

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7**

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012\_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**

**DE**

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Mme ANTUNES-ROBERT Céline**

Date et Lieu de naissance : 07/12/1981 à Séoul

\_\_\_\_\_  
*Présentée et soutenue publiquement le :* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Prévalence d'une consommation excessive d'alcool chez les patients***

***âgés de 65 ans et plus en médecine de ville.***

Président de thèse : Monsieur le Professeur Michel NOUGAIREDE

Directeur de thèse : Monsieur Thierry MAZARS

**DES de médecine générale**

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel Nougairède qui me fait l'honneur et le plaisir de présider cette thèse.

A Monsieur le Docteur Thierry Mazars, mon précieux directeur de thèse, pour m'avoir fait découvrir le réseau de santé de personnes âgées Agékanonix en médecine de ville, pour m'avoir proposé ce travail de recherche, et m'avoir accompagnée dans ce travail.

A toute l'équipe du réseau de santé Agékanonix pour leur disponibilité et leur écoute.

A tous les médecins généralistes adhérents au réseau de santé Agékanonix qui ont accepté de participer à cette étude.

A mon époux, Gildas, pour son soutien indéfectible tout au long de mes études médicales, pour son aide (notamment informatique !), et qui fait de moi une personne meilleure chaque jour.

A mon fils, Gabriel, qui me donne une force supplémentaire dans la vie.

A mes parents, pour leurs encouragements et leur présence, et sans qui je ne serais pas celle que je suis aujourd'hui.

A mon frère, pour son soutien et ce lien particulier qui nous unit.

A ma belle-famille, pour son soutien tout au long de ces années.

A mes amies de Fac, Amélie, Amandine, Delphine, Marie Elise, Marine, Stéphanie, Sylvie et Virginie qui 10 ans après sont toujours présentes à mes côtés.

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

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	6
1. Epidémiologie .....	8
1.1. Données démographiques .....	8
1.1.1. Les personnes âgées en France en 2012.....	8
1.1.2. Evolution prévue .....	9
1.1.3. Mortalité.....	10
1.2. Espérance de vie.....	11
1.3. La consommation d'alcool.....	12
1.3.1. Dans la population générale.....	12
1.3.2. Chez les personnes âgées .....	14
2. Pathologies liées à l'alcool chez les personnes âgées .....	14
2.1. Spécificités alcool personnes âgées : la personne âgée est plus vulnérable à l'alcool .....	14
2.2 Décès liés à l'alcool .....	16
2.3. Pathologies liées à l'alcool.....	17
2.3.1. Hypertension et pathologies cardio-vasculaires.....	18
2.3.2. Cancers.....	18
2.3.3. Chutes .....	19
2.3.4. Ostéoporose.....	20

2.3.5. Affections neurologiques .....	21
2.3.6. Maladies psychiatriques .....	23
2.3.7. Interactions médicamenteuses.....	23
2.4. Classifications .....	24
2.4.1. Différentes catégories de conduites d'alcoolisation ont été définies par la Société Française d'Alcoologie. ....	24
2.4.1.1. Non-usage (non consommateur) .....	24
2.4.1.2. Usage (consommateur modéré) .....	24
2.4.1.3. Mésusage.....	25
2.4.1.3.1. Usage à risque (consommateur à risque) .....	25
2.4.1.3.2. Usage nocif (consommateur à problèmes).....	25
2.4.1.3.3. Usage avec dépendance (consommateur alcoolodépendant).....	26
2.4.2. L'OMS .....	26
2. METHODOLOGIE .....	27
2.1. Questionnaire .....	27
2.2 Méthode .....	28
2.3. Saisie et analyse .....	30
3. RESULTATS .....	31
3.1 Population .....	31
3.2 Profil de la consommation alcoolique :.....	33

3.3	Avis des médecins généralistes participants .....	37
4.	DISCUSSION .....	38
4.1	Nombre de patients inclus.....	38
4.2	Méthode utilisée .....	39
4.3	Facteurs étudiés avec une consommation d'alcool .....	40
4.4	Caractéristique du territoire de l'étude .....	41
4.5	Parler alcool .....	42
	CONCLUSION .....	44
	ANNEXE 1 : Fiche d'information donnée aux médecins généralistes participants .....	45
	ANNEXE 2 : Questionnaire donné aux patients par le médecin généraliste .....	45
	BIBLIOGRAPHIE .....	50

## **INTRODUCTION**

Les sujets âgés de 65 ans et plus constituent la partie de la population dont la croissance est la plus rapide. Les projections de l'INSEE pour 2050 montrent que la part des plus de 60 ans représentera un tiers de la population globale soit environ 23 millions d'habitants. Les personnes âgées sont vulnérables, présentant des pathologies spécifiques telles que les chutes et fractures, les troubles neuropsychologiques, la dénutrition, la poly médication. Une consommation excessive d'alcool augmente la morbi-mortalité des personnes de plus de 65 ans, avec le risque d'une perte d'autonomie pouvant aller jusqu'à la dépendance, un des enjeux de santé publique actuel. (1) Cette surmortalité justifie d'aborder le problème de la consommation excessive d'alcool avec les séniors.

La prévalence de sujets en difficulté avec l'alcool a été étudiée chez les adultes en médecine générale ou à l'hôpital, aboutissant à des chiffres similaires autour de un homme sur quatre et une femme sur dix (soit un adulte sur sept soit 14%).

Aucune donnée spécifique n'existe chez les sujets âgés, les études de prévalence étant sporadiques ou réduites à des estimations.

Peu de données fiables existent chez le sujet âgé à domicile, mais le chiffre global de 10% parmi les plus de 65 ans est souvent avancé. (1)

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France, ce malgré une baisse continue depuis plus de 30 ans. (2)

Une consommation excessive d'alcool va être en cause dans de multiples troubles somatiques dont les maladies alcooliques du foie (stéatose, hépatite, cirrhose), du pancréas, du cœur (cardiomyopathie congestive, troubles du rythme cardiaque), du système nerveux central

(poly neuropathie périphérique, névrite optique, crises convulsives généralisées) auxquelles il convient d'ajouter un grand nombre de cancer imputables ou associés à la consommation d'alcool. (3,4)

La méconnaissance de la prévalence de la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées de plus de 65 ans en France peut contribuer à sous-estimer le risque alcool chez la personne âgée.

# 1. Epidémiologie

## 1.1. Données démographiques

### 1.1.1. Les personnes âgées en France en 2012

Le nombre de personnes âgées est en constante augmentation, selon les chiffres de l'INSEE en France au 1<sup>er</sup> janvier 2012 les plus de 60 ans représentent 23,4% de la population soit environ 11,2 millions d'habitants, dont 9% de plus de 75 ans.

**Tableau 1 : Population par sexe et groupes d'âges quinquennaux au 1er janvier 2012, France**

Au 1er janvier 2012	Femmes	Hommes	Ensemble
Moins de 15 ans	17,5	19,6	18,5
15-19 ans	5,7	6,4	6,0
20-24 ans	6,0	6,5	6,3
25-29 ans	6,0	6,2	6,1
30-34 ans	6,1	6,3	6,2
35-39 ans	6,4	6,7	6,5
40-44 ans	6,8	7,1	6,9
45-49 ans	6,9	7,1	7,0
50-54 ans	6,6	6,7	6,6
55-59 ans	6,4	6,4	6,4
60-64 ans	6,3	6,3	6,3
65-69 ans	4,6	4,5	4,5
70-74 ans	3,8	3,4	3,6
75 ans ou plus	10,9	6,9	9,0
<b>Ensemble</b>	100,0	100,0	100,0

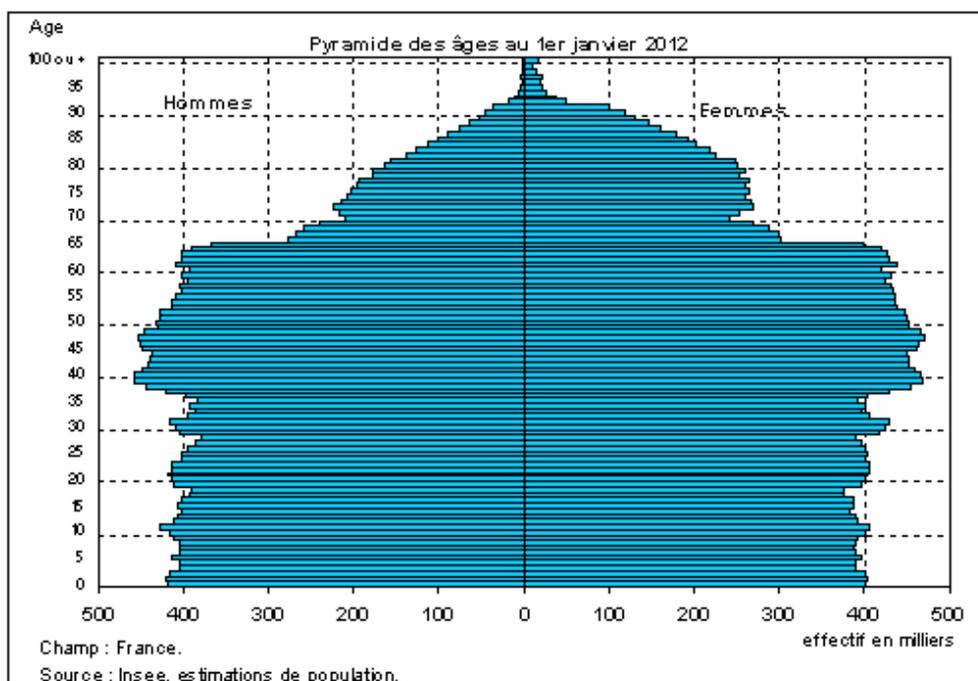
Champ : France

Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2011).

En un peu plus de 50 ans, la partie de la pyramide des âges concernant les personnes âgées de 65 ans et plus a fortement évolué : entre 1950 et 2000, pour cette tranche d'âge le nombre de personnes a été multiplié par 2 passant de 4,7 millions à 9,9 millions.

Le nombre de centenaires, négligeable dans les années cinquante et au début des années soixante, a plus que quintuplé au cours des 30 dernières années, pour finalement atteindre les 16 000 en 2005. (5)

Tableau 2 : Pyramide des âges



### 1.1.2. Evolution prévue

Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1er janvier 2060, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions. En 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans.

Jusqu'en 2035, la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de la mortalité. Cette forte augmentation est transitoire et correspond au passage à ces âges

des générations du baby-boom. Après 2035, la part des 60 ans ou plus devrait continuer à croître, mais à un rythme plus sensible aux différentes hypothèses sur les évolutions démographiques. (5)

Tableau 3 : Projection de la population en 2060

					en %
	<b>Population au 1<sup>er</sup> janvier (en millions)</b>	<b>Moins de 20 ans</b>	<b>20 ans à 59 ans</b>	<b>60 ans à 74 ans</b>	<b>75 ans ou plus</b>
<b>2015</b>	64,5	24,2	51,0	15,5	9,3
<b>2020</b>	66,0	23,9	49,6	17,0	9,4
<b>2025</b>	67,3	23,5	48,4	17,2	10,9
<b>2030</b>	68,5	23,0	47,5	17,1	12,3
<b>2035</b>	69,7	22,6	46,7	17,1	13,6
<b>2040</b>	70,7	22,4	46,6	16,3	14,7
<b>2050</b>	72,3	22,3	45,9	15,9	16,0
<b>2060</b>	73,6	22,1	45,8	15,9	16,2
Champ : France métropolitaine.					
Source : Insee, projections de population 2007-2060.					

### 1.1.3. Mortalité

La mortalité chez les personnes âgées est largement dominée par les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires, qui constituent à elles seules 57.9% de l'ensemble des décès.

Au cours de 30 dernières années, la proportion des causes de décès a évolué avec une inversion d'ordre des deux principales causes de décès pour les 65-74 ans. La mortalité due aux maladies cardio-vasculaires a massivement diminué du fait du recul du tabagisme, d'une alimentation plus variée et de nouveaux moyens préventifs et thérapeutiques. Au cours de la même période, la mortalité par cancer est restée stable, ce qui, compte tenu de l'évolution à la baisse du taux de mortalité global, se traduit par une augmentation de la part des décès dus au cancer. (5)

Tableau 4 : Principales causes de décès des personnes âgées en 2008

	de 65 à 74 ans		de 75 à 84 ans		de 85 à 94 ans		95 ans et plus		Ensemble tous âges	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Maladie de l'appareil circulatoire	15 126	21	46 635	29	54 935	36	15 073	37	146 127	28
<i>dont : cardiopathies ischémiques</i>	4 835	7	12 477	8	12 468	8	2 732	7	37 526	7
<i>maladies cérébrovasculaires</i>	3 442	5	11 289	7	11 943	8	2 706	7	32 181	6
Tumeurs	34 096	47	49 799	31	26 018	17	3 175	8	157 812	30
<i>dont : tumeurs malignes du larynx, trachée, bronches et poumon</i>	7 637	11	7 938	5	2 213	1	119	ns	30 140	6
<i>tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques</i>	2 671	4	4 805	3	2 608	2	253	1	12 867	2
<i>tumeurs malignes du côlon</i>	2 343	3	4 725	3	2 919	2	363	1	12 474	2
Maladies de l'appareil respiratoire	3 462	5	10 922	7	11 907	8	3 680	9	32 621	6
<i>dont : pneumonie</i>	753	1	3 039	2	4 469	3	1 602	4	10 573	2
Causes externes	3 568	5	7 240	5	7 316	5	2 072	5	36 673	7
<i>dont : chutes accidentelles</i>	539	1	1 564	1	1 909	1	528	1	5 517	1
<i>suicides</i>	1 115	2	1 232	1	533	ns	40	ns	10 313	2
Maladies du système nerveux et des organes des sens	2 802	4	10 718	7	11 563	7	2 333	6	30 545	6
Maladies de l'appareil digestif	3 459	4	6 417	4	5 617	4	1 336	3	23 482	4
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2 743	4	6 907	4	7 031	5	2 111	5	21 592	4
Autres causes	7 198	10	20 204	13	26 753	18	10 660	27	81 791	15
<b>Toutes causes</b>	<b>72 454</b>	<b>100</b>	<b>158 842</b>	<b>100</b>	<b>151 140</b>	<b>100</b>	<b>40 440</b>	<b>100</b>	<b>530 643</b>	<b>100</b>
Champ : France métropolitaine.										
Source : Inserm-CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).										

## 1.2. Espérance de 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. (5)

### 1.3. La consommation d'alcool

#### 1.3.1. Dans la population générale

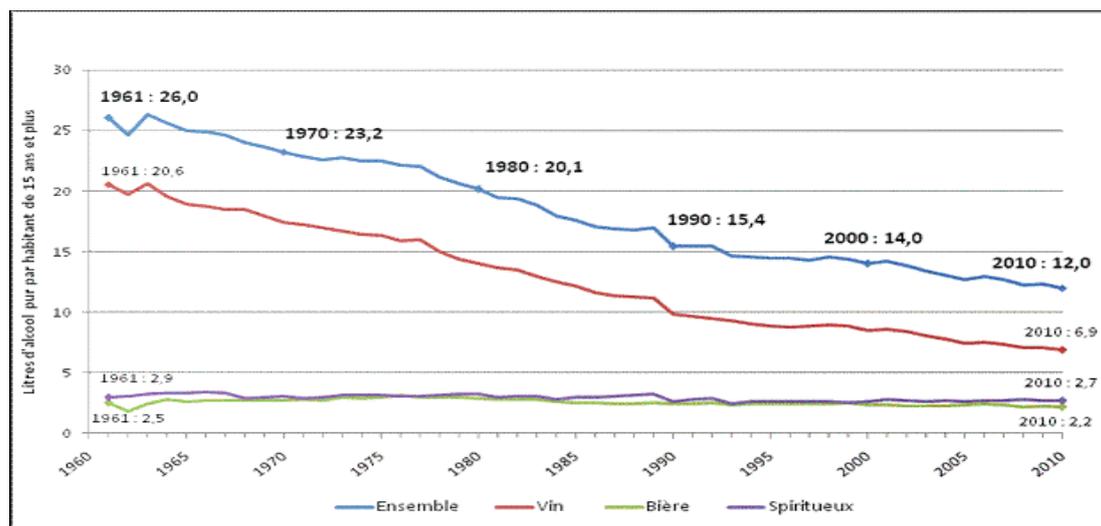
En 2008, la consommation d'alcool sur le territoire français pouvait être estimée à 12.3 litres d'alcool pur par habitant âgé de plus de 15 ans ou plus. Ce volume annuel est l'équivalent d'un peu moins de 3 verres standards par jour et par habitant âgé de 15 ans et plus.

Depuis le début des années 1960, la consommation d'alcool en France a fortement diminué.

Entre 1999 et 2008, la consommation d'alcool sur le territoire français a baissé de 15%.

Toutes les enquêtes de consommation montrent que les hommes boivent des quantités d'alcool nettement plus importantes que les femmes. (6)

Tableau 5 : Consommation d'alcool en France en litre d'alcool pur par an et par habitant de 15 ans et plus.



Source : Organisation mondiale de la santé entre 1961 et 1989, groupe IDA1 de 1990 à 1999, Insee de 2000 à 2010.

Le niveau de consommation d'alcool en France était au début des années 1960 très largement au-dessus de celui observé dans les autres pays européens. Suite au mouvement de

baisse observée au cours des 50 dernières années, la France ne fait plus figure d'exception même si elle reste un des pays ayant le plus fort niveau de consommation d'alcool au monde. D'après les données de la commission européenne, la consommation d'alcool par habitant de 15 ans et plus était moins élevée en France en 2006 qu'en Estonie, en Irlande ou en République Tchèque. (6,7)

Seulement 8.4% des personnes de 12 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boissons alcoolisées (vin, bière, alcool fort ou autres alcools comme le champagne, le cidre, le panaché). Au cours des douze derniers mois, 13.7% des 12-75 ans disent avoir bu tous les jours, 32.7% au moins une fois par semaine, 38.4% moins d'une fois par mois, tandis que 15.2% de la population déclarent n'avoir bu d'alcool sur cette période.

L'usage quotidien s'avère presque trois fois plus fréquent parmi les hommes que parmi les femmes (20.3% contre 7.3%).

Parmi les 12-75 ans, 14.4% déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois (21.6% des hommes contre 7.5% des femmes).

En France, la boisson alcoolisée la plus couramment consommée reste le vin (77,2% des 12-75 ans déclarent en avoir bu au cours de l'année), devant les spiritueux (56,1%) et la bière (53,1%). Ces deux derniers types de boissons ont la préférence des jeunes. (2)

### **1.3.2. Chez les personnes âgées**

L'usage d'alcool quotidien au cours de l'année concerne surtout les plus âgés atteignant 42% parmi les 65-75 ans. Le risque de consommation nocive et d'alcoolodépendance est estimé à 7% dans la population de plus de 65 ans, c'est-à-dire plus faible que dans la population adulte générale où le risque est évalué à 10%.

Ainsi, si la consommation d'alcool et de vin notamment augmente avec l'âge, la proportion des consommations excessives tend à diminuer chez les plus âgés. La consommation moyenne est de moins de deux verres par occasion.

Parmi les seniors, les usagers quotidiens d'alcool sont 2,5 fois plus nombreux en proportion parmi les hommes que parmi les femmes (53 % contre 22 %). (8,9)

## **2. Pathologies liées à l'alcool chez les personnes âgées**

### **2.1. Spécificités alcool personnes âgées : la personne âgée est plus vulnérable à l'alcool**

Le vieillissement amène des modifications physiologiques, aboutissant à une moindre tolérance aux effets de l'alcool.

Chez la personne âgée, il existe une augmentation de la sensibilité à l'alcool, en lien avec ses particularités pharmacocinétiques : diminution d'une part du volume de distribution hydrique de l'alcool par diminution de la masse maigre (aboutissant à une plus forte alcoolémie pour un ingestât d'alcool donné) et augmentation du volume de distribution des

substances liposolubles par augmentation de la masse grasse, et accumulation de l'alcool avec un relargage progressif (aboutissant à une décroissance plus lente de l'alcoolémie). (1,3,4)

La sensibilité cellulaire du système nerveux central à la toxicité de l'alcool est augmentée avec l'âge.

Les effets de l'alcool sont majorés par la coexistence de troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés). L'alcool interagit avec de nombreux médicaments confusogènes, dont les psychotropes.

Toutes ces raisons souvent cumulées chez les sujets âgés, contribuent à rappeler leur fragilité vis-à-vis de l'alcool.

L'ivresse pathologique avec son cortège de troubles du comportement est plus fréquente et de survenue plus rapide.

Les conséquences les plus spécifiques de l'abus d'alcool chez la personne âgée, sont les chutes pouvant entraîner des fractures (hanche), contexte de troubles de l'équilibre préexistants, de neuropathie et d'ostéoporose ; les troubles psychiatriques avec la dépression, l'isolement social ; les troubles neuropsychologiques avec un risque de démence d'origine toxique alcoolique ; la dénutrition ; l'isolement socio-affectif ; les interactions médicamenteuses. (10,11)

## 2.2 Décès liés à l'alcool

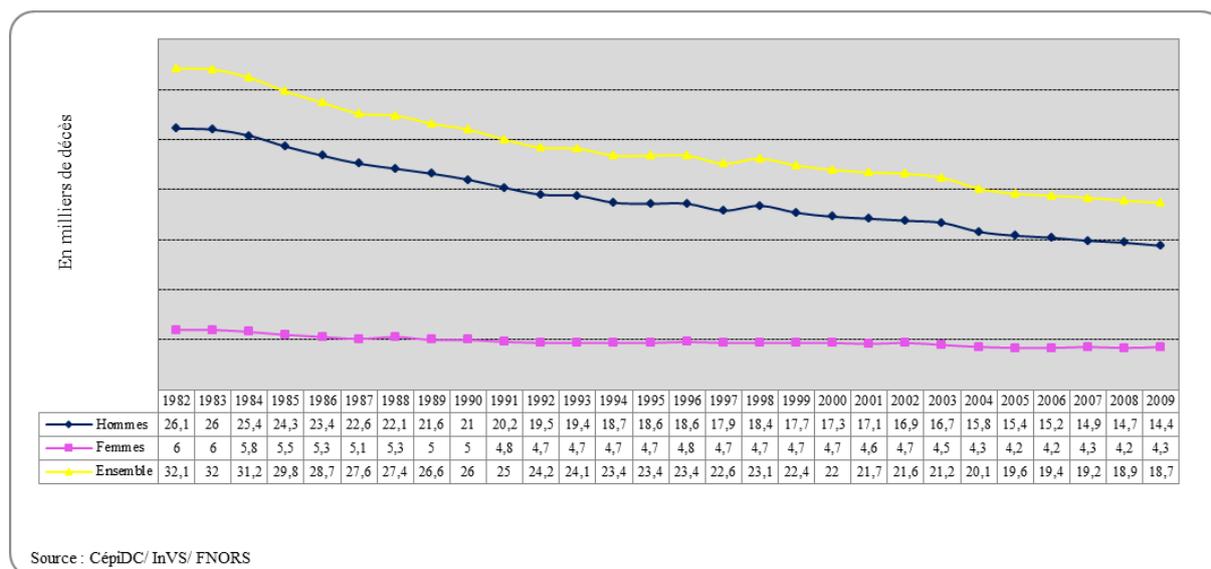
La cirrhose alcoolique, les psychoses alcooliques et les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) constituent trois causes principales de mortalité liée à la consommation excessive d'alcool. Ces trois pathologies sont à l'origine de près de 20 000 décès en 2006. La mortalité liée à une consommation excessive d'alcool croît fortement avec l'âge pour les hommes comme pour les femmes. (6)

La totalité des cancers des VADS ne peut toutefois pas être attribuée à l'alcool, puisque la consommation tabagique constitue également un facteur de risque et que d'autres facteurs peuvent intervenir (exposition à des produits chimiques ou à des poussières, traumatismes prothétiques, radioactivité locale).

Pour ce qui concerne les psychoses alcooliques et la cirrhose alcoolique, ces deux étiologies sont entièrement, ou presque, liées à une consommation excessive d'alcool, même si une petite part des cirrhoses n'est pas d'origine alcoolique mais virale.

En un peu plus de 25 ans, le nombre annuel de décès liés à ces trois causes a chuté de plus de 13 000 décès. Ce gain a concerné principalement les hommes, dont la mortalité liée à l'alcool en 2009 reste 3,4 fois plus importante que celle des femmes (mais l'écart entre les deux sexes s'est réduit au fil des ans). (7)

Tableau 6 : Evolution du nombre total de décès pour les 3 causes directement liées à l'alcool depuis 1982



L'alcool joue également un rôle causal dans de nombreux autres décès (accidents, suicides, cancers...)

### 2.3. Pathologies liées à l'alcool

Après le tabagisme et l'hypertension, l'alcool est le troisième facteur de risque le plus important de morbidité et de mortalité prématurée en Europe. Il dépasse en cela le risque lié à l'hypercholestérolémie et au surpoids, et constitue un risque trois fois plus important que celui lié au diabète et cinq fois plus important que celui lié à l'asthme. (12)

L'accroissement du risque de décès apparaît à partir d'une consommation de 2 verres par jour chez la femme et de 3 verres par jour chez l'homme. Une diminution de la mortalité par pathologies cardiovasculaires est observée pour des consommations quotidiennes inférieures à 2 verres. (13)

En plus d'entraîner une dépendance et d'être la cause d'une soixantaine de pathologies et de traumatismes, l'alcool est responsable de dommages sociaux, mentaux et affectifs très répandus (infractions à la loi et violences familiales comprises) qui induisent des coûts très élevés pour la société. (10)

### **2.3.1. Hypertension et pathologies cardio-vasculaires**

Une consommation excessive et chronique d'alcool peut induire des cardiomyopathies, une hypertension artérielle chez le sujet âgé, ainsi qu'une augmentation du risque d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques. (10,11)

Par ailleurs, selon une étude suisse, une consommation modérée d'alcool (2 unités par jour soit 14 unités par semaine maximum) pourrait être associée à un moindre risque cardiovasculaire. Ceci serait expliqué par la hausse du HDL-cholestérol, qui a un mécanisme protecteur modéré. Au-delà de ce seuil, le risque augmente en corrélation avec l'hypertension artérielle. (15,16,17)

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 consommés. (16)

### **2.3.2. Cancers**

L'association entre consommation de boisson alcoolisée et risque de cancer a été évoquée pour la première fois en 1910 par Lamy, qui a observé qu'environ 80% des sujets

atteints d'un cancer de l'œsophage ou du cardia étaient des alcooliques qui buvaient surtout de l'absinthe.

Ce résultat a été confirmé par des études de cohorte, notamment celle de l'American Cancer Society en 1977 ayant suivi 490 000 personnes pendant 9 ans. En France, en recoupant les données de l'IREB (Institut de Recherches scientifiques Economiques et sociales sur les Boissons) et de l'INSERM sur les décès, il a été montré qu'en 1995 chez les personnes de plus de 65 ans, 9% des décès par cancer chez l'homme était imputable à l'alcool, contre 2% chez la femme. (15,18,19)

Les organes les plus touchés concernent les voies aérodigestives, bouche, pharynx, larynx, œsophage, ainsi que le foie.

Le risque de cancer ne dépend pas du type de boisson alcoolisée mais de la dose d'alcool. La dite étude américaine évoquait un risque multiplié par 3 lorsque la consommation était d'au moins 4 verres standards par jour.

### **2.3.3. Chutes**

La fréquence des chutes augmente avec l'âge : on estime que, chaque année, un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans chutent une ou plusieurs fois. Les effets combinés du vieillissement et des pathologies associées à l'âge accentuent en effet les risques de chutes et la gravité de celles-ci. (20)

La consommation aiguë d'alcool est un facteur de risque fréquemment associé à la survenue des traumatismes. L'alcool altère en effet le fonctionnement du système nerveux central et peut affecter l'équilibre, la marche et les fonctions cognitives. Mais le risque d'accident est présent même lors d'une faible consommation d'alcool puisque les facultés

sensorielles et motrices commencent à être significativement affectées à un taux d'alcoolémie se situant autour de 0,3 g/l.

#### **2.3.4. Ostéoporose**

L'alcoolodépendance est connue comme étant un facteur de risque d'ostéoporose mais elle s'accompagne généralement d'une mauvaise alimentation susceptible elle-même d'avoir un impact sur la calcification osseuse si bien qu'il est parfois difficile de faire la part des choses. L'étude hollandaise de JA Kanis en 2005 a l'intérêt de s'intéresser non pas à l'impact sur les os des fortes consommations d'alcool mais des consommations modérées, de l'ordre de 2 verres par jour.

Il ressort de cette analyse que les ingestas d'alcool étaient significativement associés au risque d'ostéoporose évalués en fonction du nombre des fractures et/ou de la densité minérale osseuse appréciée par ostéodensitométrie. Mais cette relation n'était établie que pour une consommation supérieure à deux verres par jour ; en dessous de ce seuil, la relation entre alcool et ostéoporose n'était pas retrouvée. (21)

Au-delà de deux verres, la relation est en revanche établie, le risque augmentant avec l'importance de la consommation mais sans que le lien soit linéaire ou associé au sexe. Ainsi, au-delà du seuil des deux verres quotidiens, les risques étaient (en moyenne) ainsi multipliés :

- par 1,23 pour l'ensemble des fractures ;
- par 1,38 pour les fractures ostéoporotiques ;
- par 1,68 pour les fractures de la hanche (col du fémur). Ce résultat est en concordance avec ceux d'une étude japonaise publiée en 1997, laquelle avait établi que le risque de fracture de hanche était multiplié par 1,91 en cas de consommation régulière et excessive d'alcool et ostéoporose n'était pas retrouvée.

### **2.3.5. Affections neurologiques**

L'usage (et surtout le mésusage) d'alcool représente la première cause d'atteinte cognitive avant 60 ans. Après cet âge la part des autres démences (dégénératives et vasculaires) augmente, mais l'alcool demeurerait la troisième cause de syndrome démentiel en France.

La démence alcoolique se définit par un déficit de la mémoire associé à d'autres troubles de la cognition ayant une répercussion socio-professionnelle.

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (par déficit en vitamine B1 et PP) est définie par la triade paralysie oculomotrice, ataxie et syndrome confusionnel ; les lésions anatomiques correspondantes associent hémorragies, prolifération gliale et vasculaire, et démyélinisation des structures péri ventriculaires du thalamus et de l'hypothalamus, des tubercules mamillaires et du vermis.

Le syndrome de Korsakov associe une amnésie antérograde, fabulations et fausse reconnaissance, désorientation temporo-spatiale et correspond à des lésions des tubercules mamillaires, de l'hippocampe, et du thalamus.

La maladie de Marchiafava-Bignami se manifeste par une démence avec spasticité, troubles de la marche et de la parole, due en partie à des lésions démyélinisantes et nécrotiques de la région axiale du corps calleux.

La pellagre, liée à un déficit en vitamine PP associe diarrhées, lésions cutanées et encéphalopathie (hypertonie, myoclonies, confusion) et donne le plus souvent un tableau confusionnel régressif.

La myélinose centrale du pont est représentée par une quadriplégie, un syndrome pseudo bulbaire et des troubles de la déglutition.

De façon plus générale, il existe les tableaux regroupant atteinte mnésique et de l'apprentissage de type frontal (sensible à l'indiçage et à la reconnaissance), bradypsychie, érosion des capacités d'abstraction et de l'organisation. (22)

L'identification des dommages dus à l'alcool est essentielle, car la toxicité chronique de l'alcool représente une cause de démence potentiellement réversible. Le pronostic est meilleur dans les démences alcooliques que les autres formes de démence. L'amélioration est conditionnée par des soins adaptés et surtout par la reconnaissance de l'intérêt à ne plus consommer d'alcool.

A l'opposé, la consommation modérée d'alcool (moins de 3 verres par jour), a été associé à une moindre fréquence de survenue de syndromes démentiels.

Plusieurs études dont celle de Letenneur en 2004 et de Mukamal en 2003 suggèrent qu'une consommation modérée d'alcool est associée à un moindre risque relatif de développer un syndrome démentiel. Cet effet bénéfique est noté surtout pour les démences vasculaires et moins pour les démences dégénératives. L'effet dit protecteur de l'alcool suit une courbe en U et dès que la consommation dépasse un seuil, les effets bénéfiques disparaissent, et les effets délétères redeviennent au premier plan. (23,24,25)

Une hypothèse serait une action protectrice via une réduction des facteurs de risques cardio-vasculaire. Une autre serait de relier à l'alcool une augmentation de la libération d'acétylcholine dans l'hippocampe, améliorant la mémoire et les processus d'apprentissage.

L'étude de cohorte PAQUID menées à Bordeaux concernant des personnes âgées de plus de 65 ans retrouve un risque 5 fois moins élevé de démence incidente à trois an pour une consommation modérée de vin. (26)

Aucun conseil à consommer des boissons alcoolisées l'est possible à ce jour, ni à l'âge adulte ni avec l'avancée de l'âge.

### **2.3.6. Maladies psychiatriques**

L'association dépression-consommation d'alcool est fréquente chez les sujets âgés, qu'il s'agisse de la consommation d'alcool chez les sujets déprimés ou la survenue d'une dépression chez les alcoolodépendants.

L'alcoolodépendance peut être la cause ou la conséquence des troubles affectifs. Le syndrome dépressif majeur est trois fois plus fréquent chez les sujets âgés alcoolodépendants, avec un risque suicidaire majoré. (17,27,28)

La cessation de la consommation d'alcool semble favoriser l'action des antidépresseurs chez les patients présentant une dépression majeure persistante.

### **2.3.7. Interactions médicamenteuses**

L'alcool peut interagir avec toutes les autres substances psychoactives utilisées en thérapeutique : psychotropes ou antalgiques essentiellement. Les mécanismes peuvent relever de potentialisation d'effets sédatifs, effet confusogène, altérations cognitives. (11)

Les interactions peuvent aussi se faire sous forme de potentialisation d'effet des hypoglycémisants et de l'insuline.

Enfin les effets aversifs (antabus) doivent être rappelés : avec le disulfirame classiquement, mais aussi le métronidazole, les céphalosporines, les sulfamides hypoglycémisants.

La cinétique de l'absorption de l'alcool est également modifiée par de nombreux médicaments comme la domperidone, la métoclopramide qui augmente la vidange gastrique et avancent l'apparition du pic d'alcoolémie ou à l'inverse comme les anticholinergiques, atropiniques et les antidépresseurs tricycliques qui retardent la vidange et l'apparition du pic. (11,19,30).

## **2.4. Classifications**

### **2.4.1. Différentes catégories de conduites d'alcoolisation ont été définies par la Société Française d'Alcoologie.**

#### **2.4.1.1. Non-usage (non consommateur)**

Se définit par l'absence de consommation de boissons alcoolisées. Le non-usage peut être primaire ou secondaire (abstinence).

#### **2.4.1.2. Usage (consommateur modéré)**

Se définit par toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, c'est-à-dire inférieure ou égale aux seuils de dangerosité définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

### **2.4.1.3. Mésusage**

#### **2.4.1.3.1. Usage à risque (consommateur à risque)**

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

L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS lorsqu'elles sont prises dans une situation à risque (conduite de véhicules, travail sur machines dangereuses ou à un poste de sécurité,...situations qui requièrent vigilance et attention) et/ou lorsqu'il existe un risque individuel particulier (consommation d'autres produits psychoactifs susceptibles de potentialiser les effets de l'alcool, pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui exigent un traitement médicamenteux, modification de la tolérance du consommateur en raison de son sexe, de son âge, de son faible poids, de situations psychologiques ou physiologiques particulières – état de fatigue et surtout grosses-).

#### **2.4.1.3.2. Usage nocif (consommateur à problèmes)**

Caractérise une consommation d'alcool induisant des dommages somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, en l'absence de dépendance. Cette catégorie correspond à la définition de l'utilisation nocive à la santé de la CIM 10 ou abus de la classification DSM IV.

#### **2.4.1.3.3. Usage avec dépendance (consommateur alcoolodépendant)**

Caractérise la perte de liberté de s'abstenir de consommer, et le fait de poursuivre la consommation, tout en étant conscient des conséquences négatives.

On distingue schématiquement la dépendance physique qui se traduit cliniquement par l'installation d'une tolérance et des signes de sevrage à l'arrêt de la consommation d'alcool, et la dépendance psychique qui se traduit par une pulsion à consommer des boissons alcoolisées pour en retrouver les effets. Le diagnostic de dépendance n'est pas toujours facile à porter. C'est pourquoi, on se réfère aux critères du DSM IV.

#### **2.4.2. L'OMS**

L'Organisation Mondiale de la Santé a publié des recommandations pour une consommation à « moindre risque » : à savoir moins de 2 verres standards (de 10g d'alcool pur) par jour pour les femmes et moins de 3 pour les hommes (en fait 14 et 21 par semaine), et pas plus de 4 verres en une seule occasion. L'OMS recommande au moins un jour par semaine sans boisson alcoolique.

Par contre rien n'existe pour les sujets âgés.

Après 65 ans, plusieurs recommandations (notamment de l'American Geriatric Society), proposent moins de 1 verre par jour (7 par semaine) et pas plus de 3 verres en une seule occasion.

## **2. METHODOLOGIE**

### **2.1. Questionnaire**

Notre objectif est de déterminer la prévalence d'une consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées de plus de 65 ans, définie par l'OMS par plus de 2 verres standards d'alcool par jour chez la femme, soit plus de 14 verres standards par semaine et plus de 3 verres standards d'alcool chez l'homme, soit plus de 21 verres standards par semaine, sans jamais dépasser 4 verres lors d'une consommation ponctuelle.

Le questionnaire utilisé est un auto questionnaire rempli par le patient à son domicile ou en salle d'attente du cabinet, donné par le médecin au cours d'une consultation ou d'une visite à domicile. Il comporte 9 questions d'ordre général, permettant de distinguer le sexe, les différentes catégories socioprofessionnelles (agriculteurs ; artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; cadre et professions scientifiques ou intellectuelles ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers), le mode de vie (vie maritale, célibat, veuvage..), l'autonomie (antécédents de chute, handicap...). Et trois questions sur la consommation d'alcool : combien de fois vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?, correspondant à la version abrégée du questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), le test AUDIT-C.

Le questionnaire AUDIT a été mis au point par l'OMS pour dépister les consommations d'alcool à risque, nocives ou massives. Il comporte 10 questions couvrant

trois modalités de consommation d'alcool : à risque, nocive et l'alcoolodépendance. Notre objectif concerne la consommation à risque sans distinguer par la suite la dépendance ou la consommation nocive, avec un retentissement physique, social ou professionnel. C'est pourquoi notre questionnaire n'utilise que les 3 premières questions de l'AUDIT (dit AUDIT-c).

En France, il existe plusieurs outils de repérage du risque alcool : le CAGE ou DETA, le MAST, l'AUDIT. Mais les recherches menées en France sont peu nombreuses. Le CAGE/DETA efficace à l'hôpital ou en prison est très décevant en médecine générale, et il n'est absolument pas certain qu'il soit utilisable chez les personnes âgées. Même critique pour le MAST. (10,30)

L'ARPS est un auto-questionnaire destiné aux personnes âgées qui consomment de l'alcool et il a pour but d'identifier celles qui peuvent être à risque ou ont déjà des problèmes liés à leur consommation.

## **2.2 Méthode**

En nous basant sur les données de la littérature, la prévalence d'une consommation excessive d'alcool est très variée selon le pays, et le lieu (médecine générale, hôpital, maison de retraite). Dans la population générale selon l'IRDES en 2009, 31.6% des adultes en population générale présentaient une consommation excessive. Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, les chiffres oscillent entre 7% et 25 % selon le lieu (ambulatoire ou hôpital). La prévalence est plus importante en milieu hospitalier ou maison de retraite. (1,6)

Les études concernent le plus souvent l'alcoolodépendance ou les ivresses aiguës, en milieu hospitalier aux urgences ou en service de gériatrie. (31,32) La prévalence de consommateurs excessifs peut atteindre 48% en service de gériatrie.

Dans l'hypothèse où la prévalence d'une consommation excessive d'alcool chez les personnes de plus de 65 ans est d'environ 16% et sur l'hypothèse que nos résultats s'en rapprochent, il nous fallait réunir au moins 336 questionnaires remplis pour que les résultats soient significativement interprétables.

Nous avons sollicité les médecins généralistes appartenant au réseau de santé Agékanonix Handicap et Dépendances dans le nord des Hauts de Seine, ils sont environ 60 adhérents sur les villes de Villeneuve-la-Garenne, Colombes, Gennevilliers et Clichy. Ils ont été sélectionnés sur la base du volontariat, après contact téléphonique ou mail ou après un rdv au cabinet.

Les objectifs étaient la participation de 40 médecins généralistes de ses 4 communes, permettant d'inclure 15 patients par médecin. Au final, ils ont été 34 à répondre positivement à l'étude. Une note explicative leur était donnée pour leur indiquer la marche à suivre.

Ils ont pendant 15 jours distribué l'auto-questionnaire à tous leurs patients âgés de plus de 65 ans, en consultation ou en visite, tous sauf les patients atteints de démence sévère ou autre pathologie entraînant un trouble de la compréhension et du langage. Il est remis avec une lettre explicative notifiant l'anonymat des questionnaires et une enveloppe timbrée pour le renvoyer une fois rempli. Il est précisé que le sujet peut se faire aider par une tierce personne, notamment s'il ne sait pas lire.

Il était également remis un mini questionnaire aux médecins généralistes participants afin de comparer la consommation estimée par le médecin et celle retrouvée dans les résultats, en demandant simplement « à combien estimez-vous la consommation excessive d'alcool

(définie selon l’OMS par plus de 2 verres standards par jour chez la femme et plus de 3 verres standards chez l’homme) chez vos patients de plus de 65 ans ? »

L’étude a duré 4 mois.

### **2.3. Saisie et analyse**

La saisie des données s'est faite grâce au logiciel Epi-data.

L'analyse statistique grâce au logiciel Excell.

Permettant d'obtenir la prévalence d'une consommation excessive d'alcool, calculée à partir des 2 premières questions sur la CDA

Par exemple: « il m'arrive de consommer des boissons contenant de l'alcool 4 fois par semaines, et au cours de ces journées il s'agit de 5 à 6 verres standards, soit au total 22 verres standards. »

### 3. RESULTATS

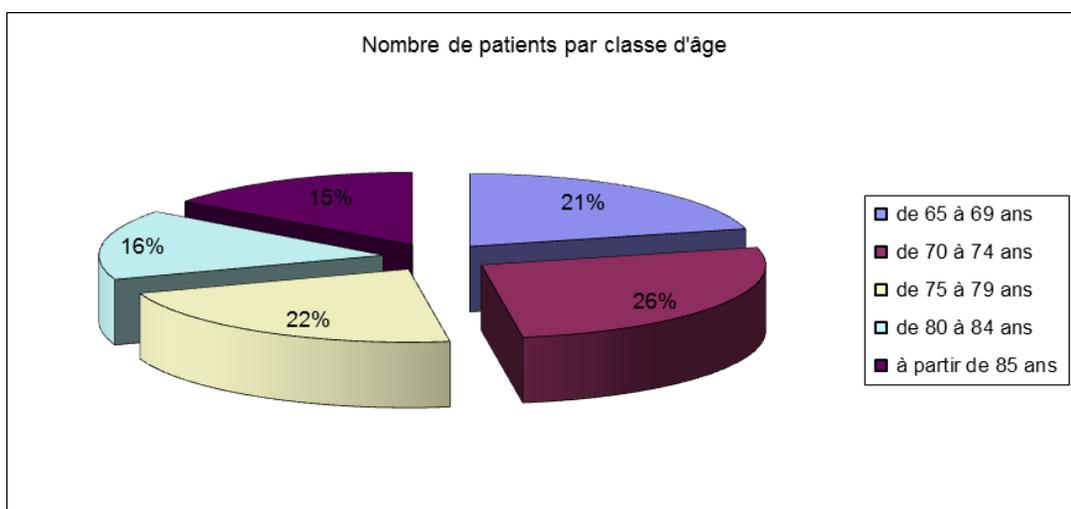
#### 3.1 Population

Au terme des 4 mois de distribution des questionnaires, 278 questionnaires ont été reçus sur les 760 distribués, soit un taux de réponse de 36.6%.

Sur les 278 questionnaires, 41 ont été exclus de l'analyse des données pour manque d'informations (pour 18 soit 6,5% l'âge n'était pas mentionné, pour 15 soit 5,3% les questions sur la catégorie professionnelle, ou sur les chutes et sur la consommation d'alcool, et pour 8 soit 2,9% la ville était inconnue.

Sur les 237 patients inclus, 88 sont des hommes (37%) contre 149 femmes (63%). La moyenne d'âge est de 75,9. La répartition par tranche d'âge de 5 ans est proportionnée sans prédominance.

Tableau 7 : Nombre de patients



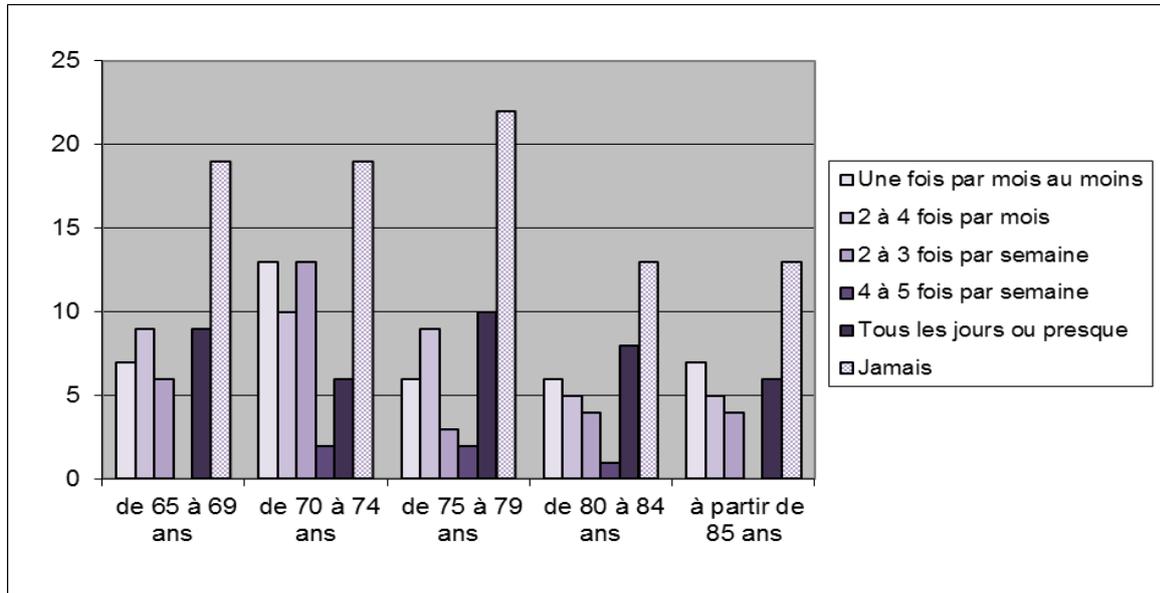
Le profil géographique des patients correspond à celui des médecins généralistes participants, avec une majorité de patients habitant Villeneuve la Garenne. Très peu de patients viennent de Clichy et Colombes (15.1% pour les 2 villes).

Tableau 8 : Caractéristiques de la population étudiée

Nb Hommes	88	
Nb Femmes	149	
Total	237	
Moy age	76,0	
Villeneuve la Garenne	127	53,6%
Gennevilliers	74	31,2%
Clichy la Garenne	11	4,6%
Colombes	25	10,5%
<b>Mode de vie</b>		
Vit seul	97	40,9%
Vit foyer/mdr	18	7,6%
Vit accompagné	122	51,5%
Marié	111	46,8%
Célib	19	8,0%
Veuf	84	35,4%
Divorcé/séparé	23	9,7%
<b>Profession</b>		
Agric	0	0,0%
Artisans/commerc/chef ent	17	7,2%
Cadres, profess scien/intell	28	11,8%
Prof intermediaires	21	8,9%
Employes	92	38,8%
Ouvriers	55	23,2%
Sans prof	24	10,1%
<b>Consommation de tabac</b>		
TABAC oui	24	10,1%
non	213	89,9%
<b>Chutes</b>		
oui une fois	57	24,1%
oui plusieurs fois	42	17,7%
non	138	58,2%

### 3.2 Profil de la consommation alcoolique :

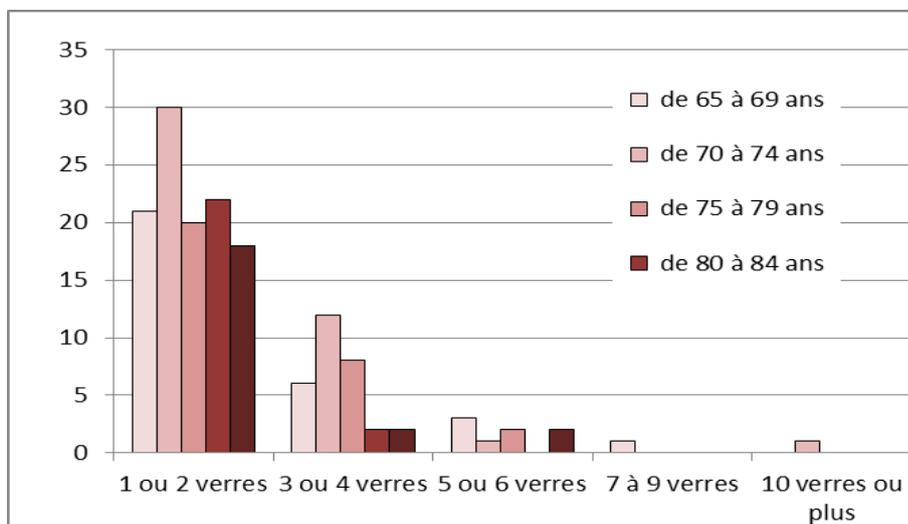
Tableau 9 : Fréquence de la consommation d'alcool



La consommation quotidienne d'alcool est déclarée par 16.4% des patients sans qu'une tranche d'âge ne soit mise en avant, dont 28.4% des hommes et 9.3% des femmes.

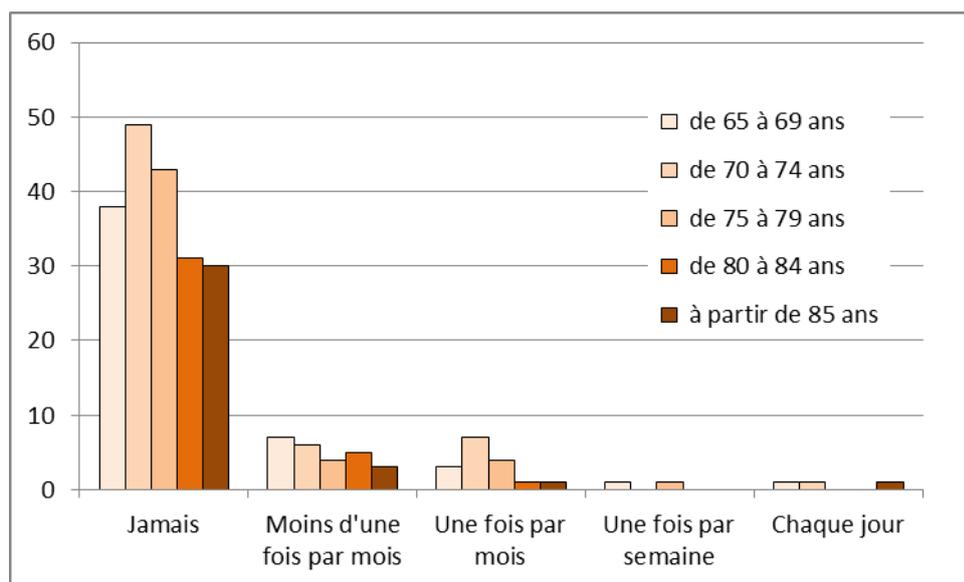
36.3% des patients n'ont jamais consommé d'alcool durant les 12 derniers mois.

Tableau 10 : Quantité d'alcool consommée par occasion



Par occasion, la majorité des patients consomme moins de 2 verres standards soit 46.8% de l'échantillon. Les 2 patients qui ont déclaré consommé plus de 6 verres par occasion ont moins de 75 ans.

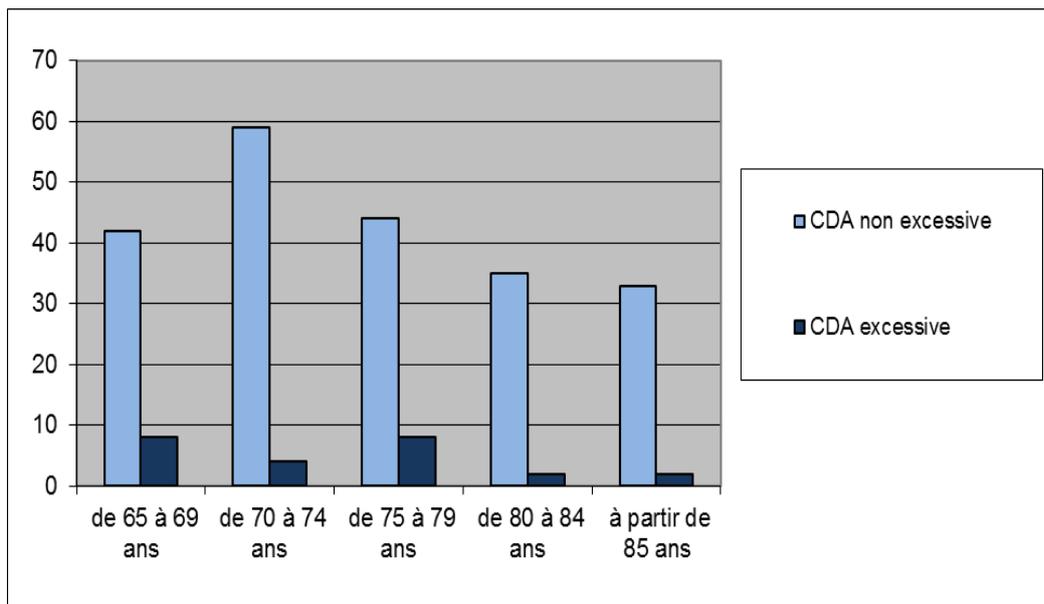
Tableau 10 : Fréquence de la consommation d'au moins 6 verres standards au cours d'un même occasion



La consommation occasionnelle d'au moins 6 verres standards d'alcool n'est pas fréquente après 80 ans 4.6% des patients contre 14.8%, qui ont moins de 80 ans.

191 patients déclarent ne jamais consommer 6 verres par occasion. Ils sont 5 à le faire au moins une fois par semaine.

Tableau 11 : Consommation d'alcool excessive par tranche d'âge



La consommation déclarée d'alcool a été calculée à partir des 2 premières questions concernant la consommation d'alcool, sur la fréquence et la quantité.

Selon les seuils OMS de 21 verres standards par semaine chez l'homme et de 14 verres standards par semaine chez la femme, 15 hommes et 9 femmes ont une consommation dépassant ces seuils, soit 10,1 % de notre population avec respectivement 17% des hommes et 6% des femmes.

La prévalence d'une consommation excessive est plus importante chez les moins de 80 ans avec 8.4% des cas contre 1.7% chez les plus de 80 ans.

Tableaux 12 et 13: Caractéristiques des patients en fonction de la consommation excessive d'alcool déclarée et prévalence d'une consommation d'alcool en fonction des facteurs associés étudiés

	CDA excessive	CDA non excessive		Taux de consommation excessive	
Homme	15	73	Chez les hommes	17,05% [13,21-20,89]	RR=2,82
Femme	9	140	Chez les femmes	6,04% [2,2-9,88]	
Total	24	213	Au total	10,13% [6,29-13,97]	
Habite seul	10	87	Habite seul	10,31% [6,47-14,15]	RR=1,03
Habite en foyer	2	16	N'habite pas seul	10% [6,16-13,84]	
N'habite pas seul	12	110			
Marié	11	100	Marié	9,91% [6,07-13,75]	RR=0,96
Célibataire	5	14	Célibataire/Divorcé /Veuf	10,32% [6,48-14,16]	
Veuf(ve)	5	79			
Divorcé	3	20	Artisans/commerçants/Ouvriers	15,28% [11,44-19,12]	RR=1,94
Agriculteurs	0	0	Cadres/PI	12,24% [8,4-16,08]	RR=1,28
Artisans/commerc	2	15	Employers	7,61% [3,77-11,45]	RR=0,65
Ouvriers	9	46			
Cadres	3	25	Tabac	20,83% [16,99-24,67]	RR=2,34
Profess intermed	3	18	Pas de tabac	8,92% [5,08-12,76]	
Employers	7	85			
Sans emploi	0	24	Chutes	12,12% [8,28-15,96]	RR=1,39
			Pas de chute	8,7% [4,86-12,54]	
Tabac	5	19			
Pas de tabac	19	194	Aides à domicile	11,76% [7,92-15,6]	RR=1,22
			Pas d'aides	9,68% [5,84-13,52]	
Chute 1 fois	3	54			
Chute > 1 fois	9	33			
Pas de chute	12	126			
Aides à domicile	6	45			
Pas d'aides	18	168			

Chez les consommateurs excessifs, il y a 3 fois plus d'hommes (17%) que de femmes (6%). La prévalence d'une consommation excessive est la même que les patients habitent seuls ou non, et qu'ils soient en couple ou non.

### **3.3 Avis des médecins généralistes participants**

A la question « à combien estimez-vous la consommation excessive d'alcool (définie selon l'OMS par plus de 2 verres standards par jour chez la femme et plus de 3 verres standards chez l'homme) chez vos patients de plus de 65 ans ? » posée aux médecins généralistes participants, la réponse a été le plus souvent « très peu ». Un résultat chiffré n'a été obtenu que dans très peu de cas, et le chiffre était alors estimé à moins de 5%.

## 4. DISCUSSION

### 4.1 Nombre de patients inclus

Un point essentiel du travail est la qualité de l'analyse statistique. Les échantillons s'ils sont trop petits risquent de ne pas être représentatifs de la réalité. La taille de l'échantillon doit toujours être calculée avant le début de l'étude.

Les éléments qui permettent de calculer la taille de l'échantillon sont : le risque alpha (ou de première espèce) choisi, risque bêta (ou de deuxième espèce) accepté, effet attendu (prévalence d'une consommation excessive d'alcool dans notre échantillon comparable à celle des études déjà connue de 16%).

$$n = p \times (1-p) \times ( Z(1-\alpha/2) + Z(1-\beta) )^2 / \Delta^2$$

avec  $n$  = nombre de sujets nécessaire dans l'échantillon

$p$  = pourcentage attendue

De principe :  $\alpha$  : 0.05,  $\beta$  : 0.2

$\Delta$  = 0.05 (Pourcentage théorique - Pourcentage attendue, donc l'écart de 5% = 0.05)

L'objectif des 336 questionnaires au minimum pour être statistiquement significatif n'a pas été atteint. La taille de notre échantillon est de 237 patients. Il sera difficile de généraliser les résultats de l'étude à la population générale des plus de 65 ans.

Le fait de passer via le réseau de santé a facilité l'adhésion à l'étude, lors de mon passage dans les différents cabinets médicaux, j'étais bien reçue et l'intérêt était présent.

Le réseau de santé Agékanonix se place au centre de la prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans dans le but de favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, d'améliorer la qualité des soins, de faciliter la coordination des soins pour permettre à chaque patient de bénéficier d'une prise en charge globale.

La coordination des soins est facilitée par la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire où se rencontrent des professionnels de santé exerçant en ville (libéraux, services sociaux des circonscriptions de la vie sociale, service spécialisé de la Caisse régionale d'assurance maladie, équipes médico-sociales, services de soins infirmiers à domicile, Ehpad) et en partenariat avec les professionnels hospitaliers. (33)

La participation a été plus importante à Villeneuve la garenne et à Gennevilliers, villes où le réseau de santé est implanté depuis plus de 10 ans, par rapport aux villes de Colombes et de Clichy où le travail en réseau est plus récent.

Dans notre échantillon, la prévalence d'une consommation excessive est de 10%. La prévalence est de 17% chez les hommes (15/88) et de 6% chez les femmes (9/149)

En 2011 selon l'INSEE, chez les personnes âgées de plus de 65 ans, le rapport homme/femme est de 72 hommes pour 100 femmes.

Dans notre étude le rapport est de 88 hommes pour 149 femmes, soit 59%, soit un peu moins que dans la population générale.

## **4.2 Méthode utilisée**

Le choix de passer par un auto-questionnaire est motivé par la participation souhaitée. Même si chaque méthode a des avantages et des inconvénients qui doivent être évalués à la lumière des contraintes de temps. Les auto-questionnaires prennent moins de temps, sont

faciles à appliquer, sont compatibles avec l'usage d'un ordinateur et le calcul informatisé des résultats et pourraient produire des réponses plus justes.

L'argument pour que les médecins généralistes participent était que ça ne leur prendrait pas de temps supplémentaire pendant leur consultation. Un mot explicatif était donné avec le questionnaire pour le patient. Le médecin donnait quelques informations (anonymat) et demandait surtout l'accord du patient.

Le rappel téléphonique au milieu de l'étude a permis de faire une piqûre de rappel aux médecins généralistes pour qu'ils ne laissent pas le questionnaire dans un coin de leur bureau.

Une utilisation du test au cours d'un entretien en face à face permet de clarifier les réponses ambiguës, d'interroger les patients illettrés, de fournir un retour d'information et un avis immédiat au patient ainsi que de débiter une intervention brève.

Par retour de certains médecins généralistes, il arrivait que les médecins remplissent le questionnaire à la place des patients qui ne savaient pas lire ou écrire, ou qui avaient des problèmes de vue.

### **4.3 Facteurs étudiés avec une consommation d'alcool**

Les facteurs associés à une consommation excessive d'alcool étudiés ici sont le mode de vie, le statut marital, la catégorie socio-professionnelle, la consommation associée de tabac, les antécédents de chute et la présence d'aides à domicile.

La solitude ne semble pas augmenter la consommation d'alcool. La prévalence d'une consommation excessive d'alcool est similaire chez les patients habitant seuls et chez ceux qui vivent en foyer ou en famille (10 patients sur 97 contre 14 sur 140). Il en est de même pour le statut marital, la prévalence de la consommation excessive d'alcool est la même que l'on soit marié ou célibataire/divorcé/veuf (11 patients sur 111 contre 13 patients sur 126).

Il y a une différence de prévalence de la consommation excessive d'alcool selon la classe socioprofessionnelle, avec une prévalence plus élevée chez les ouvriers, artisans/commerçants (11 patients sur 72) que chez les cadres et professions intermédiaires (6 patients sur 49) et que chez les employés qui sont 2 fois moins nombreux (7 patients sur 92). Il y a également 2 fois plus de consommateurs excessifs chez les fumeurs (5 patients sur 24 contre 19 patients sur 213) et la prévalence d'une consommation excessive d'alcool est un peu plus fréquente chez les patients qui ont déjà chuté (9 patients sur 96 contre 12 patients sur 148) et qui bénéficient d'aides à domicile (6 patients sur 51 contre 18 patients sur 186).

Dans une étude française nancéenne en service de médecine interne orientée vers la gériatrie, sur 222 patients, 61% étaient consommateurs d'alcool, avec 48 % de buveurs excessifs (soit 1 patient sur 4) avec 3 fois plus d'hommes que de femmes. Les buveurs excessifs vivaient plus souvent en couple, à domicile et étaient plus fumeurs. Les professions les plus touchées étaient les commerçants, les ouvriers et les agriculteurs. (31)

Dans notre étude, sur 237 patients, 10.13% sont des consommateurs excessifs avec 3 fois plus d'hommes que de femmes et 2 fois plus de fumeurs. Les professions les plus touchées sont les ouvriers, les artisans/commerçants et les cadres/professions intermédiaires.

#### **4.4 Caractéristique du territoire de l'étude**

Le profil de notre échantillon est spécifique de la zone géographique d'étude. Dans ces 4 communes la population est plutôt jeune puisque la proportion des personnes de plus de 60 ans est inférieure au taux national qui est de 21.6% et il y a une proportion importante d'habitants de religion musulmane qui interdit l'alcool.

La commune de Villeneuve La Garenne comporte 29 944 habitants dont 2498 personnes âgées de plus de 65 ans, représentant 10% de la population.

Selon l'INSEE, la proportion des étrangers, rapportée à la population totale de la ville était en 1999 de 19.4%. Les origines de la population étrangère sont majoritairement maghrébines, avec une pratique à la religion musulmane interdisant la consommation d'alcool.

La commune de Gennevilliers compte 42 900 habitants (estimations Insee 2005) dont 14% ont plus de 60 ans (la moyenne départementale est de 17,3%).

La population étrangère dans la commune de Gennevilliers représente 24.5% de la population totale (la moyenne départementale est de 11,5%).

La commune de Colombes compte 84 572 habitants en 2009 dont 15.5% ont plus de 60 ans.

En 2008, Clichy comptait 58 20025 habitants dont 14,2 % ont plus de 60 ans.

Dans une zone moins urbaine, avec des catégories socioprofessionnelles différentes, avec une population non musulmane, les chiffres auraient été probablement différents.

#### **4.5 Parler alcool**

Lorsqu'il s'agit de parler ou de chiffrer notre consommation d'alcool, le premier réflexe est de minimiser, de dire, « comme tout le monde ».

Puis « consommation d'alcool » ne signifie pas la même chose pour chacun ; l'alcool pour certains ne représente que les alcools forts comme les digestifs, les apéritifs et ne concerne pas le vin ni la bière.

Boire quotidiennement du vin ne représente pas le même danger que d'avoir une ivresse aiguë par semaine, comme ce que font les jeunes. L'alcool a une représentation positive chez les plus de 65 ans, la seule représentation négative étant l'alcoolisme. (34)

Cette étude a permis de mettre en évidence une différence entre l'estimation du médecin généraliste d'une consommation excessive d'alcool chez ses patients de plus de 65 ans et la réalité. Il est donc important de continuer voire d'accentuer le dépistage d'une consommation d'alcool à risque.

Il existe un déni social des troubles liés à l'alcool chez les personnes âgées dont les causes se renforcent mutuellement : faiblesse de la recherche, pas ou peu d'instruments de repérage validés, gêne des soignants qui renforce en retour le déni des patients.

La société est également moins concernée par les conséquences de cette alcoolisation que pour les adultes plus jeunes. (Pas d'arrêt ou d'accident de travail, pas ou peu de retrait de permis, pas d'agression sur la voie publique) Le coût de ce trouble est essentiellement individuel (maladie, atteinte de la qualité de vie).

L'image de la personne âgée a un rôle important. Traditionnellement, elle bénéficiait d'une reconnaissance de sagesse, de pondération et de modèle. Cette position tend à se fragiliser dans la société actuelle, avec des images négatives de faiblesse, de vulnérabilité, de dépendance, de maladie et d'improductivité. (35)

Cette banalisation qui tend à remplacer le statut de « malade » par celui de « vieux » vient de plus faire écho à la difficulté diagnostique de l'alcoolodépendance dans le plus grand âge.

Il est d'autant plus difficile, mais d'autant plus important, de résister au fatalisme et à sa complaisance qui retirent au sujet alcoolodépendant toute chance de prise de conscience ou de motivation au changement.

D'ailleurs la pauvreté de la littérature médicale à cet égard reflète le peu d'investissement autour de cette question.

## **CONCLUSION**

La consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées de plus de 65 ans est un problème de santé publique à ne pas négliger, au vue du vieillissement croissant de la population avec un allongement de l'espérance de vie et des conséquences néfastes qu'induisent ces consommations à risque.

Les données de la littérature actuelle concerne d'avantage les personnes âgées en institution ou hospitalisée ce qui ne reflète pas la population de médecine de ville.

Dans notre étude il ressort que cette consommation concerne 10% de la population étudiée. Il ne ressort pas de facteurs de risque particulier, comme le montrent d'autres études, isolement, veuvage, en dehors de la consommation tabagique puisque les fumeurs sont 2 fois plus consommateurs excessifs que les non-fumeurs. Il y a un peu plus de consommateurs excessifs chez les patients ayant déjà chuté et bénéficiant d'aides à domicile.

Les catégories socioprofessionnelles les plus touchées sont les ouvriers, les artisans et les commerçants, puis viennent les cadres. Les employés semblent moins touchés.

Même si la taille de notre échantillon ne permet pas une généralisation des résultats, cette étude met en avant la sous-estimation d'une consommation excessive d'alcool par les médecins généralistes participants.

Il paraît nécessaire de continuer d'essayer de dépister les consommations à risque chez les personnes âgées de plus de 65 ans. En consultation une évaluation de la consommation déclarée d'alcool serait nécessaire une fois par an. Le médecin généraliste reste l'un des acteurs privilégiés pour le faire.

## ANNEXE 1 : Fiche d'information donnée aux médecins généralistes participants



Bonjour,

J'effectue un travail de recherche sur la consommation d'alcool chez les personnes âgées de plus de 65 ans dont le but est d'estimer la prévalence d'une consommation excessive d'alcool et d'identifier les facteurs prédictifs d'une telle consommation.

Je vous sollicite via le Réseau de santé AGEKANONIX – Handicaps et Dépendances et je vous demande de **remettre à tous vos patients de plus de 65 ans** (sauf les patients atteints de démence à un stade évolué) en **consultation ou lors d'une visite** à domicile l'**auto-questionnaire** comprenant 3 pages et 11 questions ainsi qu'une **enveloppe jointe** pour qu'il puisse me retourner la réponse sur une période de 15 jours.

Le patient peut se faire aider d'une tierce personne pour y répondre.

**Je vous demande également de répondre la question suivante :**

***À combien estimez-vous le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans de votre patientèle consommant excessivement de l'alcool ?***

Je vous téléphonerai une semaine après la remise des questionnaires pour faire un point sur le nombre de questionnaires distribués.

Merci pour votre participation.

Je reste à votre disposition si vous avez besoin d'informations complémentaires.

**Mon portable : 06 08 91 17 18**

Vous aurez un retour des résultats de ma recherche.

Céline Antunes

Interne en médecine générale

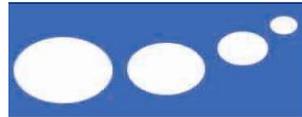


Coordination : 194 Boulevard Gallieni - 92390 Villeneuve-la-Garenne  
Permanence ☎ : 01 47 98 76 44 – Fax : 01 41 21 38 84 - [reseau.agekanonix@orange.fr](mailto:reseau.agekanonix@orange.fr)

## **ANNEXE 2 : Questionnaire donné aux patients par le médecin généraliste**

Réseau de Santé

**Agékanonix**



Clichy  
Colombes  
Gennevilliers  
Villeneuve-la-Garenne

**Handicaps et Dépendances**

Bonjour,

Merci d'accepter de participer à une étude concernant la consommation d'alcool et les personnes âgées de plus de 65 ans.

**Cette enquête est complètement anonyme.**

Vous venez de recevoir un questionnaire de votre médecin traitant, qui comprend 3 pages et 11 questions.

Merci de répondre à toutes les questions même si certaines vous surprennent.

Vous pouvez renvoyer votre questionnaire GRATUITEMENT en utilisant l'enveloppe T jointe (pas besoin de mettre de timbre ni l'adresse déjà inscrite).

Si vous avez besoin de renseignements ou que vous ne comprenez pas une question, vous pouvez joindre votre médecin traitant pour qu'il puisse vous aider.

Les résultats seront analysés de manière strictement confidentielle et anonyme.



Coordination : 194 Boulevard Gallieni - 92390 Villeneuve-la-Garenne  
Permanence ☎ : 01 47 98 76 44 – Fax : 01 41 21 38 84 - [reseau.agekanonix@orange.fr](mailto:reseau.agekanonix@orange.fr)

## **PREMIERE PARTIE : Les questions qui portent sur vous en général**

Cochez une seule case ×

1. Êtes-vous un homme ou une femme ?

- Un homme
- Une femme

2. Quel est votre âge ?

3. Vous habitez :

- Clichy la garenne
- Colombes
- Gennevilliers
- Villeneuve la garenne

4. Vous habitez seul(e) :

- Oui
- Oui, mais en maison médicalisée ou foyer logement
- Non, avec qui ?

5. Vous êtes :

- Marié(e) ou vie maritale
- Célibataire
- Veuf (ve)
- Divorcé(e) ou séparé(e)

6. Vous êtes ou avez été :

- Agriculteurs
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Cadres, professions scientifiques ou intellectuelles
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Sans profession

7. Vous arrive-t-il de consommer du tabac ?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

8. Vous est-il déjà arrivé de chuter à votre domicile ?

- <sub>1</sub> Oui, une fois  
<sub>2</sub> Oui, plusieurs fois  
<sub>3</sub> Non

9. Est-ce que vous avez bénéficié d'aides pour les actes de la vie quotidienne (courses, ménages, toilette) ?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

## **DEUXIEME 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 :

**Le saviez-vous ?**

**Un verre standard =**

	=		=		=		=		=		=	<b>une unité d'alcool</b>
Une chope de bière à 5° (25cl)		Une coupe de champagne à 12° (10cl)		Un verre de vin à 12° (10cl)		Un verre d'apéritif à 18° (7cl)		Un verre de whisky à 40° (3cl)		Un verre de pastis à 45° (un peu moins de 3 cl)		soit 10g d'alcool

© INPES

Cochez une seule case ×

10. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool?

11.

- <sub>1</sub> jamais : dans ce cas vous avez fini de répondre au questionnaire  
<sub>2</sub> une fois par mois ou moins

- <sub>3</sub> deux à quatre fois par mois
- <sub>4</sub> deux à trois fois par semaine
- <sub>5</sub> quatre à cinq fois par semaine
- <sub>6</sub> tous les jours ou presque tous les jours

12. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez des boissons contenant de l'alcool ?

- <sub>1</sub> 1 ou 2
- <sub>2</sub> 3 ou 4
- <sub>3</sub> 5 ou 6
- <sub>4</sub> 7 à 9
- <sub>5</sub> 10 ou +

13. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

- <sub>1</sub> Jamais
- <sub>2</sub> Moins d'une fois par mois
- <sub>3</sub> Une fois par mois
- <sub>4</sub> Une fois par semaine
- <sub>5</sub> Chaque jour

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. MENECHIER P, BADILA P, MENECHIER-OSSIA L. Sujets âgés et alcool. La revue de gériatrie, 2008 ; tome 33 :857-868.
2. LEGLEYE S, BECK F. Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. Baromètre INPES, 2005 : 113-154.
3. PIERUCCI-LAGHA, A. Alcool et vieillissement. Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement, 2003 ; vol1 ; numéro 3 : 197-205.
4. HAAZ S, GACHE P. Enjeux et perspectives médicales de la consommation d'alcool chez la personne âgée. La revue Médicale Suisse. 2007 ; 118.
5. INSEE site web. Institut national de la statistique et des études économiques. PARIS. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
6. OFDT-IRDES. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010.
7. OFDT Site web. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. SAINT DENIS La Plaine. [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)
8. LE NEZET O, SPILKA S, LAFFITEAU C, et al. Usage de substances psychoactives après 60 ans. Tendances. OFDT. 2009, numéro 67.
9. MAHEUT-BOSSER A. Spécificités de prise en charge de certaines populations. Les conduites addictives chez les seniors. Alcoologie et addictologie. 2007, ; 29 (4), : 456-462.
10. ANDERSON P., GUAL A., COLOM J., INCa (trad.) Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008 ; 141 p.
11. INSERM. Alcool, effets sur la santé. Expertise collective INSERM. 2001
12. ANDERSON P., BAUMBERG B. ET MCNEILL A. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. 2005
13. OFDT. Morbidité et mortalité liées au tabac et à l'alcool. Drogues et dépendances, données essentielles (Chapitre Problèmes sanitaires et sociaux). 2005 : 43-49

14. FOERSTER M, MARQUES-VIDAL P, WAEBER G, et al. Association entre consommation d'alcool et facteurs de risque cardiovasculaire : une étude sur la population lausannoise. *Revue Médicale Suisse*. 2010 ; 6 : 505-509.
15. 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.
16. 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.
17. ONEN SH. Problèmes d'alcool chez les personnes âgées. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*. 2008 ; 8 : 9-14.
18. L'alcool éthylique. Connaître les risques mais aussi les bénéfiques. *La revue prescrire*. 2002 ; 22 : 769-775.
19. HILL C. Alcool et risque de cancer. *Gérontologie et Société*. 2003 ; 105 : 59-67.
20. HAS. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgées. *Argumentaire*. 2005
21. Actualités Alcool. *INPES*. 2005 ; 27.
22. MENECHIER P, AFIFI A, MENECHIER-OSSIA L, et al. Alcool et démences : des relations complexes. *La revue de gériatrie*, 2006 ; tome 31 : 11-18.
23. LETENNEUR L. Risk of dementia and alcohol and wine consumption: a review of recent results. *Biol Research*. 2004;37:189-193.
24. MUKAMAL KJ, KULLER LH, FITPATRICK AL, et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults. *JAMA*. 2003; 289: 1405-1413.
25. LETENNEUR L. Consommation d'alcool et risque de démence. *Gérontologie et société*. 2003, 105, 109-118.
26. BARBEGER GATEAU P, LETENNEUR L, PERES K. Résultats PAQUID. 2004
27. ADES J, LEJOYEUX M. Conduites d'addictions du sujet âgé. *La revue du praticien*. 1994 ; 44 : 1439-1442.

28. VIGNE C. La dépendance alcoolique en gériatrie. *Gérontologie et Société*. 2003 ; 105 : 101-108.
29. ERNOUF D, BOUSSA N. Interactions alcool-médicaments I Généralités. *Alcoologie*. 1998, 20, 35-42.
30. MICHAUD PH, LECALLIER D. Risque alcool chez les plus âgés. *Gérontologie et Société*, 2003, 105, 89-99.
31. PISSOCHET P, GILLET C, PIROLLET P, et al. L'alcoolisme chez les personnes âgées : étude sur 222 patients hospitalisés dans un service de gériatrie. *La revue de gériatrie*, 1994, tome 19, 279-290.
32. MENECHIER P, GIRARD A, BERNARD B, et al. Intoxication éthylique aigue après 75 ans : une situation clinique loin de l'anecdote à l'hôpital ?. *Psychologie et neuropsychologie du vieillissement*. 2008, 6, 129-135.
33. COSSET-DESPLANQUES G, MAZARS T. Le réseau de santé, un dispositif innovant dans le maintien à domicile. *Soins gérontologie*. 2009, 75 :37-38.
34. COUDERC E. Représentation de la consommation d'alcool chez les plus de 65 ans : étude qualitative. Thèse d'exercice de médecine. Paris : Université de Paris 7, 2010. 115 f
35. DIBIE-RACOUPEAU F, ESTINGOY P, CHAVANE V. Difficultés d'une intervention à domicile chez les vieux alcooliques. *Gérontologie et société*. 2003, 105, 119-131

## **RESUME**

Le nombre de personnes âgées est en constante augmentation, selon les projections de l'INSEE pour 2050 la part des plus de 60 ans représentera un tiers de la population globale soit environ 23 millions d'habitants. Les troubles liés à une consommation d'alcool excessive représentent un enjeu de santé publique, induisant un surcroît de morbi-mortalité, avec un rôle dans les démences et dans la perte d'autonomie notamment en cas de chutes. Le but de notre étude a été de déterminer la prévalence d'une consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées de plus de 65 ans en médecine générale. Un auto-questionnaire a été donné aux patients âgés de plus de 65 ans par 34 médecins généralistes adhérents du réseau de santé Agékanonix se situant dans le nord des Hauts de Seine sur une période de 4 mois. La prévalence d'une consommation excessive d'alcool dans notre étude a été de 10,1%, avec une nette prédominance masculine puisqu'il y a 3 fois plus de buveurs excessifs chez les hommes. L'isolement et le veuvage ne semblent pas être des facteurs associés, contrairement à la consommation de tabac puisqu'il y a 2 fois plus de buveurs excessifs chez les fumeurs. Les catégories socioprofessionnelles les plus touchées sont les ouvriers, artisans et commerçants, puis viennent ensuite les cadres. Les employés semblent moins concernés. Les médecins généralistes participants sous-estiment cette prévalence puisqu'ils l'estiment à 5% voire moins. Cette sous-estimation montre bien l'importance du dépistage d'une consommation excessive d'alcool, pour en éviter les conséquences néfastes sur la santé.

## **MOTS CLES**

Médecine générale, personnes âgées, prévalence, alcool, consommation excessive, autoquestionnaire, AUDITc