatre ou cinq fois par semaine
- ₃ deux ou trois fois par semaine
- ₄ deux à quatre fois par mois
- ₅ une fois par mois ou moins
- ₆ jamais

17. A remplir par LES HOMMES seulement

A quelle fréquence avez-vous bu quatre verres ou plus dans la même occasion ? (au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ quatre ou cinq fois par semaine
- ₃ deux ou trois fois par semaine
- ₄ deux à quatre fois par mois
- ₅ une fois par mois ou moins
- ₆ jamais

18. A quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ? (au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours
- ₃ au moins une fois par mois, mais pas toutes les semaines
- ₄ moins d'une fois par mois
- ₅ jamais

**19. À quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?
(au cours des douze derniers mois)**

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours
- ₃ au moins une fois par mois, mais pas toutes les semaines
- ₄ moins d'une fois par mois
- ₅ jamais

20. À quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ? (au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours
- ₃ au moins une fois par mois, mais pas toutes les semaines
- ₄ moins d'une fois par mois
- ₅ jamais

21. Combien de fois vous est-il arrivé de conduire une voiture ou un autre véhicule à moteur moins de deux heures après avoir pris trois verres ou plus ?
(au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ à 20 occasions ou plus
- ₂ entre 10 et 19 fois
- ₃ entre 6 et 9 fois
- ₄ entre 3 et 5 fois
- ₅ 1 ou 2 fois
- ₆ jamais
- ₇ je n'ai pas conduit dans les 12 derniers mois

22. Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

Cochez une seule case

- ₁ non
- ₂ oui, mais pas dans les douze derniers mois
- ₃ oui, dans les douze derniers mois

Merci pour votre participation à cette étude

Annexe 7 : Exemple de livret délivré par la borne



A notre santé ! Guide pour une consommation prudente d'alcool



Ce compte-rendu a été établi à partir de vos réponses au questionnaire ARPS que vous avez rempli le [jj, mm,aa]. L'objectif de ce compte-rendu est de vous aider à distinguer entre une consommation d'alcool raisonnable pour la santé, risquée et problématique pour votre santé. Il peut aussi vous aider aussi à aborder ce sujet avec votre médecin ou tout autre professionnel de santé de votre choix afin de bénéficier d'informations supplémentaires sur l'usage d'alcool et la santé.

Chez certaines personnes, une faible consommation d'alcool peut contribuer à leur bon état de santé. Cependant, en vieillissant, on devient plus sensible aux effets de l'alcool qui peut entraîner de sérieux problèmes de santé lorsqu'il est associé à des médicaments fréquemment pris par les adultes âgés. De plus la prise d'alcool peut entraîner ou aggraver certains problèmes de santé et les rendre plus difficiles à traiter..

Il est important de comprendre qu'avec l'âge, ce qu'on appelle «consommation problématique d'alcool» recouvre une variété de problèmes qui ne se résume pas aux situations de dépendance ou d'abus. Connaître les bénéfices potentiels de cette consommation, aussi bien que ses risques, peut vous aider à faire des choix judicieux.



Consommation prudente :

Avoir une consommation prudente signifie qu'il y a peu de risques qu'elle entraîne des problèmes de santé. Elle peut être conviviale, agrémenter vos repas et avoir un effet protecteur contre les maladies cardio-vasculaires et l'attaque cérébrale.



Consommation à risque:

La consommation à risque est celle qui peut conduire à d'éventuels problèmes médicaux, fonctionnels ou psychologiques. Parmi ces problèmes, des accidents ou des chutes, l'aggravation de maladies chroniques (comme un diabète) ou de difficultés psychologiques (comme une dépression). Une consommation à risque peut aussi diminuer les capacités à pratiquer ses activités habituelles chez soi ou au travail.



Consommation à problèmes :

Avoir une consommation problématique signifie que la consommation d'alcool est probablement responsable de problèmes de santé actuellement. Elles recouvrent les consommations qui ont déjà entraîné des maladies du foie, provoqué des accidents ou des chutes, aggravé une maladie chronique (comme un diabète) ou contribué à une dépression. Certains consommateurs à problèmes sont dépendants de l'alcool tous les jours. La dépendance est aussi appelée alcoolisme.



Résumé de votre situation vis-à-vis de l'alcool

- Vous dites qu'au cours de ces 12 derniers mois, vous avez habituellement bu 2 verres 2 ou 3 fois par semaine.
- Vous signalez aussi que une fois par mois ou moins, vous buvez 3 verres ou plus en une occasion.
- Au total, à partir des informations que vous donnez concernant votre consommation d'alcool, vos prises de médicaments, votre état de santé et votre condition physique, votre consommation d'alcool est considérée comme étant **problématique**.
- Bien que par certains aspects votre consommation soit considérée comme "à risque," vous avez au moins un argument en faveur d'une consommation 'problématique'. Quiconque a au moins un de ces arguments est classé comme ayant une consommation à problèmes.

Lisez la suite!



Votre consommation d'alcool

Vous dites que durant les 12 derniers mois...

Ceci est ...

...au moins une fois par mois mais pas chaque semaine, vous n'avez pas pu mener à bien vos activités du fait de votre consommation d'alcool	À risque
...au moins une fois par semaine mais pas chaque jour, vous avez eu un sentiment de regret ou de culpabilité après avoir bu de l'alcool.	À risque
... quelqu'un de votre entourage s'est soucié de votre consommation d'alcool ou vous a suggéré de stopper.	À risque
... vous avez conduit un véhicule dans les deux heures après avoir bu 3 verres ou plus.	À risque

Annexe 8 : Questionnaire de l'étude

N°	Formulation	Modalités de réponse
1	Vous avez trouvé l'utilisation de cette borne agréable.	quantitatif, de 0 à 10
2	Vous étiez confortablement installé(e) pour répondre	quantitatif, de 0 à 10
3	L'utilisation de cette borne vous a paru facile.	quantitatif, de 0 à 10
4	Les textes sont faciles à lire.	quantitatif, de 0 à 10
5	Les couleurs vous plaisent.	quantitatif, de 0 à 10
6	Les « touches » sur l'écran sont faciles à utiliser.	quantitatif, de 0 à 10
7	On passe facilement d'un écran au suivant.	quantitatif, de 0 à 10
8	Vous avez apprécié de répondre au questionnaire sur la borne.	quantitatif, de 0 à 10
9	C'est bien de pouvoir évaluer sa consommation d'alcool par la borne.	quantitatif, de 0 à 10
10	Vous avez trouvé intéressante l'idée de recevoir par écrit un conseil sur la consommation d'alcool.	quantitatif, de 0 à 10
11	Vous avez l'habitude d'utiliser les ordinateurs.	quantitatif, de 0 à 10
12	Le remplissage du questionnaire sur la borne vous a donné envie de lire les conseils qu'elle vous a remis.	quantitatif, de 0 à 10
13	Le remplissage du questionnaire sur la borne vous a donné envie de parler d'alcool avec un professionnel de santé.	quantitatif, de 0 à 10
14	Est-ce qu'un professionnel de santé a déjà évoqué avec vous votre consommation d'alcool ?	oui ; non
15	Au cours des douze derniers mois, est-ce qu'un professionnel de santé a déjà évoqué avec vous votre consommation d'alcool ?	oui ; non
16	Avec quel professionnel de santé pensez-vous que vous pourriez discuter de votre consommation d'alcool ?	question ouverte
17	Trouvez-vous plus facile de donner des informations personnelles à une machine plutôt qu'à un professionnel de santé ?	ne sait pas ; beaucoup plus facile ; plutôt plus facile ; plutôt plus difficile ; beaucoup plus difficile
18	Avez-vous trouvé certaines questions gênantes ?	oui ; non
19	Avez-vous trouvé certaines questions difficiles à comprendre ?	oui ; non
20	Combien de temps vous a-t-il pris de le remplir, à votre avis ?	temps en minutes
21	Cette durée est-elle, à votre avis...	tout à fait acceptable ; assez acceptable ; un peu trop long ; beaucoup trop long

Bibliographie

¹ INSEE, estimation de population et statistiques de l'état civil.

² Carl Haub, 2006 World Population Data Sheet.

³ Olivier Léon, Pascal Godefroy, pôle Emploi-Population, INSEE. Projections régionales de population à l'horizon 2030.

⁴ Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, division Enquêtes et études démographiques, Insee. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans. Insee Première, n° 1320, octobre 2010.

⁵ Nathalie Blanpain, division Enquêtes et études démographiques, Insee. 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060 ? Insee Première, n° 3019, octobre 2010.

⁶ Beck F, Gaultier A, Guilbert P. Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Coll. Baromètres Santé ed 2007, Saint Denis, INPES, 608 p.

⁷ Usages de substances psychoactives après 60 ans. Tendances n°67. OFDT. septembre 2009.

⁸ Orgogozo JM, Dartigues JF, Salomon R et al. Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective study in the Bordeaux area. Rev Neurol 1997; 153: 185-192.

⁹ Blazer DG, Wu L. 2009. The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: national survey on drug use and health. Am J Psychiatry 166: 1162-1169.

¹⁰ Menecier P, Girard A, Bernard B, Menecier-Ossia L, Pellissier-Plattier S, Afifi A, Ploton L. Intoxication éthylique aiguë après 75 ans : une situation clinique loin de l'anecdote à l'hôpital. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, vol 6, n°2, juin 2008.

¹¹ Adams WL, Barry KL, Fleming MF. Screening for problem drinking in older primary care patients. *JAMA* 1996; 276 (24): 1964-1967.

¹² National Heart Lung and Blood Institute. NHLBI Morbidity and mortality chartbook, 2000. Bethesda, MD: NHLBI 2000.

¹³ US Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004; 140 (7): 554-556.

¹⁴ INSERM. Alcool, effets sur la santé. Expertise collective INSERM Septembre 2001.

¹⁵ Fuchs CS, Stamper MJ, Colditz GA et al. Alcohol consumption and mortality among women. *N Engl J Med* 1995; 332 (19): 1245-1250.

¹⁶ Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Alcohol and mortality. *Ann Intern Med* 1992; 117 (8): 646-654.

¹⁷ Thun MJ, Peto R, Lopez AD et al. alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *N Engl J Med* 1997; 337 (24): 1705-1714.

¹⁸ St Leger AS et al. Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine. *The Lancet* 1979; 1017-1020.

¹⁹ Ruidavets JB, Ducimetière P, Evans A, Montaye M, Haas B, Bingham A, Yarnell J, Amouyel P, Arveiler D, Kee F, Bongard V, Ferrières J. Patterns of alcohol consumption and ischemic

heart disease in culturally divergent countries: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME). *BMJ* 2010; 341: c6077 doi: 10. 1136/bmj.c6077.

²⁰ Mukamal KJ, Conigrave KM, Mittleman MA et al. Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *N Engl J Med* 2003; 348 (2): 109-118.

²¹ Bryson CL, Mukamal KJ, Mittleman MA et al. the association of alcohol consumption and incident heart failure: the Cardiovascular Health Study. *Journal of the American College of Cardiology* 2006; 48 (2): 305-311.

²² Sacco RL, Elkind M, Boden-Albala B et al. The protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke. *JAMA* 1999; 281 (1): 53-60.

²³ de Vegt F, Dekker JM, Groeneveld WJ et al. Moderate alcohol consumption is associated with lower risk for incident diabetes and mortality: the Hoorn study. *Diabetes Res Clin Pract* 2002; 57 (1): 53-60.

²⁴ Mukamal KJ, Kuller LH, Fitzpatrick AL, Longstreck WT, Mittleman MA, Siscovick DS. Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults. *JAMA* 2003; 289: 1405-1413.

²⁵ Deng J and al. a 2-year follow-up study of alcohol consumption and risk of dementia. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2006; 108: 378-383.

²⁶ Truelsen T, Thudium D, Gronbaek H. Amount and type of alcohol and risk of dementia: the Copenhagen Heart Study. *Neurology* 2002; 59: 1313-1319.

²⁷ Ruitenberg A, van Swieten JC, Wittemen JC, Mehta KM, van Duijn CM, Hofman A, Bretelen MM. alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. *Lancet* 2002 Jan 26; 359(9303): 281-6.

²⁸ Letenneur L. Moderate alcohol consumption and risk of developing dementia in the elderly: the contribution of prospective studies. *Ann Epidemiol* 2007; 17: S43-S45.

²⁹ Rimm E, Moats C. Alcohol and coronary heart disease: drinking patterns and mediators of effects. *Annals Epidemiol* 2007; 17: S3-S7.

³⁰ Haaz S, Gache P. enjeux et perspectives médicales de la consommation d'alcool chez la personne âgée. *Revue médicale suisse* 2007, n°3118.

³¹ Seitz HK, Egerer G, Simanowski UA, Waldherr R, Eckey R, Agarwal DP, Goedde HW, von Wartburg JP. Human gastric alcohol dehydrogenase activity: effect of age, sex, and alcoholism. *Gut* 1993; 34(10): 1433-7.

³² Smith JW. Medical manifestations of alcoholism in the elderly. *Int J Addict* 1995; 30 (13-14): 1749-98.

³³ Sattar SP, Petty F, Burke WJ. Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clin Geriatr Med* 2003 Nov; 19(4): 743-61.

³⁴ Castelain V, Lavigne T, Jaeger A, Schneider F. Manifestations cardiovasculaires des substances récréatives: alcool, cocaïne, amphétamines, ecstasy, héroïne et cannabis. *Réanimation* 2005; 14 : 186-195.

³⁵ Nieves JW. Calcium, vitamin D, and nutrition in elderly adults. *Clin Geriatr Med* 2003; 19(2) : 321-35.

³⁶ Cawthon PM, Harrison SL, Barrett-Connor E, Fink HA, Cauley JA, Lewis CE, Orwoll ES, Cummings SR. Alcohol intake and its relationship with bone mineral density, falls, and fracture risk in older men. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(11): 1649-57.

-
- ³⁷ HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations, 2007.
- ³⁸ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (Ofdt). Alcool, tabac et médicaments psychotropes chez les seniors. Tendances 16, 2001.
- ³⁹ Friocourt P. Cholestérol et sujets âgés. *Psychol Neuro Psychiatr* 2007; 7(38): 7-17.
- ⁴⁰ Maillot F, Farad S, Lamisse F. Alcohol and nutrition. *Pathol Biol (Paris)* 2001 Nov; 49(9):683-8.
- ⁴¹ Pringle KE, Ahern FM, Heller DA, Gold CH, Brown TV. Potential for alcohol and prescription drug interactions in older people. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(11):1930-6.
- ⁴² Aira M, Hartikainen S, Sulkava R. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication: a source of possible risk in the elderly aged 75 and older. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20(7):680-5.
- ⁴³ Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007; 5(1):64-74.
- ⁴⁴ SFA/ISPA. Effets spécifiques des interactions alcool-médicaments. Mars 2009.
- ⁴⁵ Ilomäki J, Korhonen MJ, Enlund H, Hartzema AG, Kauhanen J. Risk drinking behavior among psychotropic drug users in an aging Finnish population: the FinDrink study. *Alcohol* 2008; 42(4):261-7.
- ⁴⁶ Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. HAS 2005.

-
- ⁴⁷ Mukamal KJ, Mittleman MA, Longstreth WT Jr, Newman AB, Fried LP, Siscovick DS. Self-reported alcohol consumption and falls in older adults: cross-sectional and longitudinal analyses of the Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(7): 1174-7.
- ⁴⁸ Pluijm SM, Smit JH, Tromp EA, Stel VS, Deeg DJ, Bouter LM, Lips P. A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. *Osteoporos Int* 2006; 17(3): 417-25.
- ⁴⁹ Letizia M, Reinholz M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatr Nurs* 2005 May-Jun; 26(3): 176-183.
- ⁵⁰ Oslin DW, Cary MS. Alcohol-related dementia: validation of diagnostic criteria. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003 Jul-Aug; 11(4): 441-7.
- ⁵¹ Munro CA, Saxton J, Butters MA. Alcohol dementia: "cortical" or "subcortical" dementia? *Arch Clin Neuropsychol* 2001; 16(6): 523-33.
- ⁵² Brust JC. A 74-year-old man with memory loss and neuropathy who enjoys alcoholic beverages. *JAMA* 2008; 299(9): 1046-54.
- ⁵³ Menecier P, Afifi A, Menecier-Ossia L, Arezes C, Dury M, Monterrat N, Ploton L. Alcool et démence: des relations complexes. *La Rev de Gériatrie* 2006 ; 31 : 11-18.
- ⁵⁴ Michaud P, Gache P, Batel P, Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *Rev Prat Med Gen* 2003 ; 17 (604) : 281-289.
- ⁵⁵ Alcohol alert n°40. Alcohol and aging. Bethesda, MD : National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000.

⁵⁶ American Geriatrics Society. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults, 2003.

⁵⁷ Lang I, Guralnik J, Wallace RB, Melzer D. What level of alcohol consumption is hazardous for older people? Functioning and mortality in US and English national cohorts. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 49-57.

⁵⁸ Older people: is there a safer way to drink? Alcohol advisory council of New Zealand (ALAC) 2005.

⁵⁹ Australian alcohol guidelines fact sheet – alcohol and older people. Population Health division, Australian Government Department of Health and Aging, 2005.

⁶⁰ La Societa Italiana di Nutrizione Umana (SINU). Livelli di assunzione giornalieri raccomandati di energia e nutrienti per la popolazione italiana, annesso 1: etanolo. 1996.

⁶¹ Moore AA, Endo JO, Carter MK. Is there a relationship between excessive drinking and functional impairment in older persons? *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 44-49.

⁶² Batel P. « Qui peut le plus peut le moins » (Dossier alcoolodépendance). *Rev Prat Med Gen* 2000 ; 508 : 1547.

⁶³ Kaner EF, Wutzke S, Saunders JB, Powell A, Morawski J, Bouix JC. WHO Brief intervention study group. Impact of alcohol education and training and general practitioners' diagnostic and management skills: findings from WHO collaborative study. *J Study Alcohol* 2001; 62: 621-7.

⁶⁴ Fink A, Elliott MN, Tsai M, Beck JC. An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1937-1943.

⁶⁵ Samuel R, Michaud P. Attitudes et opinions du médecin généraliste à l'égard du risque alcool : une approche qualitative. *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2002 ; 23-68.

⁶⁶ Gache P. Repérage et diagnostic des maladies de l'alcool. *La revue du praticien* 1999 ; 49 : 375-378.

⁶⁷ Rueff B. Les malades de l'alcool. Collection Pathologie Science Formation, John Libbey Eurotext, Paris 1995.

⁶⁸ Kapoor A, Kraemer KL, Smith KJ, Roberts MS and Staitz R. Cost-effectiveness of screening for unhealthy alcohol use with % carbohydrate deficient transferrin: results from a literature-based decision analytic computer model. *Alcohol Clin Exp Res* 2009; 33(8): 1440-1449.

⁶⁹ Cornel et al. Predictors for hidden problem drinkers in general practice. *Alcohol and Alcoholism* 1996; 31: 287-296.

⁷⁰ Mundle G, et coll. Influence of age, alcohol consumption and abstinence on the sensitivity of carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferrase and mean corpuscular volume. *Alcohol and Alcoholism* 1999; 34 (5): 760-766.

⁷¹ Yersin and coll. Screening for excessive alcohol drinking. Comparative value of carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferrase and mean corpuscular volume. *Archives of Internal Medicine* 1995; 155: 1907-1911.

⁷² Aergeerts B, Buntinx F, Ansom S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 206-10.

⁷³ Selzer A. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *American J. of Psychiatry* 1971; 127: 1653-1658.

⁷⁴ Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *American J. of Psychiatry* 1974; 131: 228-246.

⁷⁵ Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Bernstein M and Daeppe JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism, clinical and experimental research* 2006; 30 (11): 1889-95.

⁷⁶ Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful consumption. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

⁷⁷ Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, Piasere O, Semenzin M, Garzotto N, Tansella M. Efficacy of the Alcohol Use Disorder Identification Test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *BMJ* 1997 Feb 8; 314(7078):420-424.

⁷⁸ Bush K, and al. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). *Arch Intern Med* 1998; 158: 1789-1795.

⁷⁹ Arfaoui S, Dewost AV, Demortière G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». *La revue du praticien-Médecine générale*, 16 février 2004 ; vol 18, n°641 : 201-205.

⁸⁰ Fink A, Hays RD, Moore AA, Beck JC. Alcohol-related problems in older persons: determinants, consequences and screening. *Arch Intern Med*, 1996; 156: 1150-1156.

⁸¹ Moore AA., Morton SC., Beck JC et al. A new paradigm for alcohol use in older persons. *Med Care* 1999; 37 (2): 165-179.

⁸² Moore AA, Hays RD, Reuben DB, Beck JC. Using a criterion standard to validate the Alcohol-Related Problems Survey (ARPS): a screening measure to identify harmful and hazardous drinking in older persons. *Aging Clin Exp Res* 2000; 12 (3): 221-227.

⁸³ Fink A, Lécallier D. Un questionnaire de repérage du risque alcool adapté au sénior. *Alcoologie et addictologie* 2009 ; 31 (3) : 225-234.

⁸⁴ Michaud P, Arfaoui S, Lécallier D, Toulorge P, Méhaut C, Toubal S, Dorvault V. Etude des dommages dus à l'alcool. Validation de la version française de l'ARPS. Evaluation du risque alcool chez les personnes âgées. Rapport de l'étude 2005-2006.

⁸⁵ Fink A, Tsai M, Hays RD et al. Comparing the Alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening instruments in elderly outpatients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2002; 34:55-78.

⁸⁶ Aquilino W. Interview mode effects in surveys of drug and alcohol use. *Public Opinion Quarterly*. 1994; 58 (2): 210-240.

⁸⁷ Newman JC, Des Jarlais DC, Turner CF, Gribble J, Cooley P, Paone D. The differential effects of face-to-face and computer interview modes. *Am J Public Health* 2002 Feb ; 92 (2): 294-297.

⁸⁸ Batel P, Michaud P. Consommation d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves. *Gastroenterol Clin Biol* 2002 ; 26 : B158-B162.

⁸⁹ Diaz Gomez C, Milhet M. Efficacité et coût de l'intervention brève dans la littérature internationale. Repérage précoce et intervention brève. *Stratégies de promotion du*

repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. OFDT, avril 2005.

⁹⁰ Fleming MF, Manwell LB, Barry KL et al. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized-community-based trial. J Fam Pract 1999; 48: 378-384.

⁹¹ Michaud P, Kunz V, Demortière G. Les interventions brèves sont efficaces en santé au travail. Evolutions 2008 ; 14.