

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 novembre 2020

Par Guillaume ROFFY

Né le 8 mars 1991 à Aurillac

**Consommation d'alcool chez la personne âgée en
établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes : revue de la littérature et présentation de
l'étude ConsoEHPAD**

Thèse dirigée par le Docteur Benjamin CALVET

Examineurs :

M. le Professeur Philippe NUBUKPO..... Président
M. le Professeur Bertrand OLLIAC..... Juge
M. le Professeur Achille TCHALLA..... Juge
M. le Docteur Benjamin CALVET..... Directeur de thèse
M. le Docteur Matthieu PARNEIX..... Membre invité
M. le Docteur Guillaume CHANDON..... Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 novembre 2020

Par Guillaume ROFFY

Né le 8 mars 1991 à Aurillac

**Consommation d'alcool chez la personne âgée en
établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes : revue de la littérature et présentation de
l'étude ConsoEHPAD**

Thèse dirigée par le Docteur Benjamin CALVET

Examineurs :

M. le Professeur Philippe NUBUKPO..... Président
M. le Professeur Bertrand OLLIAC..... Juge
M. le Professeur Achille TCHALLA..... Juge
M. le Docteur Benjamin CALVET..... Directeur de thèse
M. le Docteur Matthieu PARNEIX..... Membre invité
M. le Docteur Guillaume CHANDON.....Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 01 octobre 2019

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BEN AHMED Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LERAT Justine

O.R.L.

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1 ^{er} septembre 2019 au 31 août 2022)
LAUCHET Nadège	(du 1 ^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 1 ^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2020
TREVES Richard	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2020
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2020
VIROT Patrice	du 01.09.2019 au 31.08.2020

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2019

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIAHI Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE

BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhou	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MATHIEU Pierre-Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE

A mon ami Yann,

Comment ne pas te dédicacer cette thèse qui achève un cursus que nous avons débuté ensemble. Pas besoin de faire de grandes phrases pour te décrire, ceux qui ont eu la chance de te côtoyer savent déjà qui tu étais, tant la marque que tu as laissé en chacun de nous est indélébile. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as apporté dans ma vie, ta joie, ta bonne humeur, ton amitié, ton soutien mais aussi une certaine propension à faire des conneries qui resteront à jamais ancrées dans ma mémoire (je ne peux pas toutes les citer). Tu nous as quitté bien trop tôt, laissant un vide dans nos vies. Mes pensées iront vers toi en ce jour qui terminent ma formation comme elles font depuis deux ans et le feront encore longtemps. Rasta pour toujours !

« Ce qu'on cherche on peut le trouver ; mais ce qu'on néglige nous échappe »

Sophocle

« Tu noies tes chagrins dans l'alcool ? Méfie-toi, ils savent nager »

Yves Mirande

Remerciements

Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO

Professeur des Universités de Psychiatrie et d'Addictologie (CHU de Limoges)

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte de la Personne Âgée et d'Addictologie (Centre Hospitalier Esquirol de Limoges)

Praticien hospitalier

Président du jury

Professeur,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et de présider ce jury.

Votre enseignement, dispensé toujours dans la bonne humeur, est précieux pour tous les internes de psychiatrie. Votre rire, votre optimisme, votre gentillesse et votre dévouement sont des sources d'inspiration pour nous tous.

J'ai beaucoup apprécié le semestre que j'ai passé au sein du pôle d'addictologie, il a été riche d'enseignements théoriques et pratiques qui guideront ma pratique ultérieure de la psychiatrie.

Je tenais également à vous remercier pour votre encadrement pendant l'élaboration du protocole de recherche, vos conseils ont été précieux.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos espérances.

Soyez assuré de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Monsieur Le Professeur Bertrand OLLIAC

Professeur des Universités de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (CHU de Limoges)

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (Centre Hospitalier Esquirol de Limoges)

Praticien hospitalier

Juge

Professeur, merci d'avoir gentiment accepté de juger ce travail de thèse.

Le semestre passé à vos côtés au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges a été riche d'enseignements.

Votre gentillesse, votre accompagnement, votre dévouement et vos connaissances sont des atouts majeurs pour la formation des internes.

J'aurais une pensée particulière pour vous la prochaine fois que je me rendrai à Paris, en pensant au monde souterrain sous mes pieds.

J'espère que la lecture de ce travail, même s'il ne traite pas de pédopsychiatrie, vous apportera entière satisfaction.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon plus grand respect.

Monsieur Le Professeur Achille TCHALLA

**Professeur des Universités de Médecine Interne Gériatrie et Biologie du vieillissement
(CHU de Limoges)**

Chef du pôle Hospitalo-Universitaire de Gérontologie Clinique (CHU de Limoges)

Chef du service de Médecine Gériatrique (CHU de Limoges)

Praticien hospitalier

Juge

Professeur, merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.

J'ai eu l'honneur de profiter de votre enseignement pendant mes deux stages d'externat aux urgences du CHU de Limoges, à l'époque vous exerciez au sein de la MUPA (unité de médecine d'urgence de la personne âgée).

Votre engagement auprès des personnes âgées a été une source d'inspiration pour moi.

Vos précieux conseils cliniques ont également guidé ma pratique, surtout lors de mon stage en psychiatrie du sujet âgé. Médecine physique et psychiatrie gardent un lien important, surtout à un âge avancé.

J'espère que la lecture de ce travail vous apportera entière satisfaction et permettra un échange enrichissant entre la gériatrie et la psychiatrie.

Vous trouverez ici l'expression de mon respect et de ma profonde considération.

Monsieur le Docteur Benjamin CALVET

Psychiatre des hôpitaux

Chef adjoint du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte de la Personne Âgée et d'Addictologie (Centre Hospitalier Esquirol de Limoges)

Praticien Hospitalier-Responsable de l'unité de Recherche et de Neurostimulation

Docteur en Santé Publique

Directeur de thèse

Benjamin,

Je ne te remercierai jamais assez d'avoir dirigé ce travail de thèse, avec une gestion parfois délicate du timing.

Depuis mon arrivée à Esquirol j'admire ton implication auprès des internes. Ta présence auprès de nous les midis, ton enseignement, ton investissement dans toutes les thèses. Pas de doute, tu as la fibre universitaire. Tu es un clinicien hors pair et un formateur en or. J'ai pris plaisir à travailler à tes côtés au centre Jean-Marie Leger même si tu n'étais pas mon chef « attitré ».

Mille mercis pour ta bienveillance et ta disponibilité.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de tes attentes.

Sois assuré de mon estime, de mon respect et de ma plus grande reconnaissance.

Monsieur le Docteur Matthieu PARNEIX

Psychiatre des hôpitaux

Praticien Hospitalier-Pôle Inter-Établissement de Psychiatrie de l'Adulte

Membre invité

Matthieu,

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Tu as été mon chef pendant une année entière de mon internat et j'ai énormément appris à tes côtés. Tu es un excellent formateur avec des connaissances impressionnantes. J'espère que tu continueras à en faire profiter bon nombre d'internes.

Merci également pour ta bienveillance et ta gentillesse.

J'espère que la lecture de ce travail sera à la hauteur de tes attentes.

Sois assuré de mon plus grand respect et de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Guillaume CHANDON

Psychiatre des hôpitaux

Praticien Hospitalier-Pôle Inter-Établissement de Psychiatrie de l'Adulte

Membre invité

Guillaume,

Merci d'avoir accepté de siéger au sein de mon jury de thèse, toi, mon dernier chef qui a eu la lourde tâche de parachever ma formation d'interne.

Je tenais tout d'abord à te remercier pour ta disponibilité, ta bienveillance et la qualité de la formation que tu m'as prodiguée durant ce stage.

Ton calme, ta bienveillance, ton optimisme et ta bonne humeur permanente sont une source d'inspiration pour moi et pour bien d'autres personnes.

J'espère que ce travail comblera tes attentes et traduira le plaisir que j'ai eu d'apprendre à tes côtés.

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT

Professeur des Universités de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Âgée

Praticien Hospitalier

Professeur,

Je vous remercie pour la qualité de l'enseignement que vous m'avez prodigué durant mon externat et internat.

Vos connaissances forcent le respect et votre engagement dans notre formation est un atout indéniable.

Merci d'avoir été un des initiateurs de ce travail passionnant et de m'avoir formé à la psychiatrie du sujet âgé.

Soyez assuré de mon plus grand respect et de toute ma considération. J'espère me montrer digne de votre enseignement.

À l'ensemble des professionnels qui m'ont accompagné pendant cet internat.

Je remercie tous les chefs qui m'ont si bien encadré tout au long de ce parcours et au côté de qui j'ai eu la chance de me former.

Le Docteur Éric Charles pour sa connaissance poussée de la pharmacologie, sa pédagogie hors-pair, sa bonne humeur et son amour pour le sport.

Le Docteur Maurice Pareaud pour son flegme légendaire, sa gentillesse et sa volonté de nous former jusqu'à son départ à la retraite.

Le Docteur Jean-Jacques Timon pour sa bonne humeur, sa bienveillance mais aussi sa rigueur et son engagement auprès des patients.

Le Docteur Élodie Audebert, pour sa gentillesse, son humanité et son abord des troubles de la personnalité.

Le Docteur Isabelle Alamome, pour sa gentillesse, sa bonne humeur, sa disponibilité, sa confiance, sa bienveillance, la rigueur de son travail et son amour pour le fromage auvergnat.

L'ensemble des pédopsychiatres qui ont encadré mon stage à l'hôpital de la mère et de l'enfant. J'ai apprécié vos différentes approches et votre accompagnement.

Merci à tous les autres médecins avec qui j'ai eu l'occasion d'apprendre et/ou de collaborer. Les Docteurs Chassang, Hamdan-Dumont, Legros, Bonnefond, Lavigne, Fiegl, Salomé, Verger, Ampayrat, Lescure, Reynier-Legarçon, Bouillon, Puydenus, Martin, Boghina, Malek, Walocha, Collins, Bourlot, Merveille, Berthier, Gherman, Gardère, Bricaud, Dumont Anne-Catherine et Céline ainsi qu'à tous ceux que j'ai pu oublier de mentionner.

Un grand merci à l'ensemble des équipes et membres du personnel du CH Esquirol et du CH La Valette, aux cotés desquels j'ai eu un immense plaisir à travailler. Je tiens à remercier particulièrement les ASH, aides-soignants, infirmiers, psychologues, assistantes sociales des unités Widlöcher, Jean-Marie Leger (A et B), Henri Ey (Esquirol et Creuse), Morel, Avicenne et Laborit de m'avoir aidé à grandir et à m'épanouir professionnellement.

À ma famille.

A mes parents, Françoise et Pascal pour leur amour et leur soutien inconditionnels depuis tant d'années. Merci pour votre éducation, le soin que vous portez depuis tant d'années à mon épanouissement personnel et professionnel, votre accompagnement durant ce long parcours ainsi qu'à tous les sacrifices auxquels vous avez consenti afin de nous permettre de nous épanouir. Je vous remercie également d'avoir relu ce travail.

A ma sœur, Mathilde, victime de bien des chamailleries depuis sa plus tendre enfance mais d'un soutien et d'une patience hors normes. Tu bénéficies de toute mon admiration et mon amour. A ton compagnon Romain, fan inconditionnel d'Apple et de belles voitures, qui t'accompagne depuis quelques années déjà. Vous êtes promis à un avenir radieux.

A ma grand-mère, Marcelle, membre actif du comité de relecture de ce travail. Merci d'avoir participé à mon éducation, merci pour tous tes bons petits plats y compris pendant les révisions de partiels, moments conviviaux tant appréciés par chacun d'entre nous. Merci pour ton soutien et ta présence depuis tant d'années.

A ma grand-mère, Marinette, pour sa gentillesse, son amour, son soutien et ses sandwiches qui ont accompagné bon nombre de gouters. Ta combativité est un exemple pour moi.

J'adresse une pensée émue à mes grands-pères, Henri et Marcel, partis trop tôt, et qui je l'espère auraient été fiers de moi, tant sur le plan personnel que professionnel.

A ma tante et marraine, Régine, pour sa présence pendant toutes ces années. Tu as toujours été un grand soutien pour moi mais encore plus depuis mon arrivée à Limoges et je ne t'en remercierai jamais assez. A ton compagnon, Fabrice, pour sa culture et la qualité de nos échanges. Merci pour votre participation à la relecture de ce travail. A Raphaël, mon cousin, amateur de jeux-vidéos et de sneakers que je considère comme un frère.

A mes oncles Jean-Pierre, Alain et Jacques ainsi que leurs femmes Florence, Nathalie et Béatrice, pour leur affection et soutien ainsi que tous ces repas que nous avons partagés. A mes cousins Paul, Quentin, Théo et Margot pour ces bons moments passés ensemble.

Enfin, à la plus belle rencontre de cet internat, mon évidence, Darlène. Je ne te remercierai jamais assez pour le bonheur que tu m'apportes depuis notre rencontre, ton soutien mais également la bonne humeur que tu mets dans ma vie. Tu es une personne exceptionnelle et j'ai énormément de chance de t'avoir à mes côtés. Nous avons écrit les premières pages de la plus belle des histoires, nous allons maintenant écrire la suite, avec un peu plus de temps libre.

A mes amis.

Je tiens d'abord à remercier Joris, pour toutes nos révisions et soirées depuis la première année de médecine. Ça a été un plaisir d'élaborer ce protocole de recherche avec toi. Je regrette que nous n'ayons pas pu mener ce projet à bout. Merci pour ton amitié qui m'est si précieuse. À Rouxy, dit Castor, pour ton amitié inestimable qui ne s'efface pas avec la distance. Tu es probablement le meilleur apothicaire du sud de la France. A toutes ces soirées, à toutes ces fois où on a pu apercevoir un spécimen remarquable « l'incroyable Roux ». Comment ne pas te remercier, Joseph, pour ton amitié depuis tant d'années, ton naturel, ton amour pour les cigares et la guitare, tu es une personne exceptionnelle.

Je remercie tous mes amis auvergnats mais particulièrement Fabien, Pierre-Nicolas, Killou et Étienne, pour tous ces moments passés en votre compagnie depuis tant d'années et tous ceux qui vont encore s'ajouter.

Je tiens à remercier l'ensemble des membres de l'association Parions Uss, amateurs de rugby mais surtout de moments conviviaux, de repas et de boissons alcoolisées. Merci Valentin, Pierro, Tristan, Joachim, Jean-Loup, Guigui, Joseph, Maxime, Simon, Vlad, Antoine et Sam. Puisse l'association (de malfaiteurs) vivre encore de nombreuses années.

Je remercie également tous les amis rencontrés en Auvergne, dans le Limousin ou ailleurs, durant mon cursus de médecine et toutes les personnes que j'ai pu oublier.

Je tiens enfin à remercier les familles Berthier et Le Flahec de m'avoir accueilli à bras ouverts il y a bientôt 11 ans.

A mes collègues internes.

A notre promotion.

Arnaud Darras, je te remercie pour ton amitié depuis les premiers jours de cet internat et ton soutien à toute épreuve. A tous ces moments que tu as égayé avec ta bonne humeur et ton ludisme. A ta compagne, Dorine, dont l'amitié et les conseils me sont précieux. Nul doute que je viendrais prochainement vous voir à Tahiti.

Ma première co-interne Aurélie Ménage, qui brille par sa gentillesse, sa patience et son empathie. Quelle chance pour l'équipe de Morel de pouvoir compter une professionnelle comme toi dans ses rangs.

Caroline pour notre amour commun des baskets et la collocation à l'internat.

Etienne, pour ta simplicité, ta gentillesse, ton amour de notre métier, ton professionnalisme et ton dévouement. Tu seras un excellent chef de clinique.

Karine, pour ta gentillesse et ton professionnalisme, je te souhaite une bonne installation et tout le succès que tu mérites.

Agathe qui est déjà à la Réunion, pour ton sourire en toutes circonstances et ta sympathie. A nos pauses « clopes ».

Aux anciens qui nous ont accueillis à bras ouverts.

Charles, pour tes cris, ton potentiel destructeur et tes marches arrière digne du prochain « Fast and Furious ».

Tristan pour ton humour aiguisé et ton amour des repas au Piozou. Antoine le chasseur de Pokémon et Bertrand, amoureux de la psychanalyse. Laure, pour avoir tenté de me convertir au véganisme. Fatou, Simon et Tiphaine pour votre gentillesse. Je remercie également Jean-Baptiste qui s'est si bien intégré et qui brille par son savoir, sa volonté de partage et sa sympathie. Victor dit « le tracteur » pour ta grâce quand tu joues au football, ta bonne humeur et tes précieux conseils. Caroline Céolato pour notre amour commun des habits et des chaussures. Henri, pour nos parties de PlayStation, ta gentillesse et ton rire inimitable. Et puis la relève.

Bertrand, pour tes grandes envolées et ton talent hypnotique au babyfoot, tu es quand même classé dans la catégorie de stupéfiants. Mister Laplace, pour ta classe, ton coaching sportif et ta vidéo promotionnelle qui va attirer bon nombre de talents dans nos rangs. Pierre, pour tes roulettes (qui n'en sont pas après arbitrage vidéo) et ton rire qui fait trembler l'internat. Ben Debat car tu es un meilleur président des internes et gamer que joueur de squash, merci pour ta sympathie et ton dévouement afin de continuer à faire vivre cet internat. Anthony, pour tes parties de ping-pong mais aussi pour ton humour et les ragots made in radio Esquirol. Alexandre, pour tes chants et ton amour des belles carrosseries (voitures). Valentine, pour ton rire et ta joie, tout le monde sait que ton point faible au ping-pong c'est le revers désormais. Anna et Sandra, pour les potins et votre sympathie. Jessicator, ma dernière co-interne, car tu es talentueuse, sympathique et que tu permets à cet hôpital de faire des économies d'électricité en travaillant dans la pénombre. A la relève, Kévin et Nicolas, pour votre implication et votre sympathie.

A tous ceux que j'ai oublié de citer mais que je n'oublie pas.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Abréviations	30
Introduction	31
Revue de la littérature	33
I.1. L'alcool	33
I.1.1. Historique.....	33
I.1.2. Définitions et critères diagnostiques	37
I.1.3. Épidémiologie	43
I.1.4. Bases neurobiologiques et facteurs de vulnérabilité.....	49
I.1.5. Alcool et comorbidités psychiatriques.....	57
I.1.5.1. Alcool et dépression	59
I.1.5.2. Alcool et trouble bipolaire	60
I.1.5.3. Alcool et troubles anxieux	61
I.1.5.4. Alcool et schizophrénie	61
I.1.5.5. Alcool et suicide	63
I.1.5.6. Alcool et personnalité	63
I.1.6. Alcool et comorbidités somatiques	65
I.1.7. Impact neurologique et cognitif.....	66
I.1.8. Prise en charge.....	71
I.2. La personne âgée et l'alcool.....	75
I.2.1. Définition de la population âgée et de ses consommations.....	75
I.2.2. Recommandations	76
I.2.3. Épidémiologie	76
I.2.4. Diagnostic	80
I.2.5. Facteur de risque d'une consommation tardive	81
I.2.6. Prévention de l'alcoolisme tardif	82
I.2.7. Répercussions d'une consommation élevée chez la personne âgée	83
I.2.7.1. Complications lors des alcoolisations aiguës.....	84
I.2.7.2. Complications d'une consommation chronique et excessive chez la personne âgée	84
I.2.7.2.1. Sur le plan psychiatrique	84
I.2.7.2.2. Sur le plan somatique	86
I.2.7.2.3. Sur le plan cognitif	89
I.2.7.2.4. Sur le plan social	89
I.2.8. Autres addictions de la personne âgée.....	90
I.2.9. Prise en charge spécifique.....	91
I.3. L'alcool, la personne âgée et l'institution.....	95
I.3.1. Épidémiologie	95
I.3.1.1. Quelques chiffres concernant les EHPAD.....	95
I.3.1.2. L'alcool en EHPAD.....	97
I.3.2. Facteurs pouvant favoriser une consommation en EHPAD.....	101
I.3.3. Mode de consommation en EHPAD	101
I.3.4. Comment diagnostiquer les consommateurs à risque en maison de retraite ? ...	102
I.3.5. Les problématiques soulevées par une consommation en institution.....	103
I.3.5.1. Le regard de la société et des autres résidents	104
I.3.5.2. Les règles de l'institution	104

I.3.5.3. La position des soignants.....	106
I.3.5.4. La famille	107
I.3.6. Alcool en institution : pour ou contre ?.....	108
I.3.7. Recommandations de prise en charge	109
I.3.8. État des lieux de la prise en charge actuelle	112
II. L'étude CONSOEHPAD.....	115
II.1. Justification de l'étude	115
II.2. Objectifs.....	118
II.3. Matériels et méthode	118
II.3.1. Population, recrutement et taille de l'échantillon.....	119
II.3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	121
II.3.3. Les échelles	121
II.4. Déroulement de l'étude	123
II.5. Critères de jugement	127
II.6. Analyses statistiques	128
II.7. Discussion	129
II.7.1. Par rapport à la méthodologie.....	129
II.7.1.1. Les échelles et questions posées	129
II.7.1.2. La population	132
II.7.1.3. La procédure	132
II.7.2. Résultats attendus	133
II.7.3. Perspectives soulevées par cette étude	135
Conclusion	138
Références bibliographiques.....	139
Annexes	156
Serment d'Hippocrate	164

Table des illustrations

Figure 1 : Classification de la dangerosité des drogues (3)	37
Figure 2 : Le continuum entre usage, mésusage et trouble de l'usage de l'alcool (5)	38
Figure 3 : Les différents niveaux de risque de la consommation d'alcool selon l'OMS	42
Figure 4 : Évolution de différents modes de consommation d'alcool parmi les 15-75 ans, selon l'âge, en 2010 et 2014 (18).....	47
Figure 5 : Usages à risque d'alcool (AUDIT-C), selon l'âge et le sexe (16).....	48
Figure 6 : Pourcentage des patients ne bénéficiant pas d'un accès aux soins adaptés en Europe (19).....	49
Figure 7 : Différence de fonctionnement cérébral entre un sujet dit « normal » et un sujet dépendant (22,23).....	51
Figure 8 : Effets aigus de l'alcool liés à l'inhibition glutamatergique et l'activation gabaergique. ©Mickael Naassila (10).....	51
Figure 9 : Dérégulation du circuit cérébral de la récompense chez le sujet alcoolodépendant. ©Mickael Naassila (10)	52
Figure 10 : Les trois systèmes du modèle neurocognitif des addictions (28)	55
Figure 11 : Les différentes structures et neurotransmetteurs impliqués dans le développement d'une addiction à l'alcool (10). ©Mickael Naassila	55
Figure 12 : Les différentes lésions cérébrales causées par la dépendance à l'alcool (73)....	67
Figure 13 : Consommation quotidienne d'alcool selon l'âge et le sexe au cours de l'année 2010 (16).....	79
Figure 14 : Fréquence des consommations d'alcool selon l'âge pour les hommes et les femmes (16).....	79
Figure 15 : résumé du déroulement de l'étude CONSOEHPAD	126

Table des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs de consommations d'alcool parmi les 15-75 ans selon le sexe, en 2010 et 2014. Source : Baromètres santé 2010 et 2014, Inpes (18)	46
Tableau 2 : Fréquence sur les 12 derniers mois des troubles psychiatriques chez les sujets présentant une dépendance à l'alcool (critères DSM-4) (40), traduction française des résultats de l'étude NESARC	59
Tableau 3 : Places disponibles dans les EHPAD de la Haute-Vienne en 2016 et population potentiellement incluse dans l'étude.	120
Tableau 4 : Déroulement des deux visites dans chaque EHPAD	127

Abréviations

5-HT	Sérotonine
5-HTT	Transporteur de la sérotonine
ADH	Alcool-déshydrogénase
ADL	Activities of Daily Living
ALDH	Acétaldéhyde déshydrogénase
AMM	Autorisation de mise sur le marché
APA	American Psychological Association
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AVC	Accident vasculaire cérébral
BEARNI	Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairments
DSM	Diagnostic and statistical manual of Mental Health
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
MAF	Maladie alcoolique du foie
MMSE	Mini Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
NESARC	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
OMS	Organisation mondiale de la santé
TUA	Trouble de l'usage de l'alcool

Introduction

Les références à l'usage, l'intoxication, ou la dépendance à l'alcool concordent avec les premiers écrits humains. Aujourd'hui, ce produit reste la substance psychoactive la plus consommée dans le monde et en France, avec le tabac.

Le vin dans notre pays, véritable savoir-faire que le monde entier nous envie, souvent copié mais rarement égalé, fait partie du patrimoine, de la culture et des mœurs comme a pu en témoigner l'ouverture de la cité du vin à Bordeaux le 31 mai 2016. Il n'en demeure pas moins que l'alcool fait des ravages considérables. Véritable enjeu de santé publique, l'alcool reste dans notre pays la seconde cause de mortalité évitable juste après le tabac. Ainsi, en 2009, 49000 décès pouvaient lui être imputés ; ce qui représentait 13% de la mortalité chez les hommes (5% chez les femmes).

Les modalités de consommations tendent à s'harmoniser entre les pays, avec une augmentation des consommations ponctuelles et massives chez les jeunes : le binge drinking. Ce comportement est particulièrement ciblé par les campagnes de prévention actuellement car ses effets délétères sont de mieux en mieux connus. Toutefois, avec l'avancée en âge, la consommation d'alcool passe de ponctuelle et massive à régulière, en quantités plus limitées.

Les consommations d'alcool restent problématiques chez les personnes âgées et le manque d'intérêt pour cette population a régulièrement été pointé du doigt. Pourtant, après 65 ans, 47,6% des hommes et 19,3% des femmes consomment de l'alcool quotidiennement. Les problèmes liés à l'alcool concerneraient entre 10 et 15% des plus de 65 ans pris en charge en « soins primaires ». Avec l'avancée en âge, les modifications physiologiques entraînent une moins bonne tolérance à l'alcool. Une consommation chronique et excessive d'alcool est fortement corrélée à plusieurs comorbidités psychiatriques, somatiques, des troubles cognitifs ainsi qu'à une perte d'autonomie. Les personnes âgées sont particulièrement exposées à ces complications d'autant qu'il peut exister des interactions médicamenteuses chez ces consommateurs de psychotropes mais aussi avec de nombreux autres traitements.

Les résidents des maisons de retraite semblent être les grands oubliés des enquêtes et études même si quelques auteurs tentent de faire évoluer les mentalités. Pourtant, la consommation existe en institution et elle entraîne une souffrance pour les patients, leurs proches et les soignants.

Comprendre les modalités de consommations des séniors, tenter d'évaluer les consommations problématiques dans cette tranche d'âge et en institution revêt aujourd'hui un enjeu capital, car le nombre de personnes âgées va continuer à augmenter, tout comme le

nombre de résidents en maison de retraite, ce qui risque de nettement majorer la problématique alcool au sein de ces lieux de vie.

La première partie de ce travail de thèse sera une revue de la littérature représentant la réflexion ayant conduit à l'élaboration de l'étude. Nous tenterons de mettre en évidence la problématique que représente l'alcool, d'abord chez l'adulte, puis chez la personne âgée et enfin en institution.

Dans la seconde partie, l'étude CONSOEHPAD sera présentée avec sa justification. Le protocole qui a été créé pour évaluer la consommation d'alcool en maison de retraite mais également pour comparer les comorbidités psychiatriques, physiques, la consommation de psychotropes et l'autonomie entre consommateurs et non-consommateurs d'alcool sera détaillé. La fin de la seconde partie abordera, quant à elle, les qualités, les défauts, les résultats attendus et les perspectives envisagées.

Revue de la littérature

Croire que la consommation d'alcool s'arrête avec l'avancée en âge est une erreur régulièrement commise par de nombreux médecins ou acteurs de santé. Pour comprendre la problématique que peut représenter la consommation excessive d'alcool en E HPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), il faut tout d'abord aborder la problématique alcoolique chez la personne âgée mais également posséder certaines bases concernant l'éthylisme. C'est donc le plan que suivra cette première partie, allant du plus généraliste au plus spécifique, l'alcool en maison de retraite.

I.1. L'alcool

La problématique représentée par une consommation d'alcool excessive est connue depuis des centaines d'années. Dans cette première partie, l'histoire des addictions, et particulièrement celle liée à l'alcool sera abordée, suivie d'une définition du trouble de l'usage de l'alcool (TUA). L'épidémiologie sera détaillée et quelques bases neurobiologiques qui sous-tendent les addictions seront exposées. Ensuite, une attention particulière sera accordée aux comorbidités et complications de l'alcoolisme, qu'elles soient psychiatriques, physiques, neurologiques ou cognitives. Enfin, les recommandations de prise en charge du TUA seront brièvement exposées.

I.1.1. Historique

Les références à l'intoxication, l'addiction ou la dépendance à l'alcool concordent avec les premiers écrits humains (1). Selon cette source, il semble que les boissons enivrantes soient apparues peu de temps après le travail du grain et la découverte de la fermentation des fruits.

En Chine, plus de 10000 ans avant Jésus Christ (JC), il existait déjà de multiples breuvages à base d'alcool (1). Une partie des cultures agricoles était dédiée à la production de la bière. Ces boissons étaient utilisées pour trouver l'inspiration mais également comme facteur de convivialité. Les personnes qui mésusaient ces breuvages étaient, quant à elles, condamnées par la loi (1).

En Égypte, le vin et la bière étaient des boissons très appréciées. Il existait une vénération pour Osiris, dieu du vin à travers tout le pays. Les premiers hiéroglyphes représentant du vin dateraient de 4000 ans avant Jésus Christ (1). A noter que si l'usage de l'alcool était répandu, son utilisation restait généralement modérée. Les israélites auraient commencé la consommation du vin durant leur captivité en Égypte, un peu plus de mille ans avant notre ère. Les babyloniens, quant à eux, préféraient la bière.

C'est en 2000 avant J.C. que la consommation du vin et la culture de la vigne se seraient développées en Grèce. Il s'agissait de la principale boisson des grecs et les réunions pour la consommer étaient appelées « symposiums », terme qui signifie aujourd'hui une importante réunion scientifique (1).

Durant la Rome antique, le vin faisait partie des produits de consommation quotidienne et il faisait référence à la « démocratie » de par son accessibilité à toutes les classes sociales de la population (1). Si la bière était déjà répandue chez les « barbares », il semble que ce soit les conquêtes romaines qui aient diffusé le vin et la viticulture au sein de l'Europe. La France, l'Italie, le Portugal, l'Allemagne ou l'Espagne semblent toutes avoir débuté leur production de vin durant la domination romaine.

Les effets négatifs de l'intoxication à l'alcool sont relatés dans le Coran mais également dans les Bibles chrétiennes et hébraïques. Ces textes sacrés recommandent une consommation modérée d'alcool sauf le Coran qui l'interdit, expliquant que les « intoxicants et jeux de hasard » sont des « abominations de Satan » détournant les personnes de Dieu (1). Pour les chrétiens, Jésus consommait du vin, et une consommation modérée est donc acceptable. Paul considérait le vin comme une création de Dieu. Il a été un des premiers à conseiller une abstinence aux personnes qui n'arrivaient pas à rester dans une consommation maîtrisée (1). Pour les bouddhistes, l'alcool était considéré comme un poison de l'esprit.

Durant toute l'Antiquité, la nicotine, la caféine et l'alcool étaient consommés par un grand nombre de personnes et généralement approuvés par la société (1). Les hallucinogènes et l'opium étaient consommés à des fins médicales ou religieuses. Leur utilisation n'était pas approuvée en dehors de ces deux contextes.

Au Moyen Âge, la consommation d'alcool était bien plus élevée qu'elle ne l'est actuellement (1). Premièrement, l'accès à une eau potable et exempt de tout agent pathogène était rare. Il était couramment admis que l'eau était mauvaise pour la digestion, très probablement parce qu'elle véhiculait bon nombre de virus, champignons et bactéries. A l'inverse, le vin était réputé pour avoir des effets bénéfiques pour la santé. Cette boisson était donc consommée lors de repas mais également en journée pour s'hydrater, surtout en Europe du sud (1). Les classes les plus populaires consommaient volontiers davantage de la bière alors que la noblesse appréciait les bons vins. Durant tout le Moyen Âge, le vin est resté perçu comme un cadeau de Dieu tant qu'il était consommé avec modération alors que les consommateurs excessifs étaient condamnés en tant que pécheurs ou pour transgression de la morale (1). Ainsi, selon cette source, les personnes qui perdaient le contrôle de leur consommation portaient atteinte au bien-être de la société ainsi qu'à leur salut spirituel. Ils

étaient, de ce fait, vivement réprimandés. Aussi une majorité de personnes respectait une consommation « contrôlée », en fonction des normes de l'époque.

La révolution industrielle a marqué un tournant vis-à-vis des consommations d'alcool à travers toute l'Europe. La nécessité d'une main d'œuvre de qualité a permis un meilleur encadrement des consommations par la société (1).

La psychiatrie « moderne » a connu de nombreuses théories concernant l'alcool et les toxicomanies. Le français Philippe Pinel (1745-1826) a été un des premiers à tenter de regrouper les pathologies psychiatriques en différentes classes (1). Il distinguait alors 4 entités : la mélancolie, la démence, la manie et l'idiotisme. Il avait déjà observé que la dépression était régulièrement causée par une consommation chronique et excessive d'alcool (1). Benjamin Rush (1745-1813) est considéré comme un des fondateurs de la psychiatrie américaine. Ses travaux ont contribué à la création de la première institution dédiée à la prise en charge des alcooliques à Boston en 1841. Ces deux médecins furent parmi les premiers à penser que l'alcoolisme était une maladie à part entière (1). Eugen Bleuler (1857-1939) avait émis le postulat que le delirium tremens était un signe sous-jacent d'une schizophrénie paranoïde révélée par une consommation chronique d'alcool. Cette vision n'a été contredite qu'en 1963. Pour Sigmund Freud (1856-1939), les personnes faisant l'objet d'un abus d'alcool avaient développé des besoins importants et inconscients de dépendance, du fait de quêtes frustrées de soins et de réconfort de la part de leurs parents pendant l'enfance et la petite enfance (1). Il pensait que cela créait une dépendance à autrui et donc aux substances. Certaines théories psychanalytiques évoquent la fixation au stade oral, associée à l'égoïsme, l'avidité, la dépendance affective et aux consommations de substances, dont l'alcool.

Aux États-Unis, il y a eu plusieurs tentatives pour contrôler les dommages liés à l'alcool. On peut citer les trois vagues de tempérance ou la prohibition qui s'est étendue de 1920 à 1933. Cette interdiction a permis une diminution des arrestations pour état d'ivresse sur la voie publique mais les problèmes médicaux, sociaux et économiques liés à un usage chronique sont restés les mêmes (1).

Les alcooliques anonymes ont été créés en 1935 dans l'Ohio par Bill Wilson et le Docteur Bob Smith, tous deux anciens alcooliques. Ils avaient élaboré une méthode en 12 étapes pour la prise en charge des patients. Leur succès a permis une croissance rapide de cette prise en charge, qui est encore d'actualité de nos jours.

Les travaux de Pinel et Rush ont abouti à la création des premières classifications des pathologies psychiatriques qui ont grandement évolué après la seconde guerre mondiale. Le Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of Mental Disorders a été publié dans sa première

édition en 1952. Il est issu des travaux de l'American Psychiatric Association avec des représentants de l'US Army et des vétérans de la seconde guerre mondiale. Cette première version décrivait déjà l'intoxication et l'addiction à l'alcool (« Brain syndromes ») mais avec une forte connotation péjorative et en faisant un lien avec les troubles de la personnalité. En effet, la présence d'une addiction à l'alcool était classée dans le trouble de la personnalité type sociopathie (1). La seconde édition, datant de 1968, classait les problématiques liées à l'alcool dans le chapitre 5 « troubles de la personnalité et autres troubles non-psychotiques ». Même s'ils restaient dans la même catégorie, les auteurs faisaient une différence avec les troubles de la personnalité. C'est dans la troisième édition (1980) que les troubles liés à l'alcool deviennent une entité indépendante dans la taxonomie, avec une distinction entre l'usage, l'abus et la dépendance (1). La révision de cette version faisait apparaître les signes comportementaux de la dépendance. La quatrième édition (1994) distinguait le trouble de l'usage et les troubles induits par la substance (intoxication, sevrage, troubles cognitifs, delirium...). Sa version révisée n'a pas apporté de modification significative concernant les addictions. Le DSM-5 (2013), dont certains diagnostics seront exposés dans la partie suivante, combine l'abus et la dépendance dans un diagnostic : le trouble de l'usage de l'alcool (1).

En France, le diagnostic est essentiellement basé sur les critères du DSM ou de la classification internationale des maladies. La Société Française d'Alcoologie (SFA) met régulièrement à jour des guidelines concernant la prise en charge et le diagnostic des troubles liés à l'alcool. S'il n'y a jamais eu de prohibition dans notre pays, plusieurs lois ont tenté d'endiguer la problématique que représente l'alcool au sein de notre société. Ainsi, l'éthanolémie autorisée au volant d'un moyen de locomotion a été diminué à 0,5 g/L, la vente a été prohibée aux mineurs et les « happy hours » interdites à moins qu'elles soient accompagnées d'une réduction du prix des consommations non alcoolisées (2). La loi Évin, adoptée en 1991, visait une limitation de la publicité concernant l'alcool afin de protéger les adolescents et jeunes adultes. En effet, elle interdit la diffusion de publicités dans certaines circonstances, limite le contenu de celles-ci lorsqu'elles sont autorisées et oblige la citation « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé » lors de sa diffusion (2). Plusieurs modifications ont été apportées à cette loi, souvent sous pression des lobbys. Ainsi, l'affichage a pu être de nouveau répandu (initialement limité aux endroits de vente ou de fabrication), la publicité sur les sites internet autorisée en 2009 (sauf sites destinés aux mineurs). En 2015, l'ensemble des restrictions imposées par cette loi ont été levées pour les boissons alcoolisées justifiant d'une appellation (terroir, qualité ou origine) ou d'un héritage. Une étude récente a montré que cette loi, avec ces assouplissements avait des limites (2). En effet, 30% des jeunes ont déclaré avoir été exposés à une publicité concernant de l'alcool tous les jours au cours des 12 derniers mois et moins de 5% n'avaient pas été exposés ou étaient restés hermétiques à ces publicités.

Fait alarmant, de nombreux élèves avaient eu envie de consommer (13%) ou avaient trouvé la publicité attractive (19%), d'autant plus qu'ils se perçoivent comme en étant les destinataires. Ceci est d'autant plus préjudiciable que le budget qui devait être alloué à la prévention ne l'a pas été alors que l'alcool reste classé comme la plus dangereuse des drogues (figure 1).

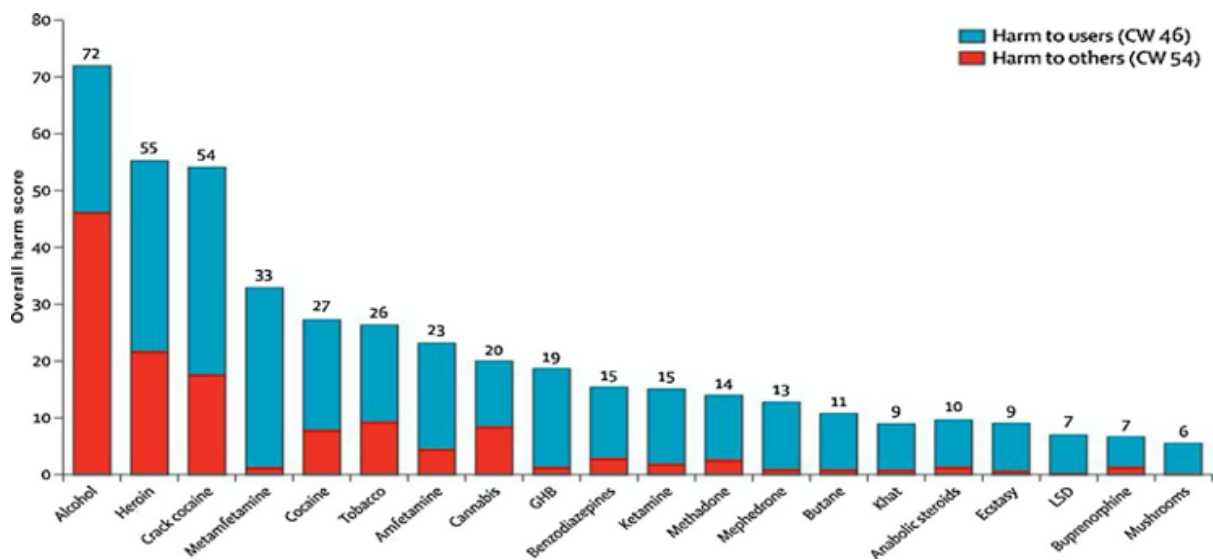


Figure 1 : Classification de la dangerosité des drogues (3)

Un rapport de la Cour des Comptes (4) montrait que l'évaluation restait insuffisante dans notre pays, où l'alcool bénéficie d'une tolérance culturelle encore trop importante. Il faisait état d'une taxation non équilibrée entre les différents alcools, d'une politique de répression de l'ivresse publique ou de la conduite en état d'ébriété inefficace (diminution des contrôles, peines peu dissuasives). A noter que ce rapport n'évoque à aucun moment la problématique représentée par l'alcool chez la personne âgée et encore moins en institution.

I.1.2. Définitions et critères diagnostiques

Il existe de nombreuses définitions en ce qui concerne les problèmes liés à l'alcool. Toutefois, les sociétés savantes s'accordent sur le fait qu'il peut exister cinq différentes classes de relations avec l'alcool (5) :

- Le non-usage ;
- L'usage à faible risque, c'est-à-dire simple ;
- L'usage à risque ;
- L'usage nocif ;

- L'usage avec dépendance.

Les trois dernières catégories relèvent du mésusage de l'alcool et les trois premières n'entraînent pas de conséquences au moment du diagnostic (5). Le non-usage ou abstinence peut être primaire chez les personnes n'ayant jamais consommé ou secondaire à un usage simple ou un mésusage. L'usage simple correspond à une consommation conforme aux recommandations et sans conséquence (5). L'usage à risque quant à lui se définit comme une utilisation qui n'induit pas encore de complications mais qui est susceptible d'y conduire dans un laps de temps plus ou moins long. Ces conséquences peuvent être soit différées et liées à un effet cumulatif de l'alcool soit immédiates dans certaines situations (conduite, comorbidités, autres toxiques...). Il existe un continuum entre ces 5 catégories qui est représenté sur la figure 2.

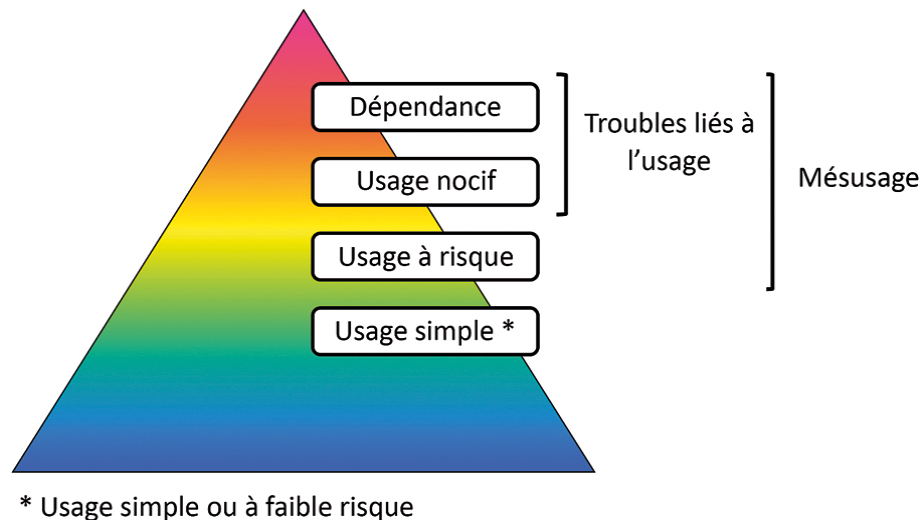


Figure 2 : Le continuum entre usage, mésusage et trouble de l'usage de l'alcool (5)

En 1990, Goodman (6) proposait deux dimensions sous-tendant les troubles liés à l'alcool. Une dimension dite « impulsive » (impossibilité répétée de contrôler sa consommation malgré une motivation et des efforts pour s'y soustraire) et la seconde dite « compulsive » (les conséquences négatives des consommations n'empêchent pas leur poursuite). Il regroupait déjà, grâce à ces deux dimensions, les comportements pathologiques et la dépendance, pas seulement pour une substance mais également pour une sensation ou une représentation (qui peuvent être associées ou non au produit).

Plus récemment (7), il est évoqué un « processus récurrent » qui commence par des intoxications répétées puis, progressivement, s'installe la dépendance avec tolérance et compulsion à consommer allant jusqu'au craving.

La CIM-10 distingue usage nocif et dépendance à l'alcool alors que le DSM-5 a fusionné ces deux catégories dans le « trouble de l'usage de l'alcool ». Grâce à cette classification, dépendance et dommages liés à l'alcool sont regroupés dans une même catégorie, avec différents degrés de sévérité. Cette « fusion » doit permettre une amélioration du repérage des individus concernés par abaissement du seuil diagnostique (7). Il a été choisi de détailler ici les critères diagnostiques du trouble de l'usage de l'alcool selon la cinquième édition du DSM (8). Il s'agit d'un mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

- 1) L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
- 2) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool ;
- 3) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets ;
- 4) Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool ;
- 5) Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
- 6) Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool ;
- 7) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool ;
- 8) Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- 9) L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool ;
- 10) Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool ;

- 11) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
- a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool (CF. les critères A et B du sevrage de l'alcool) ;
 - b. L'alcool (ou substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Il est possible de spécifier si :

- Il existe une rémission précoce : Après que tous les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool », qui peut être rempli) ;

- Il existe une rémission prolongée : Après que tous les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun ne l'a été à aucun moment pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4, « Envie impérieuse [*craving*], fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool », qui peut être rempli) ;

- L'environnement est protecteur : Cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès à l'alcool est limité.

Il existe trois degrés de sévérité :

Légère : Présence de 2-3 symptômes ;

Moyenne : Présence de 4-5 symptômes ;

Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

Toujours selon le DSM-5 (8), on peut évoquer les critères diagnostiques de l'intoxication à l'alcool et du sevrage. Pour ce qui est de l'intoxication, les critères sont les suivants :

A) Ingestion récente d'alcool ;

B) Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (par exemple comportement sexuel ou agressif inapproprié, labilité de l'humeur, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'ingestion d'alcool ;

C) Au moins un des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après la consommation d'alcool :

1. Discours bredouillant ;

2. Incoordination motrice ;

3. Démarche ébrieuse ;

4. Nystagmus ;
5. Altération de l'attention ou de la mémoire ;
6. Stupeur ou coma.

D) Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Enfin, pour le sevrage (8) :

A) Arrêt (ou réduction) d'un usage d'alcool qui a été massif et prolongé ;

B) Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'un usage d'alcool décrit dans le critère A :

1. Hyperactivité neurovégétative (par exemple transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100 battements/minute) ;
2. Augmentation du tremblement des mains ;
3. Insomnie ;
4. Nausées ou vomissements ;
5. Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives ;
6. Agitation psychomotrice ;
7. Anxiété ;
8. Crises convulsives généralisées tonico-cloniques.

C) Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D) Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

Il est possible de spécifier si les perceptions sont perturbées : cette spécification s'applique dans le rare cas où le sujet présente des hallucinations (habituellement visuelles ou tactiles) sans altération de l'appréciation de la réalité, ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles en l'absence d'un état confusionnel (delirium).

Selon l'OMS, il existe différents niveaux de risque en fonction de la quantité consommée. L'unité servant de référence est le verre standard qui correspond à 10 grammes

d'alcool pur et peut être détaillé pour tous les alcool (Annexe 1). Il n'est pas recommandé de consommer plus de 21 verres par semaine (3 par jour) pour les hommes et 14 (2 par jour) pour les femmes. De même, il est préconisé de ne pas dépasser une consommation de 4 verres par occasion. Cette organisation a même défini plusieurs niveaux de risque représentés dans la figure 3.

	World Health Organization Alcohol Risk Levels (for males)			
	Low Risk	Medium Risk	High Risk	Very High Risk
Drinks per day (in grams)	1 to 40 g	41 to 60 g	61 to 100 g	101+ g
Drinks per day (in standard drinks)	0 to 2.9 drinks	3.0 to 4.3 drinks	4.4 to 7.1 drinks	7.2+ drinks

	World Health Organization Alcohol Risk Levels (for females)			
	Low Risk	Medium Risk	High Risk	Very High Risk
Drinks per day (in grams)	1 to 20 g	21 to 40 g	41 to 60 g	61+ g
Drinks per day (in standard drinks)	0 to 1.4 drinks	1.5 to 2.8 drinks	2.9 to 4.3 drinks	4.4+ drinks

Figure 3 : Les différents niveaux de risque de la consommation d'alcool selon l'OMS

Le binge drinking est défini par l'OMS comme l'absorption d'au moins 4 verres chez les femmes (40 grammes d'alcool) et 5 verres (50 grammes) chez l'homme en une seule occasion. Aux États-Unis, le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) le définit comme l'atteinte rapide d'une alcoolémie à 0,8 g/L. Cela correspond aux mêmes quantités que celles définies par l'OMS mais avec une durée de deux heures pour les ingérer (9). Enfin, il existe désormais une nouvelle catégorie de binge drinkers dits « extrêmes ». Pour ces derniers, il convient de multiplier les quantités définies précédemment par trois, voire quatre (10).

Les premiers signes qui doivent attirer l'attention du clinicien averti sont des problèmes familiaux, relationnels ou professionnels (5). Les modifications du sommeil, la dépression, l'hypertension artérielle, les modifications de la coloration du visage ou des conjonctives, les atteintes gastriques doivent également faire questionner la consommation d'alcool (5).

Il convient de se renseigner sur la consommation d'alcool des patients, quel que soit leur âge, car une consommation problématique peut apparaître à tous les moments de la vie, de l'adolescence jusqu'à la personne âgée prise en charge en institution. De plus, les modalités de consommation peuvent également changer. Pour un même patient, il convient alors d'interroger régulièrement au cours du suivi son positionnement par rapport à l'alcool et les quantités ingérées. Un des objectifs de la prise en charge est de diagnostiquer les formes asymptomatiques (usage simple et à risque) qui peuvent potentiellement déboucher sur un trouble lié à l'alcool (usage nocif et dépendance) (5). La prise en charge de ces patients sera

détaillée un peu plus loin. Les questions doivent rester ouvertes. L'AUDIT-C (trois premières questions de l'AUDIT) est un outil pertinent pour évaluer les consommations d'alcool. Sa forme complète, le questionnaire AUDIT permet également de mettre en évidence les conséquences engendrées par la consommation d'alcool.

Une attention toute particulière doit être portée à la femme enceinte pour qui toute consommation d'alcool peut être considérée comme un mésusage. En France, la première cause de déficience mentale évitable est l'exposition à l'alcool in utero (5).

Une évaluation psychiatrique est vivement recommandée chez les patients présentant un usage nocif ou une dépendance, pour des raisons qui seront abordées ultérieurement. Elle devra être complétée d'une évaluation du contexte social s'intéressant particulièrement aux relations familiales et avec les proches aidants, à la situation professionnelle mais surtout à la recherche d'un isolement ou d'une précarité et d'éventuelles complications judiciaires (5).

Sur le plan biologique, l'absence de test spécifique et la survenue tardive des modifications ne paraissent pas satisfaisantes pour en faire des outils diagnostiques (5). Toutefois, la réalisation de certains prélèvements est recommandée en début de prise en charge ou d'hospitalisation et tous les ans lors du suivi (5). Il s'agit du bilan hépatique complet (ASAT, ALAT et Gamma-glutamyl-transférases), de la numération formule sanguine et du taux de prothrombine. Si des facteurs de risque sont associés ou si le bilan hépatique est perturbé, il faudra réaliser une sérologie VIH avec un dépistage des hépatites B et C.

Une fois le diagnostic posé, il convient de questionner l'ancienneté de l'usage et les tentatives d'arrêt ou de limitation de la consommation passées. Systématiquement, il convient d'évaluer la prise d'autres substances et de rechercher une addiction comportementale (5). Une attention particulière doit être portée aux comorbidités et complications somatiques et psychiatriques qui seront abordées dans les paragraphes suivants.

I.1.3. Épidémiologie

La majorité des sources traitant de l'alcool évoquent un problème majeur de santé publique.

Une des plus grandes études (36309 personnes) réalisée aux États-Unis montrait que les troubles liés à l'usage de l'alcool avait une prévalence vie entière de 29,1% (11). Le trouble de l'usage de l'alcool concernerait, dans ce pays, 32 648 000 personnes sur les douze derniers mois et 68 485 000 vie entière (11). Les hommes seraient plus touchés que les femmes à 36,0% versus 22,7%. La prévalence « ponctuelle », c'est-à-dire sur les douze derniers mois, des troubles liés à l'usage de l'alcool était de 13,9% avec une différence légère, encore à la faveur des hommes. Les auteurs se basant sur les données de la National Epidemiologic

Survey on Alcohol and Related Condition (NESARC) III avaient conclu qu'il existait une forte prévalence des troubles de l'usage de l'alcool selon les critères diagnostiques du DSM-5 (11). Cela peut être sous-tendu par l'élargissement du diagnostic, par la fusion du mésusage et de la dépendance dans cette nouvelle classification comme nous l'avons dit précédemment. A travers le monde, ce serait le trouble mental le plus représenté (11).

L'alcool a un impact réel sur la productivité mondiale mais également sur les finances, les relations interpersonnelles avec la famille, les amis ou les collègues de travail des personnes qui présentent un trouble de l'usage. Grant évoque un fardeau pour la société en citant les accidents, les violences et les crimes qui peuvent faire suite aux consommations (11). Les jeunes adultes sont ceux qui présentaient le plus de troubles de l'usage de l'alcool et il existait dans cette tranche de population une augmentation significative de la pratique du « binge drinking ».

Au niveau mondial, l'alcool serait classé au huitième rang des causes de mortalité (12). L'Europe est le continent où l'on consomme le plus d'alcool par habitant (12,5 litres par an). 15% des adultes auraient une consommation trop importante, ce qui correspondrait à 55 millions de personnes (12). L'alcool serait la plus coûteuse des pathologies psychiatriques. Cela représenterait environ 155 milliards d'euros de dépenses par an en 2010, rien que pour notre continent (12,13).

En France, on estime qu'environ 49000 décès étaient imputables à l'alcool en 2009 avec une nette prédominance masculine (36500 versus 12500), ce qui représentait 13% des décès chez les hommes et 5% chez les femmes (14). Mondialement, on évoque le chiffre de 2,3 millions de décès imputables à l'alcool en 2004 dont 120000 en Europe (12). Il existe une diminution de l'espérance de vie de 20 ans pour les hommes et de 22 ans pour les femmes dépendants à l'alcool (12).

Les modalités de consommation et la prévalence des problèmes engendrés par la consommation d'alcool ont tendance à s'harmoniser dans tous les pays occidentaux (15). On observe une diminution des consommations quotidiennes d'alcool (modèle latin) et une augmentation des consommations moins fréquentes mais en quantités plus importantes (modèle nordique ou anglo-saxon). Ainsi, en Europe, la consommation a diminué dans les pays du sud alors qu'elle a augmenté dans le nord, avec une certaine harmonisation que ce soit pour les quantités ou le type de boissons.

La consommation quotidienne d'alcool est en nette diminution depuis un demi-siècle notamment grâce à la diminution de la consommation des vins de table (16). Toutefois, la chute du volume moyen d'alcool consommé observée depuis une cinquantaine d'années a tendance à ralentir depuis quelques années (17). Dans les années 90, un quart des français

consommait de l'alcool quotidiennement alors qu'une personne sur dix le faisait en 2010 (16). Cette source affirme toutefois que le nombre de personnes en difficulté avec l'alcool reste stable et représente un français sur dix. Il ne faut pas négliger le fait que la quantité d'alcool vendue en France restait 2,7 fois supérieure à celle déclarée par la population du Baromètre Inpes de 2005 (18).

Dans notre pays, les consommations d'alcool étaient stables entre 2010 et 2014, la consommation quotidienne avait même diminué (18). Nous ingurgitons en moyenne 5,5 verres par semaine mais seulement 8% de français boivent la moitié de la quantité totale consommée (18). 86% des français de 15 à 75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par an, un sur deux une fois par semaine et un sur dix tous les jours (tableau 1) (18). Une autre source (16) avance une consommation moyenne de 11,8 litres d'alcool par an et par habitant en 2012, ce qui correspond à environ 3 verres par personne et par jour. A noter que cette valeur aurait diminué de moitié depuis les années soixante (16). Après des années de diminution, la consommation d'alcool en France semble désormais se stabiliser (16).

Les alcoolisations ponctuelles importantes (API), définies par la consommation de six verres ou plus au cours d'une même occasion, concernent quasiment 4 français sur dix dans l'année avec une augmentation entre 2010 et 2014 (18). Cette augmentation n'était pas constatée en 2017 avec même une légère diminution à 35,2% de français (17). Deux personnes sur dix ont connu a minima une ivresse dans l'année, ces dernières pouvant être répétées (au moins trois dans l'année) ou régulières (au moins 10/an). Ces deux types d'ivresses étaient en hausse en 2010 et 2014, essentiellement chez les femmes. Elles concernaient respectivement 9% et 4% de la population (18).

Les jeunes de 18-25 ans sont désignés comme particulièrement vulnérables à l'alcool. En 2014, 46% d'entre eux avaient été ivres dans l'année (contre 33% en 2005). Dans le même laps de temps, la proportion d'ivresses répétées est passée de 15% à 29% dans cette tranche d'âge (18). La fréquence des API, qu'elle soient uniques, répétées ou régulières, augmente de manière significative chez les jeunes étudiantes (18). A noter, qu'après dix ans d'augmentation chez les moins de 25 ans, les alcoolisations excessives et les ivresses régulières restaient stables en 2017 (17).

En termes de boisson, c'est le vin qui a la faveur des français (37%) suivi par la bière (20%) puis les alcools forts qui cumulés représentent 15% des boissons alcoolisées consommées (18). Cette hiérarchie est identique pour les deux sexes.

Tableau 1 : Indicateurs de consommations d'alcool parmi les 15-75 ans selon le sexe, en 2010 et 2014. Source : Baromètres santé 2010 et 2014, Inpes (18)

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Consommation d'alcool						
Alcool au cours de l'année	86,2	86,4	89,6	88,9	83,0	84,0
Nombre déclaré de verres bus par semaine	5,5	5,5	8,1	8,0	2,8	2,8
Alcool hebdomadaire	47,1	47,5	61,3	60,5	33,7	35,1
<i>Vin</i>	36,9	37,1	46,7	45,4	27,5	29,1*
<i>Bière</i>	18,6	20,3***	30,9	32,6*	6,8	8,6***
<i>Alcools forts</i>	15,7	15,2	24,7	23,9	7,2	6,8
<i>Autres alcools</i>	9,0	7,7***	10,2	9,0*	7,8	6,4***
Alcool quotidien	11,0	9,7***	16,7	14,6**	5,5	4,9
Alcoolisation Ponctuelle Importante (API)						
API dans l'année	36,0	38,3***	51,5	53,2	21,3	24,2***
API mensuelle	17,8	17,4	28,2	26,2*	8,0	8,9
API hebdomadaire	4,8	5,0	7,9	8,2	1,8	2,0
Ivresse						
Ivresse dans l'année	19,1	19,1	27,6	26,5	11,1	12,1
Ivresses répétées	8,1	9,3***	13,0	13,5	3,6	5,2***
Ivresses régulières	3,1	3,8***	5,3	6,2*	0,9	1,6***

***, **, * : évolutions significatives aux seuils de 0,1%, 1% et 5% entre 2010 et 2014

Les modes de consommation diffèrent fortement en fonction de l'âge (figure 4) comme le souligne le Baromètre Inpes (18). Ainsi, la consommation quotidienne est rare chez les jeunes (1%) alors qu'elle concerne un quart des plus de 65 ans. A contrario, l'avancée en âge diminue les API qui tombent à 24% après 55 ans (18). En 2017, 19,7% des 65-75 ans déclaraient une API dans l'année, alors que la consommation quotidienne concernant 26% d'entre eux (17). On observait, avec l'avancée en âge, une diminution du nombre moyen de verres bus par jour de consommation mais une augmentation du nombre jours où il y a eu une prise d'alcool (17).

A noter que l'âge limite d'inclusion dans ces sondages est de 75 ans, ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble de la population française. Les séniors semblent être les grands oubliés du Baromètre santé et c'est également le cas pour de nombreuses études concernant l'alcool.

Les hommes consomment en moyenne 13 verres et les femmes 8,6 lors d'une ivresse et l'âge ne semble pas faire varier les quantités (18). Une des nouveautés du Baromètre de 2014 était l'exploration de la recherche de « défonce ». Elle concernerait 13% de la population

interrogée mais avec des disparités selon l'âge. En effet, seulement 4% des plus de 55 ans seraient concernés alors qu'une personne sur cinq la recherche chez les 15-44 ans avec une nette prédominance entre 15 et 24 ans (18).

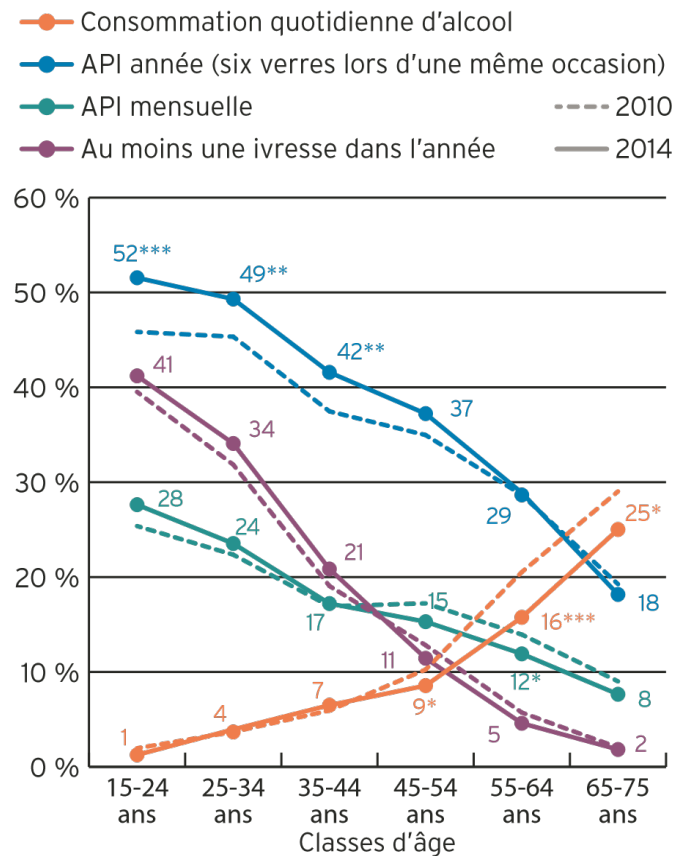


Figure 4 : Évolution de différents modes de consommation d'alcool parmi les 15-75 ans, selon l'âge, en 2010 et 2014 (18).

En se basant sur l'AUDIT-C, la consommation à risque ponctuel concernait 26,6% des interrogés et 8,8% avaient soit un risque chronique ou une dépendance (16). Ces comportements restaient plus fréquents chez les hommes jeunes. Le risque ponctuel est généralement maximal chez l'adulte jeune puis diminue avec l'avancée en âge (plus rapidement chez les femmes). En revanche, le risque chronique et le risque de dépendance persistent avec l'âge avec même un second pic vers 55 ans (figure 5). Cela concerne 15% des 75-85 ans. Ces deux risques concernent principalement les hommes (16).

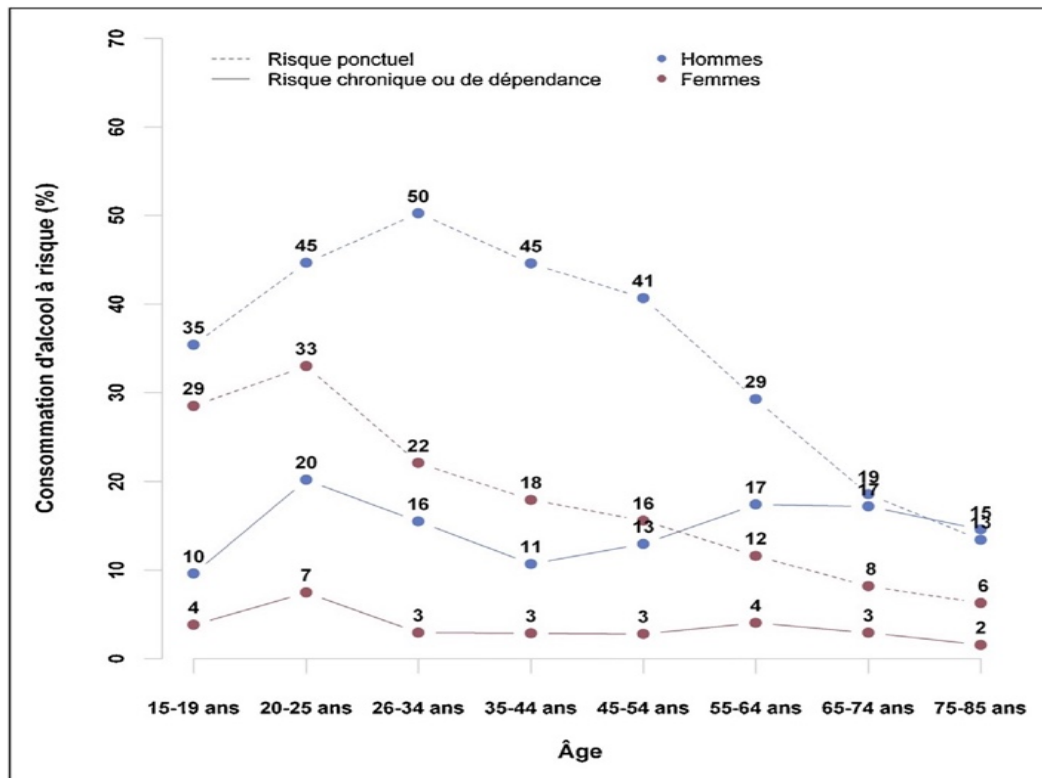


Figure 5 : Usages à risque d'alcool (AUDIT-C), selon l'âge et le sexe (16)

Chez les femmes, les cadres et artisans sont les plus concernés alors que chez les hommes ce sont les agriculteurs, les commerçants et les artisans (16). Le fait d'avoir fait des études supérieures serait protecteur pour les hommes et un facteur de risque pour les femmes (16). La solitude, l'absence d'emploi ou les difficultés financières apparaissent également comme pourvoyeuses d'une consommation d'alcool à risque (16).

L'accès aux soins reste très limité pour les personnes souffrant d'un trouble lié à l'alcool. Ainsi, il n'existerait pas de prise en charge spécifique pour 92% des patients souffrant de ce trouble en Europe et 78% dans le monde (19). Un chiffre qui est loin devant les autres pathologies psychiatriques comme l'illustre la figure 6. Les chiffres sont comparables à ceux des États-Unis où seulement 10-11% des patients présentant un TUA seraient pris en charge de manière adaptée (11,12). A noter que le délai moyen de prise en charge décrit est d'environ 10 ans (20). Plusieurs raisons ont été évoquées pour ce manque et retard de prise en charge. L'addiction à l'alcool garde une connotation négative et reste tabou. Ensuite, dans certains pays, la prise en charge pour un sevrage et les postcures ont un coût financier important. Enfin, la première raison évoquée reste que bon nombre de personnes addictes ne sont tout simplement pas prêtes à modifier ce comportement (12). On peut donc supposer que l'adoption généralisée d'une prise en charge reposant sur la réduction des risques pourrait augmenter le nombre de personnes prises en charge et réduire le délai d'accès aux soins.

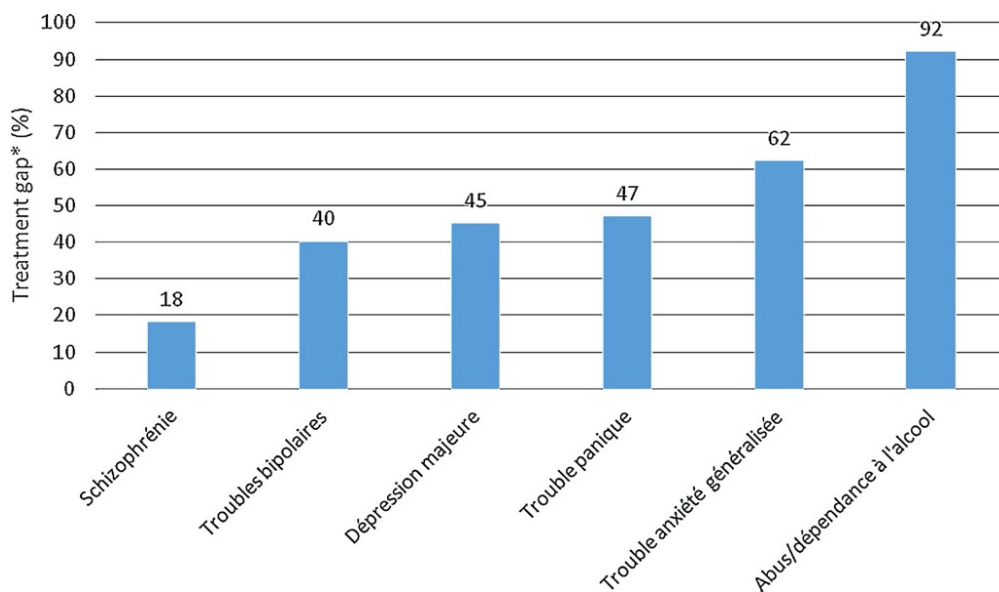


Figure 6 : Pourcentage des patients ne bénéficiant pas d'un accès aux soins adaptés en Europe (19)

Nous l'avons dit précédemment, l'alcool est classé comme la drogue la plus dangereuse. En France, si le tabac occupe la première place en terme de mortalité évitable, l'alcool se positionne juste derrière (14). Nous le verrons ultérieurement, l'alcool entraîne de nombreuses complications physiques et psychiatriques, auxquelles on peut ajouter les accidents de la voie publique. Les alcoolisations massives chez les jeunes ont des conséquences directes sur la neurogénèse et peuvent perturber la mémoire ou l'apprentissage (18). Il convient également d'y ajouter les dommages sociaux, professionnels et légaux. Mais alors pourquoi les sujets addictes poursuivent-ils leurs consommations malgré de telles conséquences ?

I.1.4. Bases neurobiologiques et facteurs de vulnérabilité

Avant d'aborder dans ce paragraphe les différentes hypothèses neurobiologiques sous-tendant l'addiction à l'alcool et les facteurs de vulnérabilité qui peuvent y contribuer, il convient de se poser la question : que se passe-t-il lorsque nous buvons de l'alcool ?

Suite à une ingestion, il existe une absorption passive, suivant le transfert d'eau, dans l'estomac et l'intestin grêle. La majeure partie de l'alcool subit alors une double oxydation lors de son passage dans le foie. La première produit de l'acétaldéhyde via l'alcool déshydrogénase (ADH). Ce produit, toxique, est rapidement transformé en acétate par l'acétaldéhyde déshydrogénase (21). Ces deux réactions produisent une quantité importante d'ions H⁺ et de radicaux libres, ce qui va perturber de nombreux métabolismes, modifier l'équilibre membranaire de plusieurs cellules et entraver d'autres réactions d'oxydation (21). En attendant que cette réaction se fasse, l'alcool diffuse rapidement dans l'organisme, traverse

rapidement la barrière hématoencéphalique et induit les effets qui sont bien connus lors de l'intoxication.

Une partie des effets de l'alcool serait expliquée par ses fixations sur les membranes cellulaires. En effet, en cas de prise aiguë, ces dernières deviendraient plus fluides du fait de l'insertion de l'alcool entre la double assise de phospholipides (21). Le phénomène de tolérance pourrait être expliqué par des phénomènes compensatoires des cellules afin de restaurer la rigidité initiale. Lors de l'arrêt brutal de l'alcool, les membranes seraient trop rigides du fait des mécanismes de compensation, ce qui créerait les symptômes de manque et de sevrage (21).

Les effets membranaires cités ci-dessus et les effets directs de l'alcool entraînent des perturbations des neurotransmetteurs. Le NMDA (N-méthyl-D-aspartate) et le glutamate, sont diminués par l'alcool et par conséquent le système glutamatergique, excitateur, l'est aussi. A contrario, le GABA, inhibiteur, a une action augmentée par l'alcool. La conséquence de ces deux modifications est une diminution de l'activité neuronale lors d'une alcoolisation aiguë (21). Lorsque la prise d'alcool devient chronique, le cerveau s'adapte en diminuant les réserves de GABA et en augmentant celles de glutamate, ce qui crée une « excitabilité potentielle » (21). Elle devient réelle lors du sevrage, l'alcool n'exerçant plus ses fonctions inhibitrices alors que le glutamate est en excédent. Les effets de la pénétration intracellulaire de l'alcool viennent également s'ajouter aux perturbations membranaires. Il existerait même une entrée intranucléaire, responsable de modification de la transduction et de l'expression génique (10).

Classiquement, on dit que l'addiction est le fruit de la rencontre entre un individu et une substance, avec un environnement propice à la consommation.

Les critères issus du DSM-5 cités ci-dessus (8) ont grandement aidé à établir des guidelines diagnostiques, mondialement reconnues. Toutefois, elles contribuent peu à la compréhension des mécanismes neurobiologiques conduisant et entretenant les addictions (10). Des approches théoriques et expérimentales, plus ou moins récentes ont permis de conceptualiser l'addiction à l'alcool comme une « maladie de détournement des capacités de prise de décision, où est préféré un faible éventail de comportements en dépit de son coût social et sanitaire » (10). Les régions cérébrales impliquées dans l'attribution de la valeur à une récompense, la motivation, les émotions/réactivité au stress, mémoire/conditionnement, les fonctions exécutives, l'autocontrôle et l'intéroception seraient victimes d'un dysfonctionnement en cas d'addiction (figure 7).

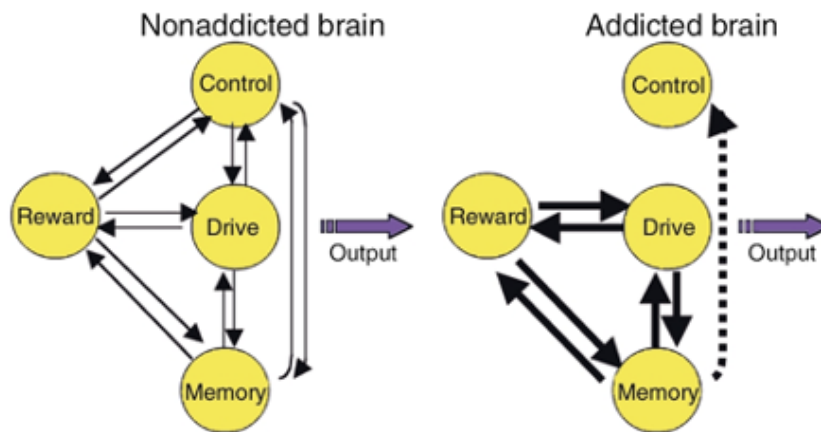


Figure 7 : Différence de fonctionnement cérébral entre un sujet dit « normal » et un sujet dépendant (22,23)

L'alcool a la particularité, par rapport aux autres drogues, de devoir être ingurgité en grande quantité (plusieurs grammes) afin d'obtenir les effets psychotropes souhaités (ou non) par les consommateurs (10). Il n'existe pas de récepteurs cérébraux spécifiques à l'alcool mais il existe une affinité importante pour les récepteurs NMDA du glutamate et GABA_A du GABA. Ce dernier, qui est le même récepteur que pour les benzodiazépines, aurait un fonctionnement augmenté dès le premier verre de boisson alcoolisée (24). Son activation serait à l'origine des effets (désinhibition, anxiolyse...) constatés pour de faibles consommations (figure 8).

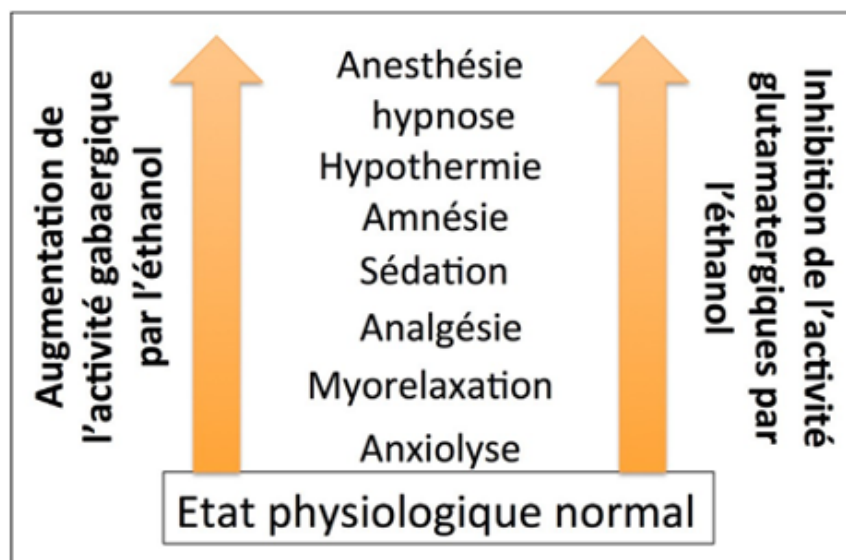


Figure 8 : Effets aigus de l'alcool liés à l'inhibition glutamatergique et l'activation gabaergique.

©Mickael Naassila (10)

Il existe une modification du circuit mésocorticolimbique dopaminergique impliqué initialement dans des récompenses dites « naturelles » (nourriture, sexe, affection, boisson) (7). Lors de l'activation du système de la récompense, les terminaisons neuronales en provenance de l'aire tegmentale ventrale libèrent de la dopamine dans le noyau accumbens (10). La libération de ce neurotransmetteur est associée à la saillance de l'expérience mais également à la « valeur incitatrice » via des mécanismes complexes (10). Il y aurait également mémorisation du contexte environnemental qui deviendra ultérieurement stimulus de consommation. Après une période de consommation répétée, un indice environnemental dit « contextuel » peut se voir attribuer la même valeur que l'alcool, ce qui favoriserait grandement les rechutes en augmentant le craving (10). L'allostasie hédonique citée plus loin serait quant à elle due à une diminution de la transmission et des récepteurs dopaminergiques (10).

Une réorganisation de ces circuits serait en lien avec les cycles intoxications/sevrages et favoriserait le phénomène de tolérance. Il existe une activation répétée et anormale du système de la récompense en cas de dépendance à l'alcool et à certaines drogues, contrebalancée par l'activation des systèmes de compensation opposants (25). Les modifications du fonctionnement du système de la récompense chez les personnes addictes est illustré sur la figure 9. L'alcool, les opiacés, les cannabinoïdes, la cocaïne, les amphétamines, la nicotine sont des substances qui augmentent la dopamine (25). Glutamate, GABA, 5-HT, cannabinoïdes, opioïdes sont des modulateurs du système de la récompense. Ce dernier jouerait un rôle dans la perte de contrôle avec une diminution des récepteurs D2 dans le striatum ce qui entraînerait une baisse de la saillance et du contrôle inhibiteur (25).

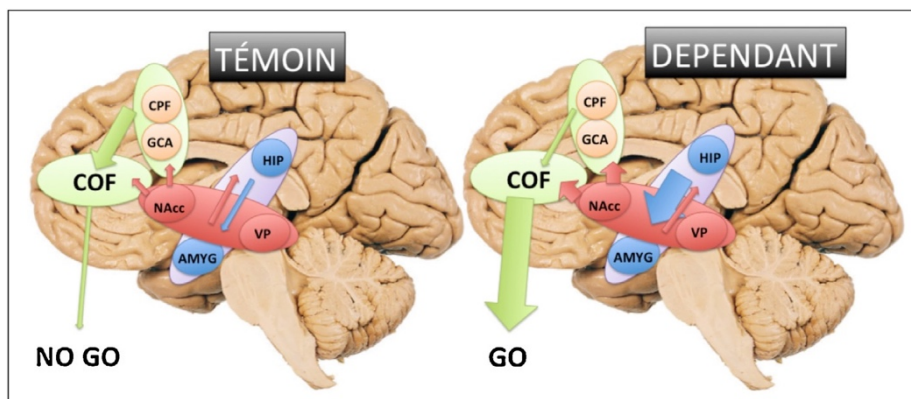


Figure 9 : Dérégulation du circuit cérébral de la récompense chez le sujet alcoolodépendant. ©Mickael Naassila (10)

« Chez le sujet dépendant (à droite), la valeur attribuée à la drogue et aux stimuli environnementaux associés sont augmentés alors que le contrôle inhibiteur est diminué aboutissant à la prise incontrôlée et compulsive. Circuits cérébraux qui sous-tendent la perte de contrôle de la consommation d'alcool : Le NAcc (noyau accumbens), le pallidum ventral (PV) et l'ATV (aire tegmentale ventrale) impliqués dans la prédiction de l'erreur et la sensation de plaisir, l'amygdale et l'hippocampe : apprentissage et

mémoire ainsi que conditionnement, le cortex orbitofrontal (COF) : motivation et évaluation de la plus-value associée à la drogue, les cortex préfrontaux et le gyrus cingulaire antérieur : contrôle cognitif, frein sur le phénomène de craving. Chez le sujet dépendant (à droite), la plus-value associée à l'alcool ainsi que ses stimuli associés est amplifiée (NAc, ATV, PV – amygdale, hippocampe) alors que la force du contrôle inhibiteur est affaiblie (cortex préfrontal, gyrus cingulaire antérieur), aboutissant à une motivation exacerbée hors de contrôle et ainsi une prise compulsive d'alcool en dépit de ses conséquences catastrophiques pour l'individu. La taille des flèches indique la force de la connexion entre les structures cérébrales ».

Le circuit de la récompense jouerait également un rôle dans la dépression (26), notamment par son action sur la volition. Les modifications observées du circuit de la récompense pourraient également favoriser le passage d'une dépendance à une autre, que ce soit une substance ou une addiction comportementale (22).

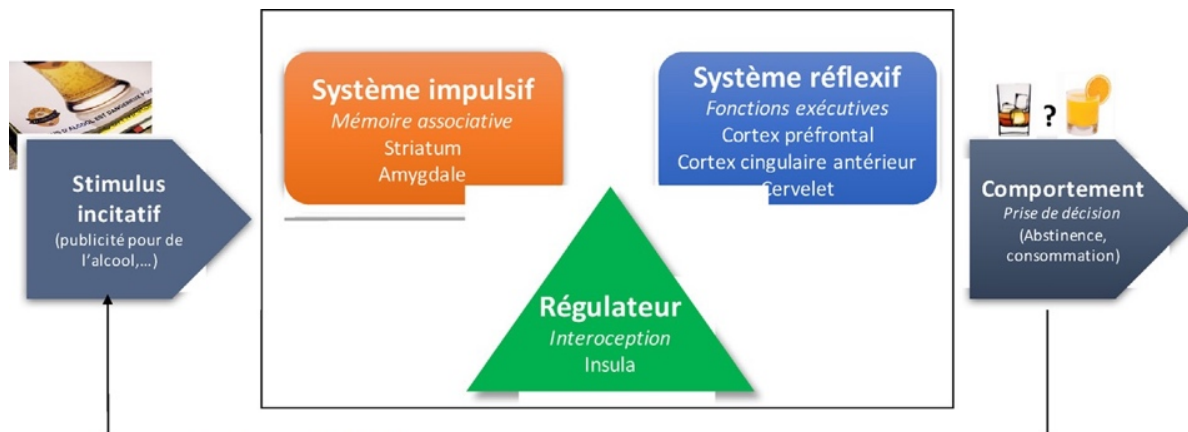
En plus du circuit de la récompense, de nombreuses autres voies neuronales seraient impliquées dans la genèse d'une addiction. On peut citer les zones mnésiques, exécutives, de l'humeur, de la récompense, de l'intéroception, du conditionnement et de la motivation (10). L'atteinte de l'ensemble de ces voies mais également de leurs communications permettrait la transformation d'un comportement initialement motivé par un but (recherche d'un effet) en une utilisation devenue réflexe et automatique (10).

Plusieurs théories sont avancées et ne s'excluent pas forcément mutuellement. Sur un plan comportemental, le « renforcement positif » (effets recherchés des consommations) serait opposé au « renforcement négatif » (signe de sevrage) (10). Le renforcement positif semble s'amenuiser avec l'augmentation des consommations. La « théorie des apprentissages aberrants et ou de l'automatisme » voit l'addiction comme un « réflexe » avec une consommation qui n'est plus motivée par un objectif mais par « un apprentissage associatif qui augmente la valeur incitative de la drogue et des stimuli environnementaux associés » (10). La « théorie de la sensibilisation motivationnelle » explique que c'est l'augmentation de la motivation à consommer qui fait l'addiction et pas le plaisir ressenti (10). La « théorie de processus opposants ou de l'allostasie hédonique » présuppose que la sollicitation répétée du système de la récompense entraîne une adaptation qui vient la contrer. Pour terminer, le « déficit de contrôle inhibiteur » postule une hypoactivité corticale frontale comme cause de la perte de maîtrise de consommations (10).

Pourquoi les rechutes, aussi frustrantes pour le patient que pour le thérapeute sont-elles si fréquente en addictologie ? Elles seraient provoquées par les événements de vie stressants, des indices que le consommateur a associé à sa consommation par le passé (environnement, entourage, indices sensoriels et émotions) (10). Résister à une envie de consommer implique qu'un réseau neuronal de contrôle appelé « top-down » fonctionne correctement pour s'opposer aux réponses conditionnées aux stimuli qui déclenchent l'envie

de boire (10). La rechute serait également expliquée par la souffrance qu'entraîne le sevrage : l'alcool serait alors consommé à visée symptomatique afin de la soulager ou de l'éviter. Il s'agirait en quelque sorte d'un renforcement négatif (10). En plus des événements cités précédemment, il y aurait lors du sevrage, une libération de CRF (Corticotropin-Releasing Hormone) dans le noyau central de l'amygdale, ce qui augmenterait le stress associé et favoriserait le craving (10).

Certains auteurs pensent que le rôle du système de la récompense est surestimé tant la genèse d'une addiction paraît complexe (27). Les avancées récentes ont abouti à la présentation d'un modèle neurocognitif des addictions. Cette théorie met en jeu 3 systèmes qui sont représentés sur la figure 10. Le premier est le système « réflexif », qui assure le contrôle et la supervision. Il est lent et conscient. Ce rôle serait assuré par le cortex cingulaire antérieur, une partie du cervelet et du cortex préfrontal. Il joue un rôle d'inhibition via la recherche de la résultante future de l'action avant qu'elle ne soit débutée. Il intervient donc dans la balance décisionnelle d'une action (28). Le second système est dit « impulsif », en lien avec la charge émotionnelle. Il est décrit comme rapide, automatique et inconscient (28). L'amygdale et le striatum seraient les structures qui joueraient ce rôle. Or, elles appartiennent au système de récompense, dopaminergique mentionné ci-dessus. Un dysfonctionnement de ce système entraînerait une impulsivité qui expose à plusieurs risques concernant l'alcool : première consommation, perte de maîtrise des quantités consommées et rechute (28). L'insula constituerait le troisième système, le régulateur des deux autres par le biais de l'intéroception. Cette structure serait également à l'origine du craving. Elle pourrait augmenter l'activation du deuxième système et diminuer celle du premier dans certaines conditions comme lors d'un manque. En cas d'addiction, un déséquilibre se créerait entre les trois systèmes. Le premier, dont l'atteinte pourrait être reliée à celle des fonctions exécutives (28), n'exerce plus sa fonction de rétrocontrôle. Le second alors, seul maître à bord, privilégie la gratification à court terme via des réponses rapides aux stimuli. Le troisième pourrait également être défaillant en inhibant le « réflexif » et/ou activant « l'impulsif » en fonction des messages intéroceptifs, surtout dans le cadre de privations (29).



B. Système réflexif

Figure 10 : Les trois systèmes du modèle neurocognitif des addictions (28)

De plus, les facteurs environnementaux jouent un rôle majeur dans le développement d'un trouble de l'usage de l'alcool (TUA). La promotion de l'alcool dans le pays de résidence et l'acceptation de l'ivresse aiguë par la société ont bien été identifiées comme facteurs de risque. La présence de troubles de l'usage de l'alcool ou d'antécédents de TUA chez les apparentés au premier degré joue un rôle, tout comme la précocité du début de consommation.

Les différentes structures et neurotransmetteurs mis en jeu dans l'addiction à l'alcool sont illustrés sur la figure 11.

Fonction	Structures cérébrales	Neurotransmetteurs
Récompense	ATV	Endorphine (μ)
Anhédonie	NAcc	
Désinhibition	DLPFC	Noradrénaline, 5-HT,
Impulsivité	ACC	GABA, Glu
Conditionnement	NAcc (striatum ventral)	Dynorphine (κ)
Craving	Amygdale Thalamus Cortex préfrontal (OFC, ACC)	Dopamine CRH Glu
Biais attentionnel/ saillance	OFC VMPFC	Dopamine
Formation des habitudes	Putamen, Noyau Caudé (Striatum dorsal)	Dopamine
Sevrage	Locus coeruleus	Noradrénaline, CRH, Glu

Expérimentation
↓
Abus
Usage nocif
↓
Addiction

Figure 11 : Les différentes structures et neurotransmetteurs impliqués dans le développement d'une addiction à l'alcool (10). ©Mickael Naassila

Si on s'intéresse à la métacognition, le danger ressenti par certaines personnes vis-à-vis de leurs pensées et/ou émotions entrainerait un désir de les contrôler (30). Cette quête de

maitrise serait prédictive de l'instauration d'un TUA ou d'une rechute après prise en charge si le patient en est déjà victime (30). La consommation d'alcool aurait alors pour objectif l'amendement de ces pensées négatives (30). Certaines consommations pourraient également avoir pour but de favoriser l'estime de soi ou d'augmenter la concentration (30). Des croyances métacognitives, cette fois négatives, seraient associées au manque de contrôle et aux répercussions des consommations une fois le trouble installé (30).

Pour évoquer le « binge drinking » sous un angle neurobiologique, il s'avère que c'est la rapidité de consommation qui serait néfaste (10). L'atteinte rapide d'une forte concentration en alcool aurait des effets toxiques sur les substances blanches et grises, plus marqués chez les filles du fait d'une maturation cérébrale plus précoce (de deux ans en moyenne) (10). L'élimination de telles quantités d'alcool semble être également délétère (10). Il se créerait aussi une plus grande vulnérabilité au développement d'un trouble de l'usage de l'alcool ultérieurement, suite à un « syndrome de déficit de récompense » (10). La plasticité cérébrale serait durablement altérée par seulement deux intoxications massives à l'adolescence (10).

Plusieurs gènes semblent impliqués dans l'addiction à l'alcool. La part génétique des troubles de l'usage de l'alcool serait estimée à 50-60% environ (31–34). Son lien concernerait essentiellement un début de consommation plus précoce, une gravité supérieure du TUA ainsi qu'une plus grande tolérance initiale (33). Chez certains profils de patients la participation génétique irait jusqu'à 88% (33).

On peut citer, par exemple, les gènes codant pour l'alcool-déshydrogénase (ADH) ou l'acétaldéhyde-déshydrogénase (ALDH). Certains variants de l'ALDH2 sont significativement corrélés à un risque diminué de développer un trouble de l'usage de l'alcool au cours de la vie (15). Ils sont fréquents dans le sud-est de l'Asie et entraînent une diminution du métabolisme de l'acétaldéhyde. Une consommation d'alcool entraînera alors des céphalées, un flush et un syndrome pseudo-grippal.

Il existerait un lien important entre le gène CRH-R1, codant pour le récepteur de la Corticotropin-Releasing Hormone (CRH) et la consommation d'alcool (35), ce qui pourrait également sous-tendre la liaison entre stress et TUA. Des gènes codant pour la neurotransmission de la dopamine et de la sérotonine, pour les récepteurs du GABA ou influençant certaines étapes du métabolisme de l'alcool comme nous l'avons vu ci-dessus seraient impliqués (31–34). Il existe deux types de gènes impliqués dans les addictions : ceux qui interviennent dans la volition et la récompense (ANKK1, DRD2) et ceux qui favorisent une vulnérabilité à la substance (33).

Les avancées récentes en génétique renforcent la croyance historique que le TUA est la rencontre d'un individu (et ses facteurs génétiques) et d'un environnement qui peut

influencer l'expression génique (31). Toutefois, ces découvertes laissent sous-entendre que le génome du sujet favorise davantage sa rencontre avec l'alcool (qui va favoriser le risque de dépendance) que la dépendance elle-même (34).

Le lien important entre alcool et comorbidités psychiatriques serait en partie expliqué par les gènes impliqués (31). Des gènes codant pour les récepteurs, les transporteurs ou des enzymes du système sérotoninergique seraient potentiellement incriminés (36).

I.1.5. Alcool et comorbidités psychiatriques

Le terme comorbidité se définit comme la présence en même temps de deux maladies ou troubles, répondant à leurs critères diagnostiques respectifs. Cette définition ne sous-entend pas de lien causal, mais seulement une association temporelle. Il existe de nombreuses recherches et publications concernant l'association entre pathologie addictive et troubles mentaux, tant cette association est fréquente (37). Les « fous dangereux » et les « alcooliques dangereux » étaient enfermés dans les mêmes asiles au début du siècle dernier.

Pour tout psychiatre, rechercher une consommation régulière ou chronique d'alcool est indispensable lors d'une consultation ou d'une admission à l'hôpital. Il conviendra également de reposer la question de manière subtile durant le suivi ou la prise en charge. En effet, le patient, par honte ou crainte de jugement, peut minimiser ses consommations ou les nier, dans un premier temps. Ce qui ne sera parfois plus le cas, une fois l'alliance thérapeutique créée. Une pathologie psychiatrique peut être associée aux consommations d'alcool et parfois la boisson est utilisée à visée symptomatique. Mais l'alcool peut également entraîner des complications psychiatriques, que ce soit lors d'une consommation aiguë comme nous l'avons vu précédemment ou lors d'un usage chronique.

La population psychiatrique est significativement plus affectée par les abus d'alcool et autres substances que la population générale (38,39). Ainsi, selon ces deux sources, l'association d'un TUA à un trouble psychiatrique diminue grandement l'espérance de vie des patients. Les conséquences cognitives des alcoolisations répétées seraient une possible explication de la diminution de l'insight chez les patients présentant un TUA, avec une plus faible adhésion aux soins et aux traitements (38,39). Le tableau 2 ci-dessous relate la fréquence des principales affections psychiatriques chez les patients présentant une dépendance à l'alcool.

Il a été démontré que pour les patients présentant le double diagnostic, une des deux dimensions est souvent oubliée lors de la prise en charge (40). Par exemple, lors d'une hospitalisation en psychiatrie, les addictions comorbides ne seraient pas suffisamment recherchées et traitées, et inversement (40).

Certaines thérapies ont montré leur intérêt pour la prise en charge des patients présentant un trouble psychiatrique et un TUA. On peut citer à titre d'exemple le *mindfulness*, les thérapies d'acceptation et d'engagement, la défusion cognitive ou le travail de régulation des émotions (40,41).

Les rythmes biologiques jouent un rôle central dans de nombreuses pathologies psychiatriques. On peut évoquer à titre d'exemple des troubles du sommeil type difficultés d'endormissement qui seraient présent chez 36 à 72% des patients dépendants et contribueraient à la poursuite de la conduite addictive (7). Par ailleurs, en consommant de l'alcool, le sommeil est fragilisé avec un sommeil paradoxal instable et un sommeil profond diminué (7). Ces perturbations entraînées par l'alcool peuvent malheureusement perdurer, même à distance du sevrage (7).

La consommation d'alcool entraîne des symptômes thymiques. Une consommation aiguë rend la personne « syntone » par rapport à son environnement, une prise solitaire entrainera donc plutôt une dysphorie alors qu'une euphorie sera constatée lors des prises en groupe (42). Lorsque la consommation devient chronique, il existerait un lien important entre symptômes dépressifs et/ou anxieux et le craving (42). Il a été postulé que la consommation chronique serait liée à une volonté de se débarrasser des affects négatifs qui peuvent, eux même, être induits par le sevrage et le craving (42). Ce lien serait très important et les symptômes dépressifs et/ou anxieux présents en début de sevrage seraient prédictifs de l'intensité du craving, ce qui serait particulièrement vrai chez les femmes (42).

L'humeur dépressive qui apparaît lors des consommations chroniques serait liée à des activations répétées de l'axe du stress associée à un déficit de récompense et une libération de dynorphine (corrélée aux affects négatifs) (42).

Un cercle vicieux débiterait : les affects négatifs installés conduiraient à l'envie de consommer. Boire de l'alcool va temporairement soulager les émotions négatives mais, dans un second temps, majorer les affects dépressifs qui eux même vont de nouveau générer une envie de consommer (42).

La conscience de soi, le déficit de régulation des émotions et de la cognition sociale sont également impliqués dans la genèse des affects dépressifs en cas de TUA (42).

Tableau 2 : Fréquence sur les 12 derniers mois des troubles psychiatriques chez les sujets présentant une dépendance à l'alcool (critères DSM-4) (40), traduction française des résultats de l'étude NESARC

Comorbidité (Critères DSM-IV)	Fréquence, %	Odds Ratio (IC 95 %)
Attaques de panique	6,5	3,6 (2,0–6,5)
Phobies sociales	6,3	2,5 (1,8–3,3)
Troubles anxieux généralisés	5,7	3,1 (2,3–4,1)
Troubles anxieux : total	23,5	2,6 (2,2–3,0)
Troubles dépressifs majeurs	20,5	3,7 (3,1–4,4)
Dysthymie	4,6	2,8 (2,0–3,8)
Épisode maniaque	7,6	5,7 (4,4–7,4)
Troubles psychotiques	8	3,1 (2,3–4,1)
Troubles de personnalité	40	1,8 (1,5–2,2)
Troubles de personnalité psychopathique	18	1,7 (1,3–2,3)
Abus/dépendance au cannabis	9,9 (abus : 7,3 %, dépendance : 2,6 %)	6,8 (5,36–8,75)
Abus/dépendance à la cocaïne	2,5 (abus : 1,1 %, dépendance : 1,4 %)	19,2 (10,71–34,56)
Abus/dépendance aux opiacés	2,4 (abus : 1 %, dépendance : 1,4 %)	7,7 (5,18–11,41)

I.1.5.1. Alcool et dépression

L'ensemble des conduites addictives sont significativement liées à la dépression (43,44).

Les épisodes dépressifs caractérisés sont fréquents chez les consommateurs d'alcool. Ils seraient retrouvés chez 25 à 50% des personnes qui présentent un trouble de l'usage (15). La consommation d'alcool aiguë ou chronique est dépressogène, tout comme le sevrage. De plus, les conséquences d'une utilisation répétée ou d'une dépendance (isolement, divorce ou séparation, perte d'emploi, précarité, accidentalité...) peuvent faire apparaître un épisode dépressif caractérisé chez une personne déjà fragilisée (43). Inversement, chez les personnes présentant un épisode dépressif sévère, on retrouve 24% d'abus de substance vie entière et 8,5% sur les 12 derniers mois (45).

Une distinction doit être faite entre les épisodes dépressifs induits par l'alcool, qui se résoudraient spontanément en deux à quatre semaines après sevrage, et les épisodes indépendants qui eux nécessitent un traitement médicamenteux et/ou psychothérapeutique (15). Dans tous les cas, une prise en charge conjointe est conseillée, addictologique et psychiatrique (46). Chez la majeure partie des patients, les problèmes d'alcool seraient présents avant la dépression (43), hypothèse confirmée par une étude américaine (47). Selon une autre étude menée au Canada, les « gros buveurs », définis par une consommation de 5 unités par jour au moins une fois par mois avaient un risque relatif d'épisode dépressif de 3,6

(48). 24,3% de ces « gros » consommateurs présentaient une dépression contre 7,3% dans la population générale (48). Il existerait même une proportionnalité entre la quantité d'alcool consommée quotidiennement et les symptômes dépressifs (49).

Il est conseillé de rester attentif à certains signes tels que l'irritabilité, l'insomnie, des modifications comportementales, un amaigrissement, une perte de l'élan vital ou un désintérêt qui doivent faire suspecter l'installation d'une dépression chez un sujet présentant un TUA (43).

A contrario, la présence d'une dépression avant les consommations ou sa persistance un mois après le sevrage doivent faire évoquer des alcoolisations secondaires à la dépression. Cette distinction, qui peut paraître banale, revêt une importance capitale car elle conditionne le pronostic de l'épisode dépressif (43).

Une des hypothèses expliquant ce lien fort entre dépression et alcoolisme se trouverait dans la génétique. En effet, il a été démontré que la version courte de l'allèle codant pour le transporteur de la sérotonine 5-HTT pourrait être impliquée. En effet, les personnes homozygotes pour cette version seraient plus représentées chez les alcooliques (OR = 1,18) et encore plus chez les patients souffrant d'alcoolisme sévère ou avec une comorbidité psychiatrique(34,36). Si on s'intéresse à un autre neurotransmetteur, la dopamine, il existerait une perturbation du système de la récompense, elle-même due à des expositions intermittentes aux glucocorticoïdes (27). Ce qui expliquerait qu'il existe une plus grande activation de ce système chez les patients dépressifs à l'imagerie fonctionnelle (50), les prédisposant à développer une addiction.

I.1.5.2. Alcool et trouble bipolaire

La bipolarité expose à un risque de dépendance ou d'abus accru aux substances. Vie entière, ces deux entités concerneraient 56,1% des patients bipolaires, contre 16,7% dans la population générale (51). Une autre étude a appuyé ces chiffres avec un lien important pour la dépendance, avec un odds ratio de 4,6 pour la bipolarité de type 1 et 3 pour celle de type 2 (20). Selon cette même source, la pathologie psychiatrique la plus exposée à la dépendance alcoolique serait la bipolarité.

Les phases d'euthymie seraient plus brèves, et les épisodes dépressifs, maniaques ou hypomaniaques plus sévères et plus prolongés en cas de consommation d'alcool associée (52). Selon cette source, l'alcool pourrait favoriser « l'embrasement » dans la maladie bipolaire.

L'alcool participerait au retard diagnostique entre l'émergence de la pathologie et la reconnaissance par un médecin qui est d'environ 10 ans (53).

Une prise en charge conjointe, addictologique et psychiatrique est recommandée. Le lithium serait moins efficace et les anticonvulsivants seraient plus efficaces. L'American Psychiatric Association (APA) recommande l'utilisation du valproate dans ce contexte, avec une bonne surveillance de la fonction hépatique (53).

I.1.5.3. Alcool et troubles anxieux

Comme nous l'avons vu dans le tableau 1, l'étude NESARC retrouvait un trouble anxieux chez près d'un quart des personnes qui étaient dépendantes à l'alcool, soit entre deux et trois fois plus qu'en population générale (20,54).

L'effet anxiolytique est avancé par de nombreux consommateurs pour rationaliser ou banaliser leur consommation (40). Si cet effet est retrouvé lors des premières alcoolisations, leur répétition va entraîner une aggravation des troubles anxieux primaires ou, de novo, induire des symptômes anxieux (40). Il existe également une angoisse, souvent associée à de l'irritabilité lors des phases de sevrage.

Si on s'intéresse aux états de stress post-traumatique (ESPT), il est admis que leur fréquence s'élève à plus de 10% chez les personnes dépendantes à l'alcool (55). Les intervalles de prévalence avancés par cette revue de la littérature sont assez vagues. En effet, la prévalence des états de stress post-traumatique seraient comprise entre 2,0 et 63% (OR de 1,1-4,87%) chez les personnes présentant un TUA (55). Inversement, la prévalence du TUA chez les personnes présentant un ESPT serait comprise entre 9,8 et 31,3% (Odds Ratios de 1,4 à 4,6) (55). Il s'agit souvent de traumatismes survenus durant l'enfance ou l'adolescence. Ils doivent donc être recherchés mais leur abord est délicat durant l'entretien. Une des possibilités est de les évoquer lors de la recherche des effets souhaités en consommant de l'alcool, une fois l'alliance thérapeutique créée (40).

I.1.5.4. Alcool et schizophrénie

Les patients schizophrènes sont de grands consommateurs de substances psychoactives, avec en tête de liste, le tabac et le cannabis. Ce dernier reste la première substance illicite consommée dans le monde et les schizophrènes ne font pas figure d'exception. En effet, selon une méta-analyse de 2005 (56), 23,1% des schizophrènes seraient consommateurs réguliers de cannabis ; 29,2% avaient consommé au cours de l'année passée et 42,2% au cours de leur vie. Le mésusage concernerait 22,5% d'entre eux au cours de leur existence, ce qui est deux fois supérieur aux chiffres en population générale (trois fois pour la consommation actuelle).

L'addiction à l'alcool serait moins fréquente que celle au cannabis. En effet, elle concernerait 9,4% des schizophrènes (57) versus 16%. La prévalence vie entière des troubles

induits par la substance serait également inférieure à 20,6% versus 27,1%. Si ces chiffres sont vrais pour les jeunes schizophrènes, ces derniers semblent délaisser progressivement le cannabis au profit de l'alcool avec l'avancée en âge. Si on additionne abus et dépendance, vie entière, l'alcool devient, après le tabac la substance la plus utilisée avec des chiffres allant de 12,3 à plus de 50% (58). Les effets psychotropes de l'alcool, et notamment l'anxiolyse, seraient en faveur de la théorie de l'automédication, pour expliquer la fréquence du recours à la boisson chez les schizophrènes (59). Cette hypothèse est également valable pour la population générale mais c'est la fréquence des symptômes positifs et négatifs, anxieux et dépressifs chez ces patients qui justifierait un recours plus régulier à l'alcool. Il convient également de ne pas oublier que l'alcool favorise les relations sociales chez ces sujets qui ont tendance au repli (37).

Sur un plan neurobiologique, la dépendance se manifesterait pour des consommations d'alcool plus modérées du fait d'une libération augmentée de dopamine en présynaptique (60). L'action de l'alcool sur les neurotransmetteurs tels que le GABA et le glutamate entraînerait une aggravation de la maladie, après une embellie transitoire (60). Les lésions cérébrales apparaîtraient pour des consommations plus faibles selon cette même source.

Le repérage précoce des schizophrènes présentant un abus ou une dépendance à l'alcool est un enjeu majeur de leur prise en charge. En phase aiguë, l'hostilité, la désorganisation, le délire et les hallucinations (symptômes positifs) sont aggravés par les consommations d'alcool (37). De même, ces symptômes apparaîtraient plus précocement chez les buveurs. La criminalité, l'hétéro-agressivité et l'impulsivité sont également majorées chez les schizophrènes consommateurs d'alcool (61), souvent sous-tendus par certains traits de personnalité.

Nous l'avons vu dans une précédente partie (I.1.5.1.), l'alcool a un effet dépressogène. Cela favoriserait la rechute chez le patient schizophrène. Le niveau de consommation serait corrélé aux scores d'anhédonie (59). De plus, la mémoire de travail, l'inhibition comportementale, les fonctions exécutives et la concentration seraient plus altérées chez les schizophrènes qui consomment de l'alcool (62).

En cas de schizophrénie, il a été prouvé que souffrir d'une addiction détériore la qualité de vie et rend la prise en charge plus complexe, avec un pronostic plus sévère ainsi qu'une moins bonne compliance aux soins et aux thérapeutiques médicamenteuses (37). Une prise en charge intégrée et précoce est donc vivement recommandée. L'hypothèse neurobiologique mentionnée ci-dessus laisse sous-entendre la surveillance régulière qui doit être portée sur la question alcool lors du suivi des patients schizophrènes. Les traitements antipsychotiques de seconde génération restent les traitements de référence et ont aussi pour effet de diminuer le

craving. Toutefois, leur tolérance peut être moins bonne que chez le schizophrène non alcoolodépendant (dyskinésies, troubles de l'équilibre) (37).

I.1.5.5. Alcool et suicide

Comme pour de nombreuses comorbidités psychiatriques, l'alcool et le suicide sont étroitement liés.

En effet, environ 15% des personnes présentant un trouble de l'usage de l'alcool ont au moins une tentative de suicide dans leurs antécédents, et la mortalité se situe aux alentours des 7%, soit sept fois plus élevée que dans la population générale (15). Il existe certains facteurs de risque comme une comorbidité dépressive ou l'impulsivité. L'alcoolisme contribuerait selon certaines sources à un quart des suicides (63). Cette source évoque, chez ces patients, un risque suicidaire de 11 à 15% contre 1% en population générale (63). Le suicide surviendrait tardivement dans le trouble de l'usage de l'alcool, seulement 11% se suicideraient dans les dix premières années d'évolution et une moyenne de 18,9 ans a été évoqué mais sur de faibles échantillons de buveurs (63). Cette durée serait en revanche divisée par deux si l'alcool est associé à d'autres substances (63).

L'effet désinhibition, que ce soit lors de l'usage simple ou du trouble de l'usage, est un facteur de risque bien connu de passage à l'acte. Le risque suicidaire induit par la consommation d'alcool justifie en lui-même la recherche systématique d'un abus ou d'une dépendance, quel que soit le motif initial ayant motivé l'entretien.

Chez les patient présentant un épisode dépressif, l'alcool est relié à une moins bonne guérison, à une augmentation du nombre d'hospitalisations, une diminution de l'observance et de l'efficacité médicamenteuse mais également à une augmentation des idées suicidaires, du nombre de suicidants et de suicidés (44).

Une partie du lien entre TUA et suicide pourrait se tenir dans la génétique. En effet, nous avons dit dans un précédent paragraphe qu'il existe un lien entre certaines versions du gène codant pour le transporteur de la Sérotonine (notamment la version courte S) et le risque de développer un TUA. Les personnes porteuses de cet allèle auraient également un risque suicidaire augmenté (34).

I.1.5.6. Alcool et personnalité

Un lien fort existe entre personnalité et trouble de l'usage de l'alcool. En 1952, la première édition du DSM classait l'alcoolisme comme un trouble de la personnalité (1,64).

L'alcoolisme serait induit par une tendance à l'oralité ainsi qu'à l'autodestruction selon les psychanalystes alors que les approches plus modernes s'intéressent à l'évitement de la

douleur, la dépendance à la récompense, la recherche de sensations et de nouveauté et l'impulsivité (64).

En général, une part environnementale importante existe lorsqu'on tente de relier personnalité et trouble de l'usage de l'alcool. Schématiquement, des événements de vie infantiles (carences affectives et/ou éducatives, maltraitances, traumatismes...) vont entraîner l'émergence de certains traits ou troubles de la personnalité, ce qui va conduire à des consommations d'alcool ou autres toxiques.

Une étude américaine (65) retrouvait chez les personnes qui remplissaient les critères d'abus d'alcool sur les 12 derniers mois 19,8% de troubles de la personnalité. Ce chiffre de prévalence grimpe à 39,5% pour la dépendance. En terme d'odds ratio, cela correspond au chiffre de 1,4 pour l'abus et 4 pour la dépendance (65). Les prévalences étaient encore plus élevées pour les abuseurs ou dépendants aux drogues (65). Les troubles de la personnalité les plus représentés chez les alcoolodépendants étaient par ordre de fréquence : antisociale, obsessionnelle-compulsive, paranoïaque et histrionique (65). Il existait un trouble de l'usage de l'alcool chez 16,4% des personnes présentant au moins un trouble de la personnalité (65).

Historiquement, un premier lien a été fait avec la personnalité antisociale ou psychopathie (15). Un odds ratio de 1,6 à 2,4 la lierait au trouble de l'usage de l'alcool et plus l'alcoolisme serait sévère, plus l'association serait importante (66). Les conséquences médico-légales (délits répétés), les mises en danger d'autrui et/ou de soi-même, sont fréquentes chez les personnes présentant ce profil de personnalité et peuvent en partie être expliquées par une consommation fréquente d'alcool ou autres toxiques (15). Ces patients boivent des quantités d'alcool plus importantes et sont plus à risque de développer des conséquences négatives si le trouble de personnalité est antérieur aux consommations d'alcool (15). L'alcoolisme débute également plus tôt et serait plus sévère (64). Il existe aussi une forte association avec le trouble de la personnalité de type borderline (64,65).

Sur le plan dimensionnel, la recherche de sensation conditionnerait les premières alcoolisations de l'adolescent ou du jeune adulte (64). Par la suite, ce seraient les difficultés environnementales et sociales, le stress et l'anxiété provoqués par le sevrage qui entretiendraient la dépendance. Un faible niveau de dépendance à la récompense et d'évitement du danger, associé à un niveau élevé de recherche de nouveauté serait fréquemment retrouvé chez les personnes présentant un TUA (67).

Enfin, des perturbations des systèmes sérotoninergique et dopaminergique pourraient expliquer le lien étroit entre troubles de personnalité et TUA que nous venons de décrire (64).

I.1.6. Alcool et comorbidités somatiques

Il existe un lien de causalité entre l'alcool et plus de soixante maladies organiques. La quantité consommée impacte directement la gravité de ces atteintes (38).

Nous l'avons déjà dit, l'alcool est responsable de 49 000 décès par an en France (14) et 80% concernent les hommes (68). L'alcool serait la première cause d'entrée à l'hôpital avec environ 400 000 admissions chaque année dans notre pays (68).

Si la liste des complications et/ou comorbidités somatiques fera l'objet d'un autre travail de thèse, quelques-unes seront détaillées dans ce paragraphe.

Il existerait une relation directe entre les seuils de consommation et le risque de développer des complications somatiques. Ce lien serait vrai en terme de fréquence mais également de quantité (7). En effet, selon ces auteurs, même les épisodes de « binge » auraient un impact en terme de mortalité et de morbidité (7). L'égalité des sexes n'est pas respectée en terme de complications somatiques puisqu'elles surviennent pour des seuils inférieurs chez la femme (12).

La MAF (maladie alcoolique du foie) est une complication fréquente des consommations chroniques et massives d'alcool (5). Elle débute généralement par une stéatose puis une stéatohépatite, le plus souvent asymptomatiques. Ces lésions peuvent aboutir à la constitution d'une cirrhose qui peut être compensée ou décompensée, c'est-à-dire compliquée d'ascite, d'une infection, d'un ictère, d'une encéphalopathie hépatique ou d'hémorragies (5). Le carcinome hépatocellulaire constitue la complication néoplasique de la cirrhose. L'absence d'autre étiologie et une consommation d'alcool avérée associée permettent de poser le diagnostic de MAF en présence d'un bilan hépatique perturbé (augmentation des gamma-glutamyl-transférases et cytolysse 2 à 5 fois la normale).

La cirrhose alcoolique serait responsable de quasiment 2% des décès européens (170000/an) (69).

Pour rester sur le versant métabolique, un TUA peut entraîner un diabète (68).

Les pancréatites, les gastrites, le reflux gastro-œsophagien, les ulcères et cancers de l'estomac sont les principales complications digestives de l'alcoolisme (68). L'alcool serait responsable de 85% des pancréatites chroniques et de 50% des formes aiguës (68).

Les carences nutritionnelles sont fréquentes chez les consommateurs chroniques d'alcool. Elles peuvent avoir un impact neurologique ou cognitif important comme nous le verrons dans le prochain paragraphe.

Étant un cancérigène avéré (68), l'alcool est l'étiologie de nombreuses pathologies néoplasiques (lèvre, cavité buccale, colon, rectum, sein, œsophage, larynx et pharynx) (16).

C'est d'ailleurs la seconde étiologie de mortalité par cancer après le tabac (16,68). Un décès sur dix de néoplasie serait imputable à l'alcool (68).

Sur le plan vasculaire, une consommation chronique excessive d'alcool est pourvoyeuse de coronaropathies, d'hypertension artérielle (HTA), d'hémorragies ou d'ischémies dans divers organes (68). L'âge, le surpoids et/ou l'obésité et l'alcool sont les trois premières causes d'HTA par ordre de fréquence (68). L'alcool peut également causer des troubles du rythme cardiaque (68).

Concernant les pathologies ischémiques (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral), l'effet protecteur supposé de faibles consommations serait vite dissipé au fur et à mesure que la quantité consommée quotidiennement augmente, pour devenir ensuite un facteur de risque (7).

Pendant la grossesse, l'exposition à l'alcool est très préjudiciable pour le fœtus qui possède des capacités métaboliques bien inférieures à celle de sa mère. Les anomalies peuvent être mineures et aller jusqu'au syndrome d'alcoolisation fœtale avec des malformations physiques, des troubles cognitifs et des conduites ainsi qu'un retard de croissance. Il s'agit de la première cause non génétique de retard mental dans notre pays (16,68).

Les consommations aiguës exposent essentiellement au risque de dommages corporels en lien avec les accidents de la voie publique ou les violences, au coma ou au suicide comme nous l'avons déjà dit précédemment (68).

L'alcool et ses métabolites entraînent également des dommages sur les plans cognitif et neurologique.

I.1.7. Impact neurologique et cognitif

Premièrement, sur le versant cognitif, l'alcool peut avoir d'importantes répercussions. Tout d'abord, avec son métabolite, l'acétaldéhyde, ils entraînent des lésions cérébrales directes en traversant la barrière hémato-encéphalique en cas de consommations importantes et/ou régulières (70). La plasticité cérébrale est atteinte car son caractère lipophile provoque une action sur les phospholipides membranaires (70). Mais outre sa toxicité directe, d'autres atteintes ont été listées et peuvent venir se surajouter. C'est le cas de la dénutrition par déficit d'apport, des carences en vitamines (B1 et PP), des traumatismes et lésions neuro-vasculaires (70). La figure 12 résume les différents types de lésions cérébrales qui peuvent être induites par l'alcool.

La substance blanche mais également la grise seraient atteintes. Les lésions de cette dernière se situeraient au niveau de l'hippocampe, du thalamus, du cortex frontal, du cervelet

ou du cortex cingulaire tandis que les lésions de la substance blanche se situent dans le pont, le corps calleux ou le tronc cérébral (70,71).

Certains facteurs peuvent conditionner les zones cérébrales touchées. Ainsi, les ganglions de la base pourraient être affectés par les atteintes hépatiques, le circuit de Papez par une carence en B1, l'usage précoce serait prédictif d'une atteinte hippocampique et la quantité consommée corrélée à l'atrophie cérébrale (70,72). Des facteurs de vulnérabilité individuelle viennent s'ajouter comme par exemple l'âge (50-60 ans), la génétique ou un faible niveau socioculturel (70).

Les répercussions peuvent être diverses. L'atteinte fronto-cérébelleuse peut donner des troubles moteurs, touchant surtout la coordination et la motricité fine. Les troubles de l'équilibre et de la posture sont quant à eux causés par l'ataxie cérébelleuse (70). Le syndrome dysexécutif se caractérise par une altération de la planification, de la mémoire de travail, de l'inhibition, de la flexibilité ou de la conceptualisation. L'atteinte de la mémoire épisodique se traduit par une perturbation de l'encodage, de la récupération ainsi que de la situation d'acquisition du souvenir. Enfin, la métacognition et le traitement des émotions (théorie de l'esprit, alexithymie) peuvent également être touchés (70). En addictologie, le profil le plus fréquemment rencontré est caractérisé par un syndrome dysexécutif au premier plan (71).

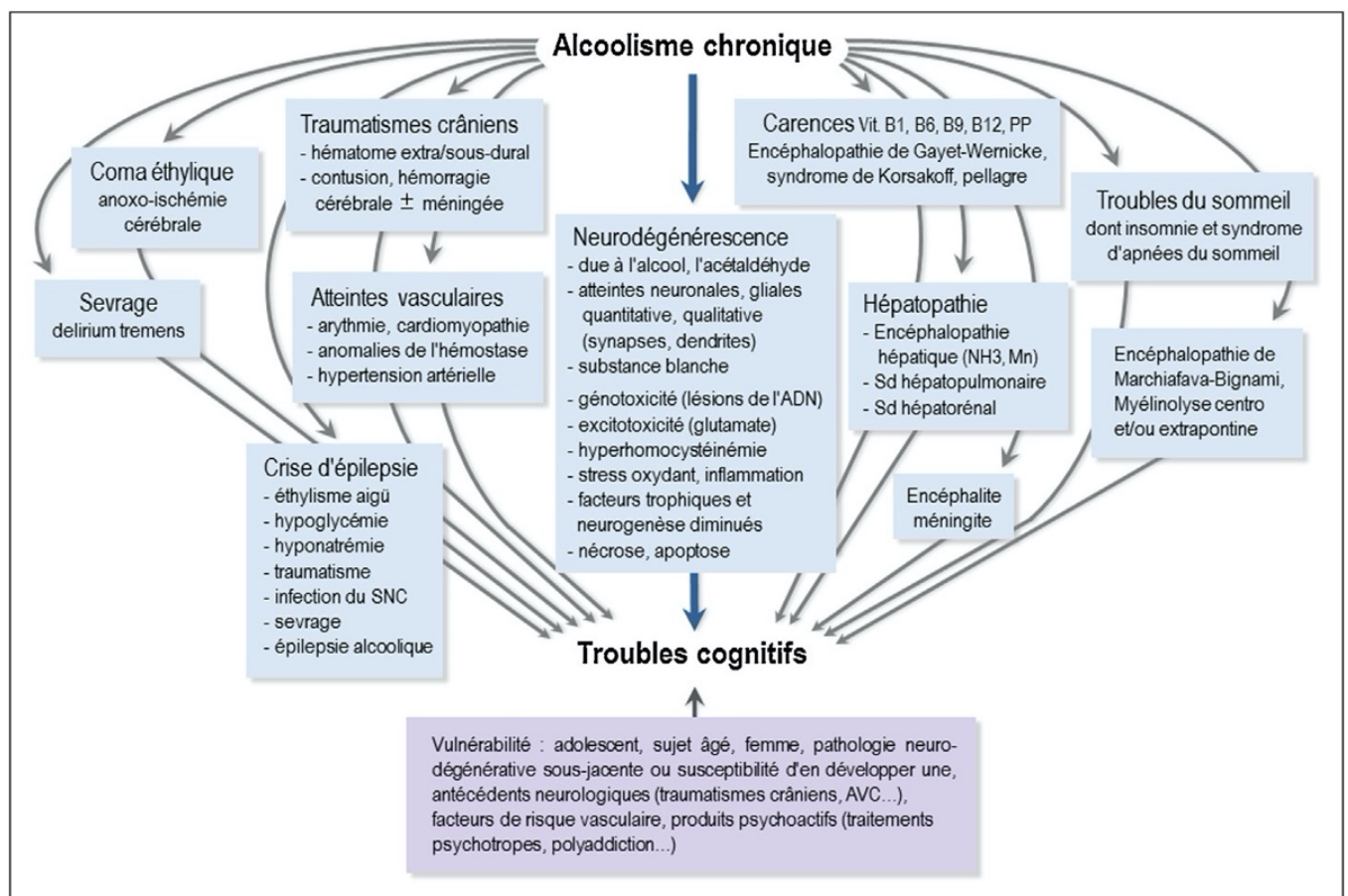


Figure 12 : Les différentes lésions cérébrales causées par la dépendance à l'alcool (73)

Sur un plan évolutif, il faut garder à l'esprit que les troubles cognitifs aggravent le pronostic. La motivation au changement est altérée tout comme la capacité de maintenir le contrat thérapeutique sur le long terme. Les atteintes cognitives seraient un des facteurs prédictifs de la rechute (70,71). Certains patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool ne « seraient pas cognitivement et cérébralement capables de faire preuve de motivation à changer » (71).

Les outils de référence pour le dépistage des troubles cognitifs chez les patients présentant un TUA sont le MoCA (Montreal Cognitive Assessment) et le BEARNI (Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Assessment) (28,70,71). La batterie rapide d'efficacité frontale peut être utilisée pour repérer une atteinte des fonctions exécutives (atteinte du système « réflexif ») mais ce test est peu sensible pour repérer les dysfonctionnements légers ou modérés (28).

Sur un plan neurologique, on distingue les manifestations aiguës et subaiguës des manifestations chroniques. Les premières comprennent les encéphalopathies de Wernicke et hépatiques, le pseudopellagre, la maladie de Marchiafava-Bignani, la myélinolyse centrale du pont et l'atrophie cérébelleuse (74).

L'encéphalopathie de Wernicke a une étiologie carencielle, avec des atteintes de l'hypothalamus et du tronc cérébral. Une perturbation de la marche, des troubles oculomoteurs et une confusion forment la triade caractéristique de cette encéphalopathie. Peuvent s'y ajouter une désorientation temporelle puis spatiale, des modifications émotionnelles, des symptômes digestifs avec dans les formes sévères des fabulations et de possibles hallucinations (74). La biologie retrouve une vitamine B1 effondrée. Son traitement repose sur la thiamine parentérale. L'évolution est favorable si la prise en charge est précoce.

Le pseudopellagre est quant à lui causé par un défaut de synthèse de la vitamine PP (acide nicotinique) suite à des carences en protides (74). Des lésions se créent au niveau des nerfs crâniens, des noyaux réticulés mais aussi du tronc cérébral. Elles peuvent également concerner le cortex et le mésencéphale. Les mêmes troubles digestifs sont observés que pour l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke mais une diarrhée chronique doit alerter. Les autres signes cliniques permettant de suspecter ce diagnostic sont la photosensibilité, une glossite ou une confusion qui progresse, avec des accès de rigidité extrapyramidale (74). Une polyvitaminothérapie (groupe B) associée à 200mg/24h de vitamine PP doit être débutée dès l'évocation du diagnostic.

La maladie de Marchiafava-Bignani concerne plutôt les hommes de 40 à 70 ans ayant des consommations chroniques. Il existe une démyélinisation pouvant aller jusqu'à la nécrose

de la partie médiane du corps calleux, qui peut également toucher le splénium ou le genou (74). Sur le plan clinique, l'apparition brutale d'une confusion avec manifestations épileptiques doit faire évoquer ce diagnostic, surtout si des symptômes frontaux ou des troubles de la marche et/ou de l'équilibre sont associés. Un trismus ou une rigidité peuvent également compléter ce tableau (74).

L'encéphalopathie hépatique se caractérise par le passage de toxiques du système digestif au cerveau, en présence d'un shunt porto-systémique compliquant une cirrhose. Un apport élevé en protéines, un saignement, un médicament hépatotoxique ou une infection sont généralement les causes retrouvées. Le chlorure d'ammonium est généralement incriminé mais d'autres substances peuvent également être neurotoxiques (mercaptans, manganèse, faux neurotransmetteurs...). La présence d'un flapping tremor, d'un astérisis ou d'une modification de l'haleine (odeur sucrée ou moisie) doivent alerter. On peut retrouver également un syndrome extrapyramidal, un signe de Babinski ou des manifestations épileptiques. La confusion est généralement précédée de modifications de la vigilance ou de la cognition (74). Le bilan biologique retrouve une hyperammoniémie dans 9 cas sur 10 (74). L'électro-encéphalogramme et l'imagerie par résonance magnétique permettent d'étayer le diagnostic et d'éliminer d'autres atteintes neurologiques et causes d'encéphalopathies. Le traitement repose sur la diminution du pH et l'élimination de l'ammonium (lactulose), la détoxification (ornithine et aspartate) et le traitement de la cause (infection, régime,...)(74).

L'atrophie cérébelleuse se traduit par des troubles de la marche et de la statique, survenant généralement chez un homme de 50 ans, après une période d'alcoolisations importantes ou de nutrition insuffisante. Son association fréquente avec l'encéphalopathie de Wernicke, tout comme la régression des lésions régulièrement observée avec la mise en place de la vitaminothérapie, peuvent faire suspecter une origine carencielle qui reste toutefois discutée (74).

Enfin, la myélinolyse centrale du pont est rare et correspond à une démyélinisation du pied de la protubérance en son centre, qui peut cependant s'étendre. Elle touche généralement les hommes âgés de 30 à 50 ans souvent dénutris ou atteints d'une cirrhose (74). La correction trop rapide d'une hyponatrémie, généralement à la suite du sevrage en est généralement la cause. On peut alors observer une paralysie rapidement progressive des quatre membres avec dysphagie et dysarthrie, pouvant aller jusqu'au locked-in syndrome. Un œdème cérébral peut être également retrouvé, se matérialisant par des manifestations épileptiques ou des troubles de la conscience. Sa prise en charge repose surtout sur la prévention, notamment la surveillance régulière de l'équilibre hydroélectrolytique pendant la réhydratation.

Il existe une atteinte chronique dont l'étiologie initiale est la même que celle de l'encéphalopathie de Wernicke (carence en thiamine) : le syndrome de Korsakoff. Il peut d'ailleurs survenir indépendamment ou au décours de celle-ci. Ce syndrome se caractérise par une atteinte de la mémoire antérograde, avec oublis à mesure, des répétitions, des fausses reconnaissances et des fabulations. Une amnésie rétrograde peut également être associée (74). Celle-ci préserve toutefois les souvenirs les plus anciens. Une apathie plus ou moins importante peut être associée. Toutefois, il n'y pas de détérioration intellectuelle évidente et la répétition immédiate (empan) est conservée (74). Les mémoires épisodiques et de travail sont atteintes alors que la mémoire sémantique et procédurale sont préservées. L'administration de thiamine ne corrige peu ou pas les troubles, qui ont un retentissement majeur et conduisent régulièrement à l'entrée en institution des patients.

Il existe en réalité un continuum entre l'absence de trouble cognitif et le syndrome de Korsakoff (21). La première manifestation est généralement une atteinte des fonctions exécutives. Il a été observé une régression des lésions avec augmentation du volume cérébral à un mois après le sevrage (21).

Outre le coma lors d'une intoxication massive, les complications aiguës surviennent essentiellement lors du sevrage. Il peut s'agir de crises convulsives survenant entre 6 heures et 2 jours après les dernières consommations (21). On peut alors généralement constater un grand mal avec des crises généralisées tonico-cloniques (21). La seconde est un delirium tremens qui survient dans un contexte de sevrage, non ou insuffisamment traité, ou parfois forcé. On retrouve volontiers des sueurs, une fièvre, une tachycardie, une hypo ou hypertension avec des tremblements généralisés. Mais le symptôme le plus caractéristique est un état confuso-onirique avec hallucinations visuelles (zoopsies) ou auditives avec une désorientation entraînant une agitation et une angoisse majeures (21). La prise en charge des crises convulsives implique un traitement curatif avec de fortes doses, per os ou intraveineuse en cas de répétition (21). Le delirium tremens justifie la prescription d'une benzodiazépine de demi-vie longue (Valium®) IV à fortes doses. Les antipsychotiques ne sont à prescrire qu'en seconde intention si les hallucinations ou symptômes délirants persistent (21). Les vitamines doivent être administrées et une bonne hydratation assurée.

Concernant le binge drinking, l'atteinte rapide d'une forte concentration en alcool serait néfaste, avec des effets toxiques plus marqués chez les filles du fait d'une maturation cérébrale plus précoce (de deux ans en moyenne) (10). Le cortex préfrontal, l'hippocampe et la substance blanche y seraient particulièrement sensibles (21). Il y aurait des atteintes cognitives portant essentiellement sur les capacités de mémorisation et d'apprentissage et elles apparaîtraient à partir de deux épisodes de binge (10).

L'alcool est une des principales causes de neuropathies périphériques (21), avec le diabète. L'atteinte est volontiers symétrique et touche les membres inférieurs dans leurs parties distales (21). Une fois évoluée, elle atteint la motricité, la sensibilité et peut entraîner des troubles trophiques ou une abolition des réflexes ostéotendineux (21). L'administration de vitamine B1 associée à une abstinence sont la seule prise en charge proposée actuellement.

Des myopathies peuvent également être induites par des consommations d'alcool. La forme aiguë est volontiers nécrosante et survient dans un contexte de rhabdomyolyse toxique suite à une ingestion importante d'alcool (21). La forme chronique est plus progressive et peut être asymptomatique. Elle peut s'exprimer par une faiblesse musculaire proximale. Elle concernerait deux patients alcooliques sur trois (21).

La co-addiction alcool-tabac favoriserait l'apparition de NORB (Névrite Optique Rétrobulbaire). Un sevrage puis une abstinence sont nécessaires faute de quoi, l'atteinte évolue vers la cécité (21).

I.1.8. Prise en charge

L'objectif premier de la prise en charge des patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool est d'obtenir une modification durable de leur consommation et de les soutenir dans cette démarche. La principale préoccupation doit avant tout être leur qualité de vie (5).

L'abstinence a été l'objectif de la prise en charge des patients durant des décennies. Cette vision binaire (alcooliques/abstinents) a nettement évolué ces dernières années avec la politique de réduction « des risques et des dommages » laissant la place à des réductions de consommations ou consommations maîtrisées comme nouvel objectif de prise en charge. Ainsi, il est admis que pour une personne présentant un usage à risque ou nocif, une diminution des prises quotidiennes ou festives pour revenir dans les valeurs recommandées est un objectif satisfaisant (5).

Pour les personnes dépendantes, l'acceptation des préférences et choix des sujets favorise l'alliance thérapeutique et donne de meilleurs résultats (5). Ce qui semble primordial, une fois outrepassé le débat abstinence versus consommation contrôlée, c'est l'engagement du patient dans une prise en charge, sa motivation au changement. Toutefois, en cas de mésusage avec complications ou comorbidités psychiatriques ou physiques ou de dépendance, l'abstinence devrait être l'objectif et doit être conseillée par le thérapeute (5).

La motivation au changement joue un rôle central dans l'arrêt ou la diminution des consommations de l'alcool. Elle est volatile et c'est au thérapeute de s'adapter. Il s'agit d'accompagner le patient dans la modification des scénarii comportementaux devenus automatiques (2). Elle peut être perturbée en cas d'atteintes cognitives comme nous l'avons

vu précédemment. Toutefois, il a été prouvé que l'abstinence ou la réduction des consommations à un verre par jour a un effet bénéfique sur les troubles cognitifs et les anomalies observées à l'imagerie (71). Selon cette source, la remédiation cognitive est une piste intéressante pour la prise en charge des patients présentant un TUA avec des troubles cognitifs. Cette pratique devrait se développer dans les années à venir et la littérature va probablement s'enrichir. Le fait que les troubles cognitifs régressent lors du maintien de l'abstinence ou de la réduction des consommations justifie un allongement de la prise en charge pour ces patients (28,71). Des recherches portent actuellement sur des « programmes thérapeutiques intégrés » qui ciblent les dimensions du modèle neurocognitif en fonction de leurs implications (28).

Bien évidemment, l'accompagnement doit être gradué en fonction de la sévérité mais également personnalisé, adapté aux choix du patient qui doivent être éclairés par le thérapeute (7). L'enjeu premier reste de repérer le plus précocement possible les personnes en difficulté avec l'alcool.

Les interventions brèves seront volontiers utilisées en cas d'usage à risque ou de TUA léger. Elles peuvent également être utilisées quand l'alcool n'est pas la priorité des patients (5). L'entretien dure entre cinq et vingt minutes, peut être unique ou répété (ce qui améliore la prise en charge car l'effet de cet entretien s'estompe avec le temps). Des « interventions de rappel » peuvent être bénéfiques pour prolonger l'efficacité du premier contact sur la durée (5). Il doit informer le patient sur ses consommations, les risques encourus, les recommandations et encourager un changement (5). L'OMS recommande ces interventions pour les consommateurs de 25 verres ou plus par semaine pour les hommes (21 ou plus pour les femmes) et/ou ayant entre 7 et 12 au questionnaire AUDIT (6 et 12 pour les femmes) (5). La motivation doit être renforcée en même temps que l'autocontrôle et les stratégies alternatives explorées. Un agenda ou carnet, sur lequel le patient évalue ses consommations, semblent être très efficaces (5).

Il existe également des interventions psychosociales de faible intensité qui semblent utiles chez les patients présentant une dépendance modérée (5). On peut citer l'entretien motivationnel ou les programmes cognitivo-comportementaux qui sont condensés en trois séances (5).

Les interventions psychosociales spécialisées sont plus longues. On peut citer le renforcement communautaire (disulfirame + motivationnel + cognitivo-comportemental), peu répandu en France, avec travail de la réinsertion sociale et professionnelle. L'entraînement à l'autocontrôle comportemental en fait également partie. C'est la thérapie la plus efficace si l'objectif est la réduction des consommations (5). Il existe des thérapies basées sur

l'entraînement aux compétences sociales et au coping ainsi que des interventions basées sur la pleine conscience.

Les traitements pharmacologiques n'ont l'AMM (autorisation de mise sur le marché) que pour le traitement de la dépendance (5). Elles visent la réduction des consommations, le maintien de l'abstinence ainsi que le traitement ou la prévention du syndrome de sevrage.

Les benzodiazépines sont utilisées dans le cadre de cette dernière indication. Il convient d'utiliser préférentiellement les molécules à demi-vie longue, en particulier le diazépam (Valium®). La prescription débute par une dose d'attaque puis une réduction progressive pour ne pas dépasser cinq à dix jours de prise, sauf addiction aux benzodiazépines surajoutée (5). L'oxazépam (Séresta®) peut être prescrit en cas d'obésité sévère, de difficultés respiratoires ou de traumatisme crânien récent, l'objectif étant d'éviter une accumulation (5). Cette molécule peut également être utilisée en cas d'insuffisance hépatocellulaire mais avec une prudence extrême car elle prévient moins bien les convulsions (fluctuations des concentrations plasmatiques) et il existe un risque d'accumulation. Ce traitement de sevrage sera fréquemment accompagné d'une prescription de Thiamine, vitamine B1. En France, la prophylaxie recommandée est de 500 mg par jour pendant 5 jours puis 250 mg par jour pendant 15 jours en l'absence de malnutrition (5). En cas de carence ou de dénutrition, il est recommandé d'administrer 500mg (en deux fois) par jour et par voie parentérale pendant 5 jours puis de réaliser un relai par voie orale en attendant la reprise d'une alimentation équilibrée (5). En cas d'encéphalopathie de Wernicke, le traitement est curatif et à fortes doses : 1 gramme par jour (voie parentérale) pendant 5 jours puis relai per os (5).

Il existe plusieurs molécules permettant d'accompagner les patients dans une démarche d'abstinence ou de maîtrise de leur consommation. Nous allons brièvement les détailler.

L'acamprostate (Aotal®) est efficace pour diminuer le risque de rechute et favorise le renoncement à l'alcool. Sa durée de prescription est de un an mais il peut être reconduit s'il s'agit du souhait du patient ou s'il existe toujours un bénéfice à sa poursuite (5).

La naltrexone (Revia®) agit en diminuant la libération de dopamine dans le circuit de la récompense lors de l'ingurgitation d'alcool par antagonisme sur les récepteurs opiacés mu, kappa et delta (5). Si cette molécule réduit le craving et les consommations massives, elle serait moins efficace que la première citée pour le maintien de l'abstinence (5). La posologie est de 25 puis 50 mg par jour en une prise pour une durée de 3 mois mais il peut être prolongé pour les mêmes motifs que l'acamprostate.

Une autre alternative peut être le Selincro® (nalméfène) qui peut être pris en conditionnel pour réduire le craving et la dysphorie mais le patient doit alors anticiper le risque

de consommation (5). Il convient donc aux personnes souhaitant une consommation maîtrisée ou contrôlée. Comme la naltrexone, il est antagoniste des récepteurs opiacés mu et delta, mais il est agoniste partiel kappa.

Utilisé en seconde intention, l'Espéral® (disulfirame) inhibe l'ALDH et entraîne de vives réactions (flush, chaleur, vomissements, tachycardie...) par effet antabuse lors des consommations d'alcool. Il est utilisé, chez les patients motivés qui ont pour objectif une abstinence, à la posologie de 250 à 500mg/jour en une prise. Le suivi doit être rapproché : tous les 15 jours les deux premiers mois, puis une fois par mois pendant quatre mois et enfin tous les six mois. Le patient, et si possible son entourage, doivent être informés de l'effet antabuse et de la liste des produits contenant de l'alcool (5) mais également des effets secondaires de ce traitement.

La mise en place de ces traitements doit s'accompagner d'une prise en charge psychosociale (5).

Plusieurs hypothèses de prise en charge portant sur la pharmacogénétique sont en cours d'étude (75).

Pour les patients ayant des comorbidités psychiatriques venant se surajouter aux consommations d'alcool, la construction d'un projet de soins cohérent et structurant, s'appuyant sur les structures de soins de proximité est fortement recommandée (38). Un travail d'information et de réduction des risques a démontré tout son intérêt. Il peut porter sur le nombre de verres consommés quotidiennement ou lors des occasions (38). Une évaluation des addictions associées doit être systématisée pour toute admission ou consultation en psychiatrie. De même, en cas de TUA, un bilan biologique complet doit être réalisé en n'omettant pas les sérologiques infectieuses, alcool et troubles psychiatriques augmentant les risques de conduites sexuelles dangereuses (38). Un travail conjoint, entre la psychiatrie et l'addictologie est la clé de voute de la prise en charge des patients présentant un double diagnostic. Bien évidemment, les comorbidités psychiatriques doivent être traitées selon les recommandations les concernant.

Enfin, il faut garder à l'esprit que les équipes de liaison jouent un rôle majeur au sein des structures hospitalières. Premièrement, elles permettent de sensibiliser le personnel soignant afin d'améliorer la prise en charge des patients souffrant d'un TUA (76). Cela passe par l'information et le soutien. Leur second objectif est l'évaluation et l'orientation des patients souffrant d'un problème lié à l'alcool au sein des urgences et des services de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), afin d'améliorer leur prise en charge (76). Elles permettent également d'élargir le point de vue du soignant centré sur la problématique addictologique et oubliant la part psychiatrique et/ou sociale (76). C'est donc la troisième mission des équipes

de liaison que de travailler la vision transdisciplinaire de l'addictologie (76). Une autre de leurs tâches est souvent d'apaiser les tensions qui peuvent survenir entre des équipes débordées et des patients difficiles à gérer pour ces dernières. Cela passe régulièrement par la création d'une alliance thérapeutique à trois dimensions : l'équipe de liaison, le patient et les soignants du service. De surcroît, une partie importante de leur travail réside dans l'organisation des soins après la prise en charge somatique (76). Elles doivent également avoir une compétence somatique et psychiatrique (77).

Nous allons voir dans la partie suivante qu'un grand nombre de ces axes de prise en charge sont applicables chez la personne âgée, avec cependant certaines spécificités.

I.2. La personne âgée et l'alcool

Si l'alcool est une problématique de santé publique chez les personnes plus jeunes, il le demeure également chez le sujet âgé. Or les consommations de boissons alcoolisées ne sont généralement pas ou peu abordées dans cette tranche d'âge. D'abord, le manque d'intérêt que revêt cette question pour la communauté scientifique a été soulevé (78). Ensuite, les critères diagnostiques et les échelles perdent en validité chez les sujets âgés, les mésusages et dépendances, déjà sous-diagnostiquées chez l'adulte, le deviennent encore davantage avec l'avancée en âge.

Plusieurs clichés ont contribué au fait que la problématique représentée par l'alcool chez les sujets âgés soit sous-évaluée. On a longtemps pensé que l'alcoolisme ne se développait pas après 50 ans (79). De plus, le recours fréquent aux professionnels de santé dans cette tranche d'âge biaise les interrogatoires. Beaucoup d'intervenants pensent que si une problématique alcoolique existait, elle aurait été déjà diagnostiquée (79). Enfin, il y a les notions désormais dépassées de « dernier plaisir » et de « respect dû aux anciens » (79).

Sans émettre de jugement ou verser dans le cliché, les personnes qui sont âgées aujourd'hui ont grandi à une époque où les modalités de consommation et les considérations vis-à-vis de l'alcool étaient bien différentes de celles de nos jours (78).

I.2.1. Définition de la population âgée et de ses consommations

Philippe Dard, sociologue, a dit : « *il n'y a rien de plus différent, de plus hétérogène, de plus incroyablement disparate qu'une tranche de population vieillissante* » (78). Devant un tel constat, comment définir la population âgée ?

Les personnes âgées constituent une population très hétérogène, marquée par leur histoire de vie, leur passé, leurs relations familiales et sociales, leur approche de la retraite, leur santé physique...

L'organisation mondiale de la santé définit qu'une personne est âgée à partir du moment où elle prend sa retraite, soit entre 60 et 65 ans (78). Si l'on considère la personne âgée comme relevant d'une prise en charge en gériatrie, c'est-à-dire souffrant d'une maladie somatique, l'âge est alors fixé à 75 ans (78).

Les recommandations françaises concernant l'alcool chez la personne âgée, issues d'un groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie (SFA) et de la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie (SFGG), se basent sur un âge de 65 ans, mais conseillent d'appliquer une certaine souplesse (78). Ces travaux prennent en compte la composante culturelle, la retraite et l'âge biologique mais également la qualité de vie et le « statut fonctionnel ».

Les différentes classes d'utilisation définies dans la partie I.1.2. sont aussi applicables chez les personnes âgées : le non-usage, l'usage, l'usage à risque, le mésusage et l'usage avec dépendance (78).

Avec l'avancée en âge, on observe une décroissance des quantités d'alcool consommées alors que les prises deviennent plus régulières, quotidiennes (16,18).

I.2.2. Recommandations

Il n'y a pas de consensus pour définir la quantité qui peut être raisonnablement consommée chez la personne âgée. Toutefois, les sociétés savantes s'accordent à dire qu'elle doit être inférieure à celle préconisée chez l'adulte (78).

Ainsi, il semble qu'un consensus soit trouvé pour admettre qu'une consommation supérieure à sept verres par semaine, ou trois verres par occasion, peut être considérée comme à haut risque selon l'American Geriatrics Society (78). Certains auteurs, se basant sur deux immenses cohortes de personnes âgées de plus de 65 ans, proposent un seuil de un à deux verres par jour (80). Il est même suggéré d'appliquer ces recommandations s'il n'existe pas d'interaction médicamenteuse avec les traitements prescrits ou de comorbidité majeure (78).

I.2.3. Épidémiologie

Selon les recensements réalisés par l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) le nombre de personnes ayant plus de 60 ans a augmenté de 20,7% entre 2001 et 2011. En France, une personne sur six a plus de 65 ans (81). A l'heure actuelle, les jeunes générations présentent un niveau d'étude plus élevé que celui des personnes âgées (81). A partir de 65 ans, les femmes sont plus souvent veuves que mariées (46% versus 42%). A contrario, 75% des hommes de plus de 65 ans sont mariés contre 12% de veufs (chiffres issus du recensement Insee 2011), chiffres qui sont sous-tendus par une plus forte mortalité

masculine. Une donnée importante est à prendre en compte suite à ces sondages : la solitude. Elle touche près d'une personne sur trois entre 65 et 80 ans et la moitié au-delà (81).

La majorité de cette population vit en ville et à leur domicile (81), 1% des 60-70 ans et 2,5% des 70-80 ans vivraient en EHPAD.

La première substance abusée par les sujets âgés est l'alcool (82). On distingue classiquement deux entités : des alcooliques dit « précoces » c'est-à-dire qui ont débuté leurs consommations quand ils étaient plus jeunes et les ont poursuivies jusqu'au troisième âge (82-85). Ils représentent environ deux tiers des sujets âgés présentant un trouble de l'usage de l'alcool (82,84,85). L'autre tiers comporte les alcooliques dit « tardifs » qui eux ont commencé à avoir une consommation dite problématique après 65 ans (82-86). Dans cette seconde catégorie, les événements de vie douloureux qui surviennent avec l'avancée en âge (perte de proches, d'autonomie, solitude et isolement social, maladies...) auraient un importance capitale (82,84,85). Dans ces conditions, les sujets rechercheraient dans la boisson une forme de médication, un soulagement symptomatique (83).

La prévention vis-à-vis de la surconsommation d'alcool n'est pas suffisamment ancrée dans la pratique des médecins généralistes. Pourtant, ils sont consultés par la quasi-totalité des plus de 65 ans dans l'année (81).

En Europe, on sait que l'alcool entraîne une mortalité qui est en augmentation, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (87). Selon les auteurs suédois de ce rapport, environ 195 000 morts par an en Europe seraient imputables à cette consommation et 5% des décès chez les 60-69 ans, chiffres probablement sous-estimés. La France se classe à la douzième place des pays européens avec 100 décès sur 100000 hommes en 2008 (88). Le taux est plus faible pour les femmes (35) mais le classement reste comparable.

Une étude menée en Angleterre (89) estimait que 3 millions de personnes âgées de 65 ans et plus auraient une consommation excessive, en se référant aux normes recommandées par le Royal College of Psychiatrists. Les auteurs se sont donc basés sur une consommation de 1,5 unité d'alcool par jour et considéraient comme binge drinking une consommation de plus de 4,5 unités par occasion chez les hommes (3 chez la femme) (89). L'abaissement du seuil de consommation quotidienne avait nettement majoré le nombre de consommateurs à risque et les binge drinkers (89). Le pourcentage de personnes présentant des consommations dangereuses passerait ainsi de 23 à 53,8% pour les hommes et de 10,6 à 28,3% pour les femmes de plus de 65 ans (89). Il y aurait donc plus de consommateurs à risque dans cette tranche d'âge que chez les 16-24 ans (89).

Fink et ses collaborateurs (90) évoquent, concernant les problèmes d'alcool chez les sujets âgés, une problématique qui va croître avec le vieillissement de la population. Le coût

évoqué aux États-Unis serait de 233 millions de dollars rien que pour les hospitalisations de personnes de plus de 65 ans dont le diagnostic principal est un problème lié à l'alcool (90).

Dans une autre étude, Fink et ses collègues (91) retrouvaient 11% des personnes ayant une consommation nocive (abus et dépendance) et 35% une consommation dangereuse (en fonction des traitements et maladies associées). Afin d'améliorer le diagnostic des personnes âgées présentant des consommations nocives ou à risque, l'ARPS (Alcohol-Related Problems Survey) a été développée (91). Il s'agissait d'un auto-questionnaire de 60 items explorant les consommations d'alcool, les comorbidités et la médication associée (91).

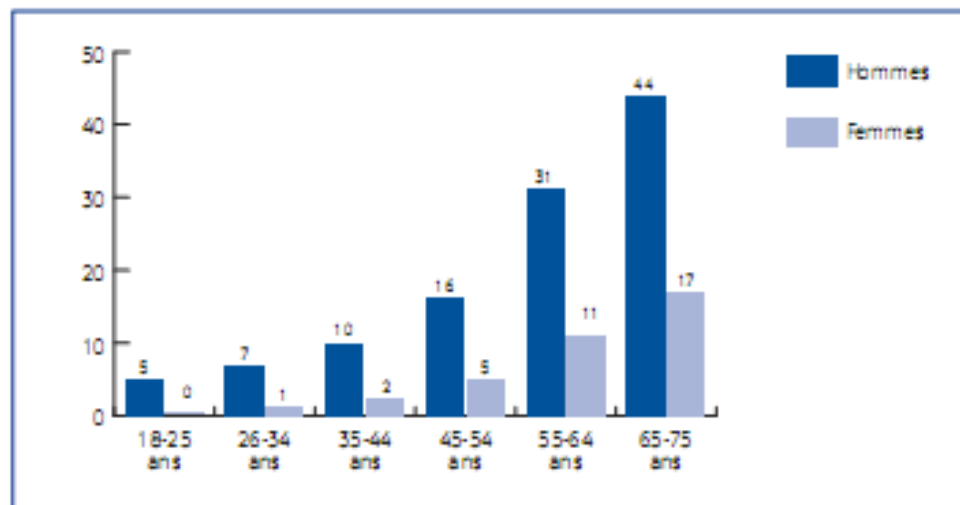
Les problèmes liés à l'alcool concerneraient entre 10-15% des plus de 65 ans pris en charge en « soins premiers » (92). Selon ces auteurs, au moins une personne âgée sur dix hospitalisée en souffrirait. Une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de problèmes liés à l'alcool est attendue dans les années à venir (92).

En France, il est estimé que 30000 décès par an chez les plus de 65 ans seraient imputables directement ou indirectement à un mésusage de l'alcool, chiffre à nuancer car il est potentiellement sous-estimé du fait d'un repérage insuffisant (83).

Arrivés à un âge tardif, de nombreux « gros consommateurs » sont décédés et la proportion de femmes augmente dans cette tranche d'âge. Ces deux facteurs peuvent expliquer le fait que le nombre de personnes se classant dans la catégorie du « non-usage » augmente, passant de 10% chez l'adulte à 40% chez les plus de 65 ans (16,18).

Toutefois, l'usage régulier d'alcool augmente avec l'avancée en âge, essentiellement le vin lors de repas (figure 13). Ainsi, 35% des personnes âgées de 75 à 85 ans consommeraient de l'alcool quotidiennement (16). Les hommes maintiennent des consommations supérieures à celles des femmes même à un âge avancé (82). Après 65 ans, 47,6% des hommes et 19,3% des femmes consomment de l'alcool quotidiennement (16). Les femmes consommeraient plus souvent seules alors que les hommes boivent généralement à plusieurs (82).

L'évolution des modalités de consommation d'alcool avec l'âge en fonction du sexe est représentée sur la figure 14.



Source : Baromètre santé 2010, INPES

Figure 13 : Consommation quotidienne d'alcool selon l'âge et le sexe au cours de l'année 2010 (16).

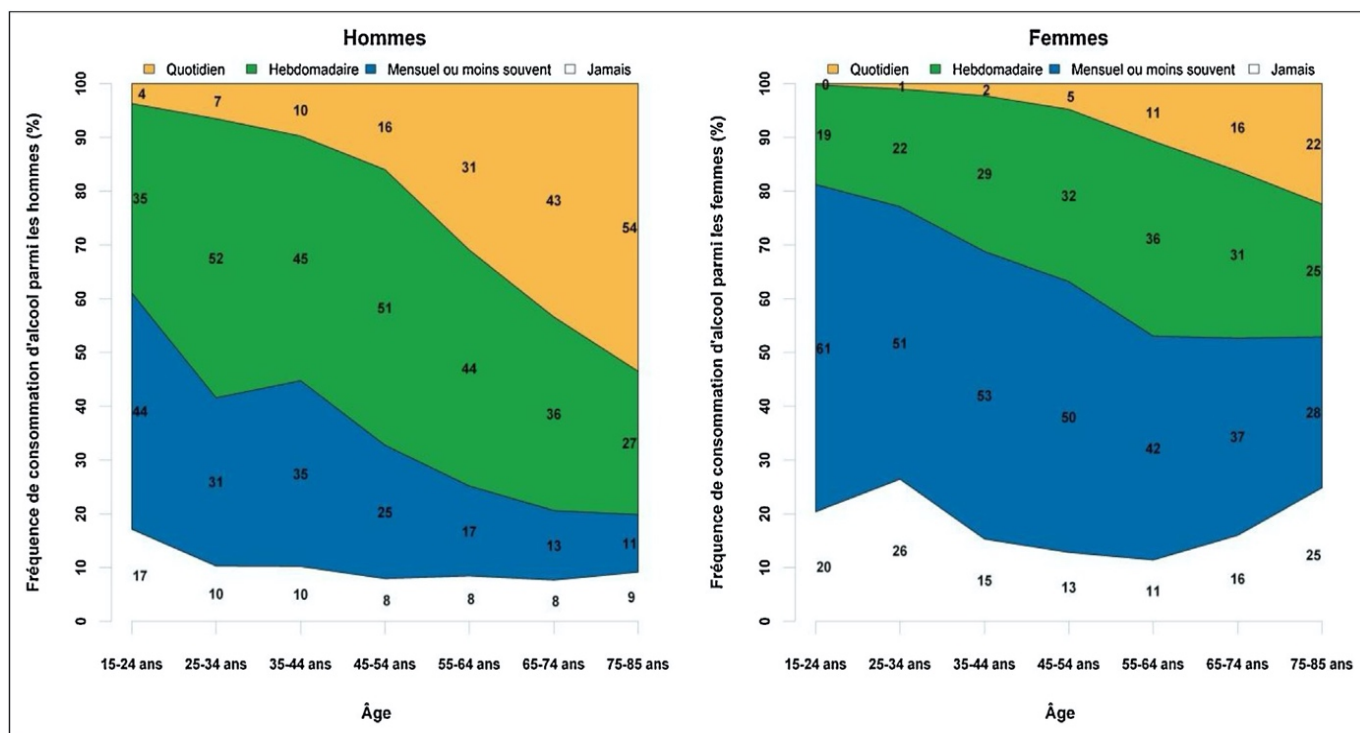


Figure 14 : Fréquence des consommations d'alcool selon l'âge pour les hommes et les femmes (16).

Il est estimé qu'entre 2 et 10% des sujets âgés présenteraient un abus d'alcool (85). La prédominance masculine tend à s'estomper avec l'âge, le sex-ratio passant de 3 chez l'adulte à 1,3 chez la personne âgée (85).

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) évoque 11% de dépendants à l'alcool chez les séniors, 90% des cas étant masculins et une consommation moyenne de 5 verres par occasion (93). Le lien avec le tabac est étroit car 12% d'entre eux ont un tabagisme actif et la moitié sont d'anciens fumeurs (93).

L'étude PAQUID retrouvait chez les plus de 65 ans, 40% de personnes qui consommaient quotidiennement un quart de litre de vin et 15% un demi litre (85,94,95).

En Loire-Atlantique, 32% des personnes vivant à domicile consommaient de l'alcool plus de 5 fois par semaine et 17% buvaient trois verres ou plus par jour (96). La prédominance était nettement masculine (96). 40% d'entre eux pouvaient consommer 3 verres ou plus lors d'une occasion, 31% avaient essuyé les remarques d'un proche concernant leur consommation et 27% avaient une dépendance probable selon la grille AUDIT modifiée (96). Les personnes vivant à domicile subissaient davantage de remarques de la part de leur entourage, ce qui peut traduire un plus grand isolement des résidents des institutions (96). En revanche, ces derniers avaient plus d'occasions festives, propices aux consommations (96).

Nous avons évoqué précédemment la problématique des alcoolisations importantes appelées *binge drinking* chez les jeunes. Il conviendrait de ne pas sous-estimer ce phénomène chez les personnes âgées à l'avenir. En effet, 14% des hommes et 3% des femmes de plus de 65 ans auraient au moins un épisode d'alcoolisation importante au cours du mois écoulé (97). Selon cette même source, 13% des hommes et 8% des femmes avaient un usage à risque dans cette tranche d'âge (97).

I.2.4. Diagnostic

Le diagnostic des TUA chez les personnes âgées n'est pas chose aisée.

Premièrement, les doses consommées chez les séniors sont généralement plus faibles que chez l'adulte plus jeune, ce qui rend les critères diagnostiques et les échelles difficilement utilisables (83,84,90).

Ensuite, la présentation clinique peut revêtir de nombreuses formes pour le moins atypiques et non spécifiques des consommations d'alcool (82). Il conviendra alors d'être vigilant concernant les personnes présentant des troubles du sommeil, une incontinence ou une fatigue importante. La résistance aux thérapeutiques (exemple fréquent : l'hypertension artérielle) ou une demande pressante de prescription d'anxiolytiques ou/et d'hypnotiques devra également alerter le clinicien. Nombreuses sont les personnes âgées qui chutent et une part importante serait liée aux consommations d'alcool (90). Chaque admission ou consultation pour ce motif devrait faire évoquer et rechercher ce diagnostic.

De surcroît, le déni bien ancré chez les adultes dépendants, le serait davantage chez les sujets âgés, ce qui rend le diagnostic encore plus difficile et peut contribuer au sous-diagnostic de cette pathologie (82).

Ainsi, après avoir parcouru la littérature concernant l'alcool chez la personne âgée, il est possible de conseiller à chaque clinicien de questionner les consommations d'alcool chez leurs patients âgés, lors de chaque admission à l'hôpital ou aux urgences, et régulièrement lors du suivi par le médecin traitant. Il a même été recommandé d'inclure la question alcool dans les évaluations « gériatriques standardisées » (83). Chaque problématique physique ou psychiatrique, qui peut être soit une comorbidité ou une complication des consommations d'alcool devrait ouvrir la porte à une évaluation de cette problématique. Il est important de rappeler l'importance d'évaluer le risque suicidaire chez la personne âgée, encore plus quand un TUA est associé (98,99).

Si le questionnaire AUDIT est utilisé pour étayer le diagnostic, il est préconisé d'utiliser des seuils inférieurs, mais ce questionnaire garderait toute sa place même chez le sujet âgé (5).

Afin de bien diagnostiquer les sujets en difficultés avec l'alcool, il convient de bien connaître les facteurs de risque pouvant faire émerger une consommation tardive.

I.2.5. Facteur de risque d'une consommation tardive

Pour un tiers des sujets âgés présentant un TUA, l'alcool est devenu problématique après 65 ans. Nous l'avons déjà dit la boisson est généralement ingérée à visée symptomatique afin de soulager une souffrance, probablement liée au vieillissement. Plusieurs facteurs de risque de développement d'un alcoolisme tardif ont été identifiés (83,86,90) :

- Le sexe masculin ;
- L'isolement social ;
- La retraite ;
- Les divorces, les séparations ou le célibat ;
- Les deuils et le veuvage ;
- Les crises existentielles mal négociées ;
- Les maladies invalidantes physiques ou psychiques ;
- La désafférentation neuro-sensorielle ;
- Conditions de vie précaires ;

- Appauvrissement financier avec la retraite ;
- L'entrée en institution ;
- Le manque d'obligations (sociales, familiales, professionnelles) et d'occupations ;
- L'image négative de soi ;
- Un bon niveau d'éducation.

Une bonne connaissance de ces facteurs de risque est nécessaire afin de pouvoir cibler les actions préventives.

I.2.6. Prévention de l'alcoolisme tardif

Si parler de prévention chez le sujet âgé peut faire sourire un grand nombre de personnes, l'approche préventive n'en demeure pas moins pertinente (86).

Cela fait peu de temps que les politiques de santé publique s'intéressent à la prévention chez le sujet âgé (100). Progressivement, des actions préventives se sont mises en place afin de promouvoir le « bien vieillir » (plan national lancé en 2003) (100). Ainsi, la valorisation de l'activité physique régulière et d'une alimentation équilibrée, la lutte contre la iatrogénie ou les campagnes vaccinales contre la grippe font désormais partie des habitudes médicales (100).

Concernant l'alcool ou le tabac, le manque de prévention pourrait tenir sa source dans un manque criant de données issues de la littérature, même si plusieurs auteurs ont eu à cœur de défendre ce sujet ces vingt dernières années (100). Si les campagnes de prévention concernant l'alcool et ses conséquences ont connu un essor à partir des années 2000, cette pratique reste insuffisamment ancrée pour les personnes âgées, même si cela pourrait changer dans les prochaines années (100).

Il convient de lutter contre les freins personnels (honte, déni, mobilité réduite, moyens financiers), interpersonnels (honte, déni, crainte de conflits) et culturels (stigmatisation) qui entravent autant les actions de prévention que de prise en charge (100). Le travail préventif doit inclure la personne âgée et ses proches (100). Le « programme d'enrichissement de la vie des aînés » semble être une perspective intéressante (100). Il dure deux ans maximum et la question de l'alcool est abordée, tout comme celle des psychotropes.

La première étape de l'action préventive consiste à rappeler régulièrement aux plus de 65 ans les seuils de consommation recommandés et les inciter à ne pas les dépasser. Pour rappel, ils ne devraient pas boire plus d'une unité par jour ou sept par semaine, sans dépasser trois verres par occasion (78,82).

Outre un repérage des situations à risque évoquées dans le paragraphe précédent, il convient de les accompagner (86). Le maintien du tissu social, la prévention de la désafférentation sensorielle, l'accompagnement des deuils, la renarcissisation sont autant d'actions qui participent à la prévention du TUA tardif (86). Tout facteur pouvant conduire une personne âgée à débiter, majorer ou modifier sa consommation d'alcool devrait désormais conduire à une action préventive vis à vis de l'alcool (101).

L'accompagnement préventif (primaire ou secondaire) devra prendre en compte la personnalité et l'histoire de vie du patient (86).

Il est recommandé de cibler la population à haut risque de mésusage chez les personnes âgées : difficultés ou isolement social, sexe masculin, tabagisme (5). Les chutes, la dénutrition, les douleurs chroniques, la dépression ou l'anxiété, les modifications du sommeil ou l'apparition de troubles cognitifs doivent faire impérativement questionner une consommation d'alcool chez la personne âgée.

I.2.7. Répercussions d'une consommation élevée chez la personne âgée

L'alcool est nettement moins bien toléré chez la personne âgée que chez l'adulte. En effet, les modifications corporelles qui surviennent à cet âge impactent directement le volume de distribution sanguin avec un pic d'éthanolémie plus élevé et une élimination plus lente (78,79,102). Cette moins bonne tolérance s'explique par une majoration de la masse grasse et une diminution de la masse maigre. L'accumulation adipeuse est donc majorée et par conséquent le relargage secondaire également. Le volume de diffusion aqueux est lui aussi diminué et c'est d'autant plus le cas qu'une déshydratation peut être associée, plus fréquemment que chez l'adulte. L'alcool étant à la fois hydrosoluble et liposoluble, son métabolisme est impacté par cette double modification, à savoir une moindre dilution suite à l'ingestion et une élimination plus lente du fait du stockage adipeux (102).

Ces modifications font, qu'à quantité équivalente, il existe une augmentation des complications chez le sujet âgé (79,102,103).

D'une manière générale, on peut dire qu'une consommation d'alcool excessive et chronique chez les séniors est responsable d'une altération de l'état de santé global (88).

L'intérêt porté à la dépendance ou à l'usage à risque est récent chez les personnes âgées. Ainsi, il existe peu d'études portant sur le sujet.

I.2.7.1. Complications lors des alcoolisations aiguës

Les modifications physiologiques déjà évoquées conduisent à un taux d'alcoolémie plus élevé chez un sujet âgé, pour une même quantité absorbée, par rapport au sujet plus jeune (83).

Ainsi, l'ivresse délirante serait plus fréquente (83,102). Elle serait favorisée par les atteintes cérébrales (cognitives et vasculaires), les troubles de la personnalité et la prise concomitante de psychotropes (102). La culpabilité, les idées de grandeur, de persécution ou de jalousie sont volontiers au premier plan (102). Les phénomènes hallucinatoires sont également plus fréquents. Ils sont volontiers riches et visuels, parfois avec des perceptions « cauchemardesques » de la réalité (102). Il en est de même pour les troubles du comportement et la confusion qui sont plus fréquents lors de l'ivresse chez la personne âgée (83).

Il est également possible de citer les chutes et les traumatismes dont la fréquence est augmentée chez les sujets âgés et nettement majorée par les intoxications aiguës (83). Les fractures du fémur seraient plus fréquentes chez les personnes âgées ayant une consommation à risque (90).

La moins bonne tolérance à l'alcool, associée à une consommation rapide peut favoriser la survenue de troubles du rythme et particulièrement l'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire (83).

La moins bonne tolérance à l'alcool et la levée d'inhibition qui peut être observée lors d'une alcoolisation aiguë, augmentent grandement le risque suicidaire au cours de celle-ci (98,99).

I.2.7.2. Complications d'une consommation chronique et excessive chez la personne âgée

I.2.7.2.1. Sur le plan psychiatrique

L'alcool est étroitement lié à de nombreuses pathologies psychiatriques comme nous l'avons étudié dans la partie I.1.5. Ce lien persiste également chez les personnes âgées.

La dépression est très fréquente chez les seniors. Environ 5% des personnes âgées présenteraient les critères diagnostiques d'une dépression sévère et 15-20% des symptômes significatifs de dépression (104). L'isolement social et familial, les pertes, les transitions, les événements de vie négatifs et traumatismes se rencontrent souvent avec l'avancée en âge et favorisent la dépression chez les personnes âgées (88). Or, nous l'avons vu précédemment, cette pathologie peut favoriser les consommations d'alcool, creusant le lit d'un mésusage ou

d'une dépendance. La fréquence élevée de la dépression chez le sujet âgé est une des explications de l'alcoolisme de survenue tardive (105). Les auteurs soulignent qu'il existe un nombre important de dépressions infracliniques chez les personnes âgées (104).

La dépression serait cinq fois plus fréquente chez les personnes âgées alcooliques par rapport aux non-consommateurs (85). Chez les femmes, le TUA se développerait régulièrement suite à une dépression (85).

Comme chez les personnes plus jeunes, l'alcool garde une action dépressogène chez les personnes âgées. Les symptômes dépressifs disparaissent généralement après le sevrage dans ce contexte (85). Dans le cas contraire, il conviendra de considérer qu'il s'agit d'un authentique épisode dépressif et de le traiter comme tel.

Les personnes âgées souffrant d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool ont 3,4 fois plus de chance de présenter un épisode dépressif majeur (critères DSM-IV) (106).

Les sujets de plus de 65 ans représentent la tranche d'âge ayant le taux de suicide le plus élevé (104). Selon ces auteurs (104), l'association d'un trouble thymique et d'un TUA serait corrélée à un risque de suicide encore plus élevé. Aux États-Unis, l'abus de substances, au premier rang desquelles figure l'alcool, serait la deuxième cause de suicide chez la personne âgée, après la dépression (98). Le début d'un TUA après le veuvage est un facteur de risque majeur de suicide chez les hommes (88). La consommation d'alcool multiplierait le risque suicidaire par 9 ou 10 après 65 ans (106). Si la pendaison est le moyen le plus fréquemment utilisé, le recours aux armes à feu serait nettement plus fréquent chez les personnes âgées (99), ce qui pourrait laisser supposer une détermination plus importante que chez le sujet plus jeune. La prédominance est clairement masculine, possiblement sous-tendue par une utilisation des médicaments plus répandue chez les femmes, avec un taux d'échec plus élevé (99). Le suicide est corrélé au veuvage, à l'isolement social ou familial, à la ruralité, à un trouble de l'humeur (x30), aux antécédents de tentatives de suicide (x40), à l'éthylisme chronique (risque sous-estimé, x6 minimum) et aux psychoses (99).

Chez la personnes âgée, et plus encore chez les consommateurs d'alcool, le risque suicidaire devra systématiquement être évalué (85). Il devra régulièrement être recherché au cours du suivi (85).

Des traits de personnalité narcissique auraient été retrouvés corrélés au TUA chez les séniors (107).

Il existe des tableaux délirants subaigus à chroniques en lien avec l'alcool (102) : on peut citer les « idées fixes post-oniriques », l'hallucinoïse des buveurs de Wernicke, (délire subaigu avec hallucinations acoustico-verbales) ou la psychose hallucinatoire chronique des buveurs de Kraepelin (102). Des délires de persécution, de jalousie ou hallucinatoires ont

également été rapportés (102). Des consommations d'alcool ont également été constatées chez des patients psychotiques avec comme objectif de corriger les effets secondaires des neuroleptiques (102).

Il faut signaler que le sevrage et ses manifestations sont généralement décalés et durent plus longtemps chez la personne âgée (82,108). Le risque de déshydratation survenant au cours de celui-ci est également nettement majoré (82).

Plusieurs facteurs de risque, pourvoyeurs de sevrage compliqué ont été identifiés : un craving élevé, l'importance des quantités consommées et la durée du trouble de l'usage, l'antécédent de sevrage compliqué ou de cure de désintoxication, ainsi que la présence d'une comorbidité aiguë (102,109).

Au début du sevrage, le sujet présente généralement des troubles du sommeil (insomnies, cauchemars), une irritabilité, une agitation et/ou une anxiété, des nausées, des vomissements ainsi qu'une diarrhée. Hypertension, sueurs, tachycardie et tremblements constituent les signes neurovégétatifs de ce sevrage (102). Ensuite, en l'absence de traitement, des troubles du rythme cardiaque, une hyperthermie, des anomalies tensionnelles, des convulsions, des hallucinations ou un délirium peuvent survenir (102).

Il convient enfin de rappeler que la survenue d'une confusion du sujet âgé suite à l'entrée dans une structure de soins ou institution quelle qu'elle soit, doit toujours faire évoquer un sevrage en alcool (83).

1.2.7.2.2. Sur le plan somatique

Comme nous l'avons déjà dit dans le paragraphe dédié aux complications somatiques chez l'adulte (1.1.6.), une consommation massive et chronique d'alcool a d'importants retentissements sur le plan physique.

Premièrement, l'autonomie peut être impactée et c'est aussi ce que nous souhaitons démontrer dans notre étude. Une comparaison a déjà été menée entre des sujets de plus de 60 ans consommant plus de 14 unités d'alcool par semaine et d'autres qui respectaient les recommandations et consommaient 7 unités par semaine ou moins. Il existait, dans le premier groupe une altération plus marquée des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) par rapport aux personnes respectant les recommandations, avec un odds ratio de 8,4 (110). Une altération des activités de la vie quotidienne mesurée par l'échelle ADL était également retrouvée, mais moins importante (OR = 3,7). A noter que les personnes qui avaient une consommation située entre ces deux seuils (7 et 14 unités) avaient une altération à l'échelle IADL mais pas à l'ADL (110). Il en était de même pour les personnes consommant plus de 3 unités par occasion. La quantité d'alcool consommée serait donc corrélée à une altération des

activités les plus exigeantes sur le plan cognitif (83,88). Selon une autre enquête, les personnes de plus de 65 ans consommant une à deux unités par jour n'obtenaient pas de différence significative à l'ADL et l'IADL par rapport à celles consommant une ou zéro unité par jour (80).

Les complications somatiques, comme les perturbations des activités de la vie quotidienne, seraient en lien avec une consommation importante mais pas légère ou modérée (88). Le seuil ne fait pas consensus et de nombreuses interrogations persistent entre les effets protecteurs de l'alcool pour certaines pathologies (cardio-vasculaires, troubles neurocognitifs...) et ses conséquences (physiques, psychiatriques et sociales) (88).

Si les complications somatiques feront l'objet d'un autre travail de thèse, on peut toutefois en citer quelques-unes d'entre elles.

Sur le plan cardiaque, l'alcool augmente le risque de survenue d'une ACFA (arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire) s'il existe une consommation chronique importante, mais également lors d'une alcoolisation aiguë massive (83,111). Plus de la moitié des patients admis aux urgences pour ce motif aurait une consommation d'alcool supérieure aux recommandations (111). L'arythmie cardiaque survenant lors d'une intoxication aiguë mais dans un contexte d'éthylisme chronique est nommée le « Holiday Heart Syndrome » (111). Le risque de troubles du rythme ventriculaire et donc de décès est également augmenté (112). A noter qu'il existe une cardiopathie dilatée appelée cardiomyopathie alcoolique liée à une consommation excessive et chronique (deuxième cause de cardiopathie dilatée) (111).

La prise aiguë d'alcool entraîne une vasodilatation qui fait chuter la pression artérielle y compris lors des tests d'orthostatisme (111). Cet effet peut expliquer le nombre important de chutes ou de syncopes liées à l'alcool chez les personnes âgées. A contrario, une absorption chronique entraîne une vasoconstriction responsable d'une hypertension artérielle, de mécanisme encore indéterminé (83,111).

Le sevrage entraîne un risque de survenue de troubles du rythme, de la conduction ou de la repolarisation, ainsi que de crises hypertensives et encore plus chez les personnes âgées (111). Le risque de décès par infarctus du myocarde en est par conséquent augmenté.

Sur un plan neurologique, il existe un risque accru d'accident vasculaire cérébral qu'il soit ischémique ou hémorragique (111). Selon cette source (111), une consommation trop importante d'alcool serait retrouvée chez près d'une personne sur trois ayant été victime d'un AVC.

Nous l'avons dit dans le paragraphe I.1.6., l'alcool est significativement lié à plusieurs atteintes hépatiques. Or, chez le sujet âgé, le rôle de métaboliseur du foie est diminué notamment du fait d'une diminution des activités mitochondriales et des cytochromes (88). Il

en résulte donc une propension supérieure à développer une complication hépatique pour une même dose d'alcool avec un pronostic nettement plus péjoratif que chez l'adulte (88). La moitié des sujets âgés diagnostiqués d'une cirrhose hépatique décèderait dans l'année (88).

L'alcool est directement lié à un nombre important de néoplasies (seconde étiologie évitable après le tabac). Comme pour beaucoup de carcinogènes, la durée de contact est importante et il apparaît donc logique que l'âge constitue un véritable facteur de risque en cas de consommation chronique (88). Il existe un lien particulièrement fort pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (encore majoré par une consommation de tabac associée), le cancer colorectal et bien évidemment le carcinome hépatocellulaire. Un lien aurait également été établi avec le cancer du sein (88).

La consommation d'alcool, qu'elle soit aiguë ou chronique, serait responsable d'une grande partie des chutes (85,88). En la circonstance, il convient de rechercher de façon systématique une consommation excessive d'alcool devant toute chute, et cela se vérifie d'autant plus lorsque celles-ci sont répétées (88). Une autre conséquence possible est l'ostéoporose, elle-même pourvoyeuse de chutes et de fractures (85).

Les syndromes confusionnels sont fréquents chez le sujet âgé. Ils peuvent survenir à différents moments en cas de consommations d'alcool : lors d'une alcoolisation aiguë, chronique excessive ou au décours d'un sevrage qui peut parfois être forcé (hospitalisation, institutionnalisation) (88). L'apparition d'une confusion lors d'un changement de milieu fera donc suspecter une consommation d'alcool.

Les personnes âgées qui présentent un TUA ont plus de risque d'être dénutries que les non-consommateurs (88). Or, la dénutrition est un problème de santé publique. Le manque de motivation à cuisiner, les difficultés économiques engendrées par l'achat des produits alcoolisés, la consommation elle-même (effet de satiété, carences induites), les complications somatiques sont autant de freins à une alimentation correcte et équilibrée en cas de TUA (88). A contrario, les boissons alcoolisées, riches en calories, peuvent entraîner un surpoids ou une obésité chez les personnes ayant réussi à préserver leur alimentation.

Enfin, la tranche des plus de 65 ans est celle des plus gros consommateurs de médicaments en France. Il existe alors plusieurs risques en cas de prise excessive d'alcool (113). En effet, les thérapeutiques peuvent avoir une efficacité diminuée ou une toxicité augmentée. Il existe également un risque de mauvaise observance ou d'automédication aléatoire. La recherche d'une consommation excessive doit être réalisée et complétée d'une information appropriée, qu'elle provienne du médecin prescripteur ou du pharmacien lors de la délivrance (88). Les psychotropes sont bien connus pour interagir avec l'alcool, et leurs prescripteurs semblent l'avoir intégré, mais il n'en est pas de même pour les autres traitements

dont les propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques sont modifiées par l'alcool (83). De surcroît, l'alcool est également associé à une baisse de l'observance médicamenteuse (83).

I.2.7.2.3. Sur le plan cognitif

Comme pour les pathologies néoplasiques, la quantité et la durée d'exposition à l'alcool jouent un rôle central dans la genèse des troubles cognitifs induits par la consommation (88).

Les sujets âgés seraient plus prédisposés à développer une encéphalopathie de Wernicke ou un syndrome de Korsakoff car leur réserve en thiamine est plus faible (74).

Les troubles cognitifs sont généralement réversibles à l'arrêt de l'alcool. Toutefois, plus le sujet est âgé moins il récupère (70,85). Néanmoins, généralement, les lésions visibles à l'imagerie cérébrale régressent à l'arrêt des consommations et les résultats aux bilans neuropsychologiques s'améliorent.

Il convient donc de questionner toute consommation d'alcool chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs mais également de s'interroger sur la possibilité d'une autre étiologie en l'absence d'amélioration suite au sevrage (88).

L'alcool peut également aggraver le déficit d'un trouble neurocognitif d'autres étiologies (maladie d'Alzheimer, vasculaire...), d'autant que cette association n'est pas rare et pose le risque d'une double stigmatisation (114). Il existe encore de nombreuses erreurs diagnostiques avec des troubles cognitifs liés à l'alcool considérés à tort comme des maladie d'Alzheimer ou des démences vasculaires (88). Les troubles cognitifs liés à un TUA ou la « démence alcoolique » représenteraient entre 10 et 24% des cas de démence au Royaume-Uni (115).

Le risques de développer un syndrome de Gayet-Wernicke ou un syndrome de Korsakoff sont également majorés chez les personnes âgées (21,88).

Un sevrage et une abstinence sont grandement recommandés en cas de troubles cognitifs associés à un TUA (85). Cette condition est également nécessaire pour réaliser un bilan neuropsychologique explorant les fonctions mnésiques (85).

I.2.7.2.4. Sur le plan social

L'isolement social et familial est une complication fréquente de l'alcoolisme chez le sujet âgé (83). La solitude peut également être renforcée par un sentiment de culpabilité ou de gêne en lien avec les consommations, surtout chez les femmes (83,88).

Le regard, que porte la société sur les personnes en difficulté avec l'alcool, a tendance à renforcer le sentiment de honte et de culpabilité et par conséquent l'isolement des consommateurs âgés (83).

Nous l'avons vu dans les précédents paragraphes, il existe de nombreuses complications physiques et psychiatriques chez les personnes âgées ayant un TUA. Elles favorisent également la solitude et peuvent même précipiter l'entrée en institution.

Sur un plan conjugal, l'alcool peut conduire à des conflits voire à un divorce ou une séparation, ce qui renforce également le risque de solitude (83). Il peut également s'agir de querelles familiales ou amicales avec, à l'extrême, un risque de violences induites par le sujet âgé ivre ou subies par ce dernier (notamment de la part d'un entourage dépassé) (83). Ainsi, les personnes âgées ayant une consommation excessive d'alcool sont plus à risque de maltraitance (88).

I.2.8. Autres addictions de la personne âgée

L'addiction au tabac concernerait 5,5 à 6% des séniors en France, majoritairement des hommes (85,93,116). Leur consommation moyenne est de vingt cigarettes par jour (93,116). Le lien avec l'alcool reste important avec l'avancée en âge. Ainsi 16% des personnes dépendantes au tabac le seraient également à l'alcool et 59% auraient une consommation d'alcool quotidienne (85,93,116). À un âge avancé, le tabac semble favoriser l'isolement social alors que chez les adolescents il a tendance à favoriser l'adhésion au groupe (93,116).

Contrairement à l'alcool, la surconsommation de médicaments concerne essentiellement les femmes (82,93,117). Cette problématique reste encore à l'heure actuelle sous-estimée (117). Il existerait un mésusage médicamenteux chez plus de 11% des femmes âgées selon certains auteurs (118). Il s'agit le plus souvent de benzodiazépines, d'hypnotiques, d'antalgiques et d'opiacés ou de myorelaxants (82). Les patients présentant un TUA auraient un risque accru de dépendance aux benzodiazépines (117).

La prescription des psychotropes reste trop élevée dans cette tranche d'âge même si des efforts ont été faits. 35% des sujets âgés consommeraient des psychotropes avec 67% de benzodiazépines et 20% d'antidépresseurs (85,117). Les sujets présentant un TUA auraient également nettement plus d'addictions médicamenteuses (85,117).

Il convient de garder à l'esprit que les benzodiazépines majorent le risque de chute et d'accident de la voie publique et que ce risque est accru en cas d'association avec des consommations d'alcool (82).

Il est rappelé dans la littérature (117) que la première génération ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés vieillie et qu'elle fera bientôt partie des personnes âgées.

La consommation de drogues illicites est peu répandue chez les sujets âgés même si l'augmentation constatée ces dernières années devrait se poursuivre (82,85). Cocaine, opiacés et marijuana sont les substances les plus fréquemment consommées après 50 ans (119). Ces substances sont généralement utilisées à visée symptomatique et non dans une recherche de « défonce » comme cela peut être le cas chez les sujets plus jeunes (82).

Enfin, l'isolement et le manque d'occupations peuvent également favoriser certaines addictions comportementales comme le jeu pathologique (85).

I.2.9. Prise en charge spécifique

Certains auteurs ont suggéré une « démarche gériatrique » au sein de laquelle la question alcool devrait être systématiquement abordée et prise en charge, au même titre que la réévaluation des traitements médicamenteux (83).

En France, il existe un défaut de repérage des TUA chez les séniors, qui provient des consommateurs ou de leurs soignants (84). Pourtant, il pourrait y avoir un réel bénéfice en gain d'espérance de vie et surtout « sans incapacité » (84). Pour prendre en charge, il faut repérer. Or, comment repérer une consommation problématique chez les personnes âgées si sa définition ne fait pas consensus (84) ? En effet, les critères diagnostiques valables chez l'adulte (classification internationale des maladies (CIM) et DSM) semblent peu transposables chez les séniors.

Si le repérage des consommations d'alcool est globalement bien ancré dans les mœurs des équipes psychiatriques, un travail de sensibilisation doit être initié et/ou renforcé auprès des médecins généralistes, des urgentistes et des services de médecine ou de chirurgie, car ce sont les plus fréquentés par les sujets âgés (84). Les spécialistes (addictologues, psychiatres) ne rencontrent qu'une infime partie des personnes âgées en difficulté avec l'alcool (84). Une attention particulière doit être portée aux pharmacies, véritables « carrefours » où transitent de nombreux séniors (84).

Mais, c'est avant tout une nouvelle façon de penser qui doit être insufflée, favoriser une réduction de consommation versus l'abstinence, la qualité de vie versus le plaisir ultime, le risque versus la dépendance (83,84).

Le repérage passe par la recherche d'une consommation d'alcool devant tout syndrome gériatrique, troubles anxieux ou dépressifs, sommeil perturbé, chute, trouble cognitif

ou perte de poids (84). Une attention particulière doit être portée à la douleur car son lien avec les pathologies psychiatriques et les consommations de toxiques est vrai, à tout âge (84).

L'utilisation des tests biologiques n'a pas grand intérêt chez la personnes âgée pour le dépistage des troubles en lien avec l'alcool (84). En revanche, à l'exception de troubles cognitifs majeurs, la consommation déclarée d'alcool (CDA) aurait la même valeur que chez l'adulte (84). Le questionnement doit rester empathique, ouvert et sans jugement, ce qui conditionnera la qualité de la réponse. Les proches ne sont que trop rarement questionnés (84).

Contrairement aux idées reçues, le recours aux questionnaires est fortement recommandé chez les sujets âgés (84), d'autant qu'ils sont facilement acceptés. L'ARPS (Alcohol-Related Problems Survey) semble être le plus précis car il intègre le statut fonctionnel, les comorbidités et les traitements. Mais sa cotation informatique complexe, ayant entravé sa diffusion et sa notoriété, est certainement responsable de son cantonnement à la recherche. En attendant que son utilisation soit simplifiée, c'est l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Test) qui est le plus fiable et donc recommandé chez la personne âgée (84). C'est par conséquent ce test que nous avons décidé d'inclure dans notre protocole de recherche.

Certains auteurs expliquent le défaut de prise en charge des TUA chez nos aînés par l'âgisme (81). Selon Butler (1969), il s'agit de « *l'ensemble des stéréotypes négatifs entraînant une discrimination par l'âge* » (81). La prise en charge des personnes âgées serait donc en partie modulée par les représentations sociales de la vieillesse que peuvent avoir leurs proches ou leurs soignants (81). A titre d'exemple, la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, se heurte régulièrement à l'avancée en âge. Il existe encore de nombreux stéréotypes vis-à-vis de la vieillesse. Et celui qui dit que l'on ne peut pas adopter une attitude préventive chez des patients de 65 ou 75 ans perdure. Or, il a été prouvé que les actions préventives à un âge avancé ont un bénéfice réel en terme de réduction des maladies, d'autonomie et de qualité de vie (81).

Il existe de surcroît chez les personnes âgées concernées, un mal-être induit par le manque de reconnaissance de leurs problèmes avec l'alcool et des conséquences engendrées (86). Chez les sujets plus jeunes, la pression sociale (familiale, professionnelle) joue souvent un rôle bénéfique dans la prise en charge des TUA. Or, les personnes âgées sont souvent isolées et cette pression peut être absente ou de moindre importance, avec un entourage plus laxiste du fait de l'avancée en âge.

De plus, certaines pathologies comme la dépression, les troubles mnésiques, les troubles du sommeil ou la douleur peuvent favoriser les consommations d'alcool. Or, ces

atteintes sont régulièrement banalisées par l'entourage et les soignants, jugées comme concomitantes de l'avancée en âge (81).

Une fois la problématique avec l'alcool identifiée, l'intervention doit être décidée et personnalisée pour chaque patient (108). Globalement la stratégie recommandée par le groupe de travail de la SFA et de la SFGG dépend de la dépendance du sujet (108) :

- Pour les patients-non dépendants, un travail de réduction des risques est préconisé, portant sur une diminution de la consommation aux quantités recommandées. Le second objectif est d'éliminer ou de réduire les conséquences des consommations si elles existent.
- Pour les patients dépendants, l'objectif prioritaire est un arrêt total de l'alcool. Toutefois, dans certaines conditions (refus, impossibilité...), une réduction des consommations peut être préconisée.

Pour les patients non-dépendants, les interventions brèves ont démontré leur efficacité dans un objectif de réduction des consommations (83,108). Leur objectif porte sur trois axes : informer, conseiller sur un versant comportemental et travailler la motivation. Une intervention adaptée aux personnes âgées serait encore plus efficace (120). Dans cette étude, les témoins recevaient une documentation alors que l'autre groupe recevait la même documentation avec deux séances d'intervention brève. Le second groupe avait significativement diminué ses consommations hebdomadaires (de 34%) et les consommations ponctuelles trop importantes (de 74%). Les consommations étaient diminuées lors des évaluations à 3 et 6 mois ainsi qu'à celle de 1 an. La fréquence des épisodes de « binge » et les consommations hebdomadaires restaient diminuées à 24 mois même s'il n'y avait pas d'impact économique évident ni d'amélioration de l'état de santé (121). Finck et ses collaborateurs ont proposé une éducation thérapeutique associée à une évaluation informatisée et personnalisée (122). Cette intervention était plus efficace que les interventions classiques à 12 mois.

Les facteurs de bon pronostic ont été identifiés (83) : il s'agit de la motivation, des formes peu sévères, du sexe féminin, des personnes ayant peu de complications physiques et bénéficiant du soutien d'un entourage.

Concernant les personnes dépendantes, le sevrage suivi d'un travail visant le maintien de l'abstinence doit rester l'objectif principal (108).

Pour les séniors de plus de 75 ans, présentant généralement plusieurs comorbidités physiques et psychiatriques, il est conseillé de réaliser le sevrage à l'hôpital (83,108). Il est recommandé d'utiliser des benzodiazépines à demi-vie courte, dont la posologie aura été diminuée de 30 à 50% par rapport aux adultes, afin d'éviter une accumulation trop importante

du traitement, associées à la vitaminothérapie (83,108). L'adaptation posologique des benzodiazépines peut être facilitée par l'index de Cushman même s'il n'a pas été validé chez la personne âgée (108).

Il ne semble pas exister suffisamment d'études chez les personnes âgées pour affirmer l'innocuité des médicaments réduisant l'appétence pour l'alcool (naltrexone, acamprosate), de même que pour le nalméfène ou le baclofène (83,108). Le disulfirame doit également être évité chez les séniors (83).

Un accompagnement psychologique est également fortement recommandé (82).

Les psychothérapies cognitives et comportementales ou à médiation corporelle de type relaxation psychothérapeutique ont également prouvé leur efficacité dans l'accompagnement des sujets souhaitant une abstinence ou une réduction de leurs consommations (82,108). Les thérapies de soutien ou de conseil individuel ont également toute leur place, tout comme les thérapies systémiques et familiales (108). Autant que possible, l'accompagnement devra être personnalisé (108). Si une prise en charge en groupe est décidée, elle sera volontiers adaptée à l'âge des participants (108).

Le passage infirmier, de l'aide-soignante, l'aide-ménagère ou la livraison de repas peuvent favoriser le maintien de l'abstinence. Outre le fait que cela apporte du lien social à la personne, ces intervenants peuvent participer à la prévention et éventuellement alerter en cas de complications ou d'attitudes à risque (108).

Il conviendra de lutter contre les facteurs de risque de consommations tardives cités ci-dessus (paragraphe I.2.5.). La lutte contre l'isolement social revêt une importance capitale, que ce soit pour prévenir ou endiguer les consommations d'alcool, mais également de nombreuses autres pathologies psychiatriques et physiques (83). Le soutien et l'accompagnement dans les pertes et deuils sont également très importants. De surcroît, la renarcissisation est primordiale mais ne doit pas être exagérée pour rester thérapeutique. Si ces pratiques sont désormais répandues en gériatrie, en psychiatrie, en psychiatrie de la personne âgée et en addictologie, elles ne doivent pas rester l'apanage de ces spécialités. Tous les intervenants (aide-ménagères, aide-soignant(e)s, infirmier(e)s, médecins généralistes) devraient y être sensibilisés.

L'orientation des personnes souffrant de l'isolement et de la solitude vers des associations a aussi prouvé son efficacité (82).

La prise en charge, pour être optimale, doit s'inscrire dans la durée. Elle est alors plus efficace que chez l'adulte (108). L'adhésion que ce soit aux traitements médicamenteux mais également aux psychothérapies est également meilleure (108). Le sexe féminin, la présence d'un entourage étayant, des consommations en quantité plus faible ou moins fréquentes, un

début récent, moins de complications ou des complications moins sévères, une bonne motivation, la durée de la prise en charge et une bonne adhésion aux soins sont des facteurs qui favorisent le maintien de l'abstinence sur le long terme (108).

Parfois, les conduites d'alcoolisation non traitées ou trop tardivement prises en charge aboutissent, malheureusement, à l'entrée en institution.

I.3. L'alcool, la personne âgée et l'institution

Commençons cette partie en soulevant un sujet tabou : oui, les consommations d'alcool existent en maison de retraite (ou EHPAD) et elles peuvent être problématiques, pour le résident lui-même en premier lieu, notamment à cause des complications physiques et psychiatriques énumérées précédemment. Mais elles posent également des soucis au personnel soignant, à l'administration ainsi qu'aux familles et aux proches.

La définition même de l'EHPAD fait émaner plusieurs contradictions qui peuvent semer le doute tant pour les résidents que pour le personnel (123). S'agit-il d'un lieu de vie ou de soins ? Lieu de vie ou de fin de vie ? Liberté de mouvement ou obligation de sécurité ? Ces dilemmes soulevés par les différentes fonctions et définitions de la maison de retraite peuvent ainsi avoir une répercussion sur différentes conduites et problématiques des résidents, au premier rang desquelles nous pouvons citer les consommations l'alcool.

Nous l'avons vu dans les deux premières parties, l'alcool représente en France un réel problème de santé publique. La fréquence de ce trouble, mais également son faible taux de prise en charge, fait tout le paradoxe du TUA.

Croire que la consommation d'alcool cesse avec l'entrée en institution relève d'une vision utopiste de notre société. L'alcool ne serait plus disponible en EHPAD ? L'envie de consommer s'estomperait-elle une fois franchie les portes de l'institution ? Ou s'agirait-il d'une problématique cachée dans le huis-clos de l'institution ? Cette troisième et dernière partie de la revue de la littérature va tâcher de faire un état des lieux de la consommation en maison de retraite.

I.3.1. Épidémiologie

I.3.1.1. Quelques chiffres concernant les EHPAD

Le nombre de personnes âgées augmente et les plus de 65 ans devraient représenter un tiers de la population en 2060 (124). Il y avait, en 2011, environ 700 000 résidents en institution en France, dont plus de 570 000 en EHPAD (125). Ainsi, 10% des 75 ans et plus et

23% des 85 ans et plus vivent au sein d'une institution (EHPAD et résidences séniors) (125). Entre huit et neuf résidents sur dix seraient dépendants (126).

En EHPAD, l'âge moyen serait de 86 ± 8 ans, avec une nette prédominance féminine (76%) selon une étude réalisée dans la Marne (127). Ces auteurs retrouvaient une moyenne de 8 ± 3 états pathologiques et 8 ± 4 médicaments prescrits par résident (127). 83% d'entre eux avaient plus de 5 traitements sur leur ordonnance (127).

D'un point de vue psychiatrique, les états dépressifs concerneraient 46% des résidents, ce qui en fait la seconde pathologie la plus fréquente après l'hypertension artérielle (127). On peut également citer les syndromes démentiels (43,3%), les états anxieux (25,7%) et les psychoses, délires ou hallucinations (9,4%) qui sont également très répandus dans ces structures (127).

Sur le plan pharmacologique, les psychoanaleptiques (antidépresseurs, psychostimulants et traitements des troubles neurocognitifs) et les psycholéptiques (antipsychotiques, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques) étaient les deux catégories de médicaments les plus prescrites et concernaient respectivement 62,6% et 56,4% des résidents (127). Les antidépresseurs étaient les premiers traitements prescrits (47%) avec en tête de liste la miansérine qui figurait sur l'ordonnance de 9,5% des résidents (127). La prescription d'anxiolytiques concernait 32% d'entre eux (127). 88% des patients prenaient des « médicaments du système nerveux central » (127).

Si la prescription de psychotropes en EHPAD reste élevée, il semble que des efforts aient été réalisés entre 2013 et 2015, entraînant une diminution de leur consommation (128). Une réévaluation régulière de leur prescription au sein des établissements d'hébergement a montré son intérêt (128). Giet et Bonet (128) ont prouvé qu'un effort concernant la prescription de psychotropes pouvait les faire passer de la seconde à la sixième place des traitements prescrits au sein d'un établissement.

Une autre étude retrouvait des résultats assez similaires, excepté pour les pathologies psychiatriques qui concernaient 13,6% des résidents (126). Ce chiffre plus bas que ceux des autres enquêtes peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit de prises en charge spécialisées (126). Or, au sein des EHPAD, les pathologies psychiatriques sont généralement diagnostiquées et traitées par les médecins traitants et coordonnateurs. Le taux de résidents consommant un traitement psychotrope, semblable à celui cité précédemment, semble valider cette hypothèse (126).

A âge égal, les résidents des EHPAD ont plus de pathologies et consomment plus de traitements que ceux vivant à domicile (126). En 2013, le taux de décès était de 22% dans

l'année suivant l'entrée, il était plus élevé chez les hommes et augmentait avec l'avancée en âge (126).

I.3.1.2. L'alcool en EHPAD

Premièrement, en terme d'accessibilité, l'alcool serait la deuxième substance psychoactive la plus disponible pour les résidents, après les médicaments psychotropes (129,130,130), largement prescrits dans cette tranche d'âge comme nous l'avons dit précédemment.

Ensuite, les sujets âgés, de par leurs histoires de vie, leurs traumatismes mais aussi les nécessités d'adaptation que demandent l'avancée en âge (pertes de proches, d'autonomie, troubles cognitifs...) sont particulièrement à risque de développer un trouble de l'usage de l'alcool comme nous l'avons déjà évoqué. Cette vulnérabilité, associée au déracinement (domicile, proches, affaires personnelles,...) que constitue l'entrée en maison de retraite, rendent cette population particulièrement à risque vis-à-vis de l'alcool (129).

Dans cette tranche d'âge, une consommation problématique d'alcool serait associée à une augmentation de la mortalité de 56% (129,131).

Il existe peu de chiffres concernant l'évolution de la consommation après l'entrée en institution. Toutefois, certains auteurs avancent que la problématique alcoolique est plus souvent une cause de l'entrée en EHPAD qu'une conséquence de celle-ci (129). Nous avons décrit dans la partie précédente qu'il existait, chez les personnes âgées des TUA précoces et tardifs (86). Il semblerait que la première des deux catégories soit la plus représentée en EHPAD (132), mais cette source n'avance pas de chiffre précis. Ces auteurs précisent que la consommation d'alcool diminuerait suite à l'entrée en institution (132).

Peu d'études ont été menées afin de rechercher une consommation problématique en maison de retraite et elles sont en général peu comparables (129). En effet, leurs méthodologies sont très variées, incluant des structures avec des règles différentes concernant l'alcool, certaines se basant sur les déclarations des médecins coordonnateurs ou du personnel, et d'autres, prenant des critères très différents pour qualifier la relation ou les problématiques en lien avec l'alcool (129). De surcroit, la définition de la personne âgée appliquée dans les études n'est pas toujours la même (129). Il en est de même pour les échelles qui, lorsqu'elles sont utilisées pour appuyer le diagnostic dans une étude, peuvent être, elles aussi, très disparates.

Ainsi, du fait de méthodologies variables, les chiffres de prévalence des personnes en difficultés avec l'alcool oscillent de 0 à 25%, avec des chiffres allant jusqu'à 70% (129,132). Mais globalement, c'est le chiffre de 10 à 20% qui est le plus souvent retenu (129,130,132).

Une étude a été menée dans huit EHPAD du Nord Pas-de-Calais avec participation de 368 résidents (94). Les critères d'inclusion (âge supérieur à 60 ans, MMSE supérieur à 15, consentement) et d'exclusion (fin de vie, communication orale impossible) étaient proches de ceux que nous avons choisi pour notre projet d'étude et qui seront détaillés plus loin. Dans les huit établissements, du vin ou de la bière étaient servis aux résidents qui en faisaient la demande, et dans sept, un apéritif était proposé le dimanche (94). 46% des résidents ont été inclus dans l'étude et la majorité des exclusions avaient porté sur le score au MMSE (94). Il y avait une majorité de femmes, l'âge moyen étant de 80,5 ans. La plupart avait été employé ou ouvrier. Le score moyen au MMSE était de 22,6. La grande majorité avait des antécédents somatiques multiples, une polymédication (moyenne 7,2). 51,6% des résidents consommaient des psychotropes et 36,7% des hypnotiques. Si 26,6% des résidents ne consommaient jamais d'alcool ; 67,7% avaient une consommation quotidienne et 18,2% étaient des consommateurs excessifs avec une norme fixée à 3 verres par jour (94). Ils s'agissaient généralement d'hommes, situés dans les tranches d'âges les plus jeunes des résidents, anciens cadres ou appartenant aux catégories professionnelles intermédiaires. Les consommateurs excessifs avaient davantage vécu seuls, sortaient plus régulièrement de l'EHPAD et avaient moins de visites (94). Les ingestions s'opéraient essentiellement à table lors des repas mais les consommateurs excessifs buvaient également davantage dans leur chambre (47,8%) ou en dehors de l'établissement (28,4%) par rapport aux autres consommateurs quotidiens (94). Il n'y avait pas de différence significative concernant les antécédents médicaux, les symptômes associés (y compris psychiatriques) et la consommation médicamenteuse entre les consommateurs excessifs et les autres résidents (94). A noter que 47,8% des buveurs en excès prenaient au moins un psychotrope et 32,8% un hypnotique. Quasiment 40% consommaient cinq verres ou plus par jour et 67% avait débuté ce mode de consommation avant la trentaine.

Ces chiffres peuvent être appuyés par ceux de l'étude PAQUID, dans laquelle on retrouvait, chez les sujets institutionnalisés, 40% des résidents qui consommaient deux verres par jour et 15% quatre verres ou plus (94,95).

En Loire-Atlantique, chez les personnes vivant en maison de retraite, une consommation de trois verres ou plus par jour était retrouvée chez 15% des résidents et 43% d'entre eux consommaient de l'alcool plus de cinq fois par semaine (96).

Aux États-Unis, les chiffres de prévalence des problèmes liés à l'alcool sont très variables. Cette problématique concernerait entre 2,8 et 49% des résidents, en fonction de la méthodologie utilisée et des états (133). Comme pour les études françaises, il s'agirait principalement d'hommes, figurant parmi les pensionnaires les plus jeunes (133). Les auteurs avaient remarqué que les personnes qui consommaient de l'alcool quittaient les EHPAD ou

en étaient régulièrement exclues, avec des conséquences néfastes pour leur santé voire parfois source de décès (133).

Un des rares chiffres concernant l'abus ou la dépendance à des substances illicites en EHPAD provient de cette étude (133). Cette problématique concernerait moins de 0,9% des résidents (133). Mais la question, très ouverte, posée pendant l'enquête rend ce chiffre peu fiable et conduit probablement à une surestimation (133). Il semble que les consommations de substances illicites en EHPAD soient l'apanage de sujets plus jeunes, arrivés dans l'institution suite à une perte d'autonomie ou un handicap psychique (133).

Concernant le tabac, 28% des admissions étaient des fumeurs aux États-Unis dans les années 1990 et 46% avaient eu une dépendance au tabac dans leur vie (133). Les auteurs alertaient déjà sur une prescription trop élevée de psychotropes qui concernait entre 34 et 90% des résidents (133). En revanche, la consommation médicamenteuse élevée en EHPAD ne doit cependant pas être un frein au traitement d'une dépression, d'un trouble anxieux du sujet âgé ou à la prise en charge adéquate de la douleur (133). Par le passé, la volonté de diminuer à tout prix le nombre de médicaments consommés par chaque résident a pu conduire à sous-traiter certaines pathologies et notamment psychiatriques (133).

En Allemagne, des troubles mentaux ou du comportement directement liés à l'alcool étaient retrouvés chez 7,4% des pensionnaires (134). Cela concernait, comme dans l'étude de Leurs (94), essentiellement les sujets masculins (19,1% d'entre eux), jeunes, célibataires ou divorcés (134). Le nombre élevé de résidents en difficulté avec l'alcool qui avaient été adressés en EHPAD par un hôpital psychiatrique pouvait laisser penser que les alcoolisations sont davantage une cause qu'une conséquence de l'entrée en institution (134). Des chiffres de dépendance (perte d'autonomie) similaires à ceux retrouvés en France avaient été mis en évidence (134). 36,5% des résidents avaient un diagnostic de démence (134). L'irritabilité, l'agressivité et les idées suicidaires étaient plus marquées chez les consommateurs d'alcool (134). En revanche, il n'avait pas été trouvé de différence significative pour ce qui concerne la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil et les symptômes psychotiques (134). Les résidents ayant des troubles mentaux ou du comportement liés à l'alcool avaient 2,65 fois plus de chance de chuter que les autres (134).

L'EHPAD jouerait un rôle protecteur vis-à-vis des troubles liés à l'alcool car 50% des résidents stopperaient leur consommation, 25% adopteraient un usage simple et le dernier quart garderait un usage à risque (134).

Une autre source retrouvait chez les résidents des maisons de retraite, 49% de personnes présentant les critères diagnostiques d'abus ou de dépendance à l'alcool vie entière, avec 18% encore actifs (et 31% inactifs) (135). Cette source insistait sur la nécessité

de repérer et de prendre en charge les personnes qui effectuent un séjour temporaire en EHPAD et qui sont en difficultés avec l'alcool (135). La dépendance concernerait quant à elle 2,8 à 15% des résidents et serait le second trouble mental le plus fréquent après les troubles neurocognitifs (135). Les scores à la Geriatric Depression Scale (GDS) étaient plus élevés chez les personnes qui présentaient ou avaient présenté un TUA (135).

Une étude retrouvait chez 110 résidents d'EHPAD, 29% d'abus d'alcool vie entière, dont 9% l'année précédant l'admission (136). 60% des résidents avaient des troubles cognitifs, 13,8% un épisode dépressif majeur et 17,5% une dépression subsyndromique (136). L'épisode dépressif majeur et la dépression subsyndromique concernaient davantage les sujets exempts de troubles cognitifs (136). Les auteurs avaient montré que les troubles des activités instrumentales occasionnés par l'alcool étaient réversibles suite à l'entrée en institution, ce qui prouvait les bénéfices d'une abstinence, même tardive (136).

Les études les plus récentes menées en institution retrouvent des chiffres équivalents voire supérieurs à ceux des personnes âgées vivant à domicile (94,137,138). Ainsi, en cours séjour gériatrique, une étude mettait en évidence que 44% des sujets inclus avaient une consommation problématique avec 24% d'usage à risque, 11% d'usage nocif et 4% de dépendance (138).

L'ensemble des auteurs s'accorde pour avancer un chiffre de 10 à 20% de résidents en difficultés avec l'alcool (129,130). La boisson la plus consommée en EHPAD reste le vin (137). Les résidents pouvaient disposer en moyenne de 2,5 unités d'alcool par jour (96).

Il existe également un consensus pour avancer que comme chez l'adulte ou la personne âgée non institutionnalisée, les problématiques en lien avec l'alcool, même identifiées, ne sont pas suffisamment prises en charge en EHPAD (129). Les résidents sont parfois adressés à l'hôpital mais, après 65 ans, seulement un tiers des personnes en souffrance avec l'alcool seraient reconnues comme telles et seulement 10% des personnes prises en charge (139).

Nous avons évoqué la prescription importante de psychotropes dans cette tranche d'âge. Ces derniers semblent être plus prescrits chez les consommateurs d'alcool (129).

Parmi les résidents des maisons de retraite, ceux qui présentaient un trouble de l'usage de l'alcool actif ou inactif décédaient plus prématurément que ceux qui n'avaient jamais souffert de cette pathologie (140). Cependant, le nombre important de fumeurs parmi les consommateurs d'alcool peut fausser cette affirmation (140). Les décès en corrélation avec des maladies liées au tabac étaient plus fréquents que ceux liés à des pathologies induites par l'alcool (140). Il est vivement conseillé de prendre en charge la dépendance nicotinique associée avec une nette amélioration du pronostic des patients vivant en EHPAD, que ce soit

en terme de morbidité ou de mortalité (140). Ces auteurs soulignaient déjà, il y a plus de vingt ans, la nécessité de prendre en charge les épisodes dépressifs associés (140).

A noter, une modification des modalités de consommations des séniors et des résidents des maisons de retraite est attendue avec le vieillissement des jeunes générations, plus adeptes d'alcoolisations ponctuelles massives (94,132).

Des efforts ont pourtant été réalisés dans certaines institutions. Les dernières données hospitalières avaient montré une quasi-disparition de la consommation de vin dans les hôpitaux sans que l'accès à la boisson ne soit diminué sur le même laps de temps (141).

I.3.2. Facteurs pouvant favoriser une consommation en EHPAD

L'entrée en institution constitue généralement une blessure narcissique supplémentaire, qui peut venir s'ajouter à la perte d'autonomie, aux deuils, aux troubles cognitifs et au vieillissement corporel en général (129).

Il s'agit également d'un profond déracinement pour des aînés, moins nomades que les jeunes générations, qui doivent quitter un domicile qu'ils ont généralement connu toute leur vie.

Il est important de garder à l'esprit, et nous l'avons vu précédemment, que la relation qui lie un individu et l'alcool peut changer au cours de sa vie. L'entrée en institution peut être un facteur qui favorise l'apparition d'une consommation ou une modification des modalités d'usage (129,130).

Ensuite, il se crée une dépendance avec l'entrée en EHPAD, « presque infantilisante » (129,132). Elle peut se manifester par la nécessité de demander des autorisations pour les sorties (famille, soignant, administration), par un rythme (lever, repas, activités) imposé par l'institution. Certains auteurs évoquent le fait que cette dépendance vis-à-vis de l'institution tend à majorer la faille narcissique créée lors de l'entrée dans l'établissement (129). La perte des rôles sociaux, de l'autonomie et de l'indépendance pourrait jouer un double rôle, favorisant ou diminuant les risques liés à l'alcool selon les individus (132).

Les auteurs s'accordent à dire que les consommations problématiques d'alcool peuvent autant être l'origine que la conséquence de l'arrivée en EHPAD (130,134).

I.3.3. Mode de consommation en EHPAD

En maison de retraite, le lien unissant un individu à l'alcool est identique à celui d'une personne plus jeune ou d'une personne âgée vivant à domicile et défini précédemment, à savoir (130) :

- Le non-usage

- L'usage à faible risque, c'est-à-dire simple
- L'usage à risque
- L'usage nocif
- L'usage avec dépendance

Il existe trois façons de consommer de l'alcool pour les résidents des maisons de retraite. Premièrement à table, lors des repas. Il s'agit essentiellement de vin en quantité plus ou moins rationnée, en fonction des règles en vigueur au sein de l'institution (129,137). Les proportions servies peuvent varier, allant du verre dilué versé aux résidents qui le souhaitent, au pichet disposé sur la table (129). On peut donc supposer que cette organisation peut laisser libre cours à certaines dérives (résident qui prend le verre du voisin, qui se ressert sans modération au pichet...).

Deuxièmement, il peut exister des consommations en chambre, solitaires ou groupales (129,137). Il peut s'agir de boissons apportées par les familles, par d'autres résidents plus valides ou achetées lors d'une sortie (129,132,137).

Enfin, l'alcool peut être ingurgité en dehors de l'enceinte de l'établissement pour les résidents les plus valides (129,132,137). On peut alors citer les consommations qui ont lieu dans les bars les plus proches de l'EHPAD ou sur la voie publique, après achat dans le commerce. Certains auteurs évoquent même des situations où l'alcool est rapporté aux résidents par des membres du personnel de la résidence (137).

Il peut exister au sein des structures de véritables « organisations clandestines » visant à rapporter de l'alcool aux résidents les moins autonomes (129,132).

Si les auteurs (102,129,130,132) évoquent essentiellement la problématique de l'alcool en EHPAD, il semble également exister des consommations de tabac et de psychotropes qu'il convient de ne pas minimiser, d'autant qu'elles semblent liées aux consommations d'alcool (130).

I.3.4. Comment diagnostiquer les consommateurs à risque en maison de retraite ?

Comme chez la personne âgée vivant à domicile, le diagnostic n'est pas chose aisée. En effet, les critères diagnostiques validés chez l'adulte sont peu transposables chez la personne âgée. Nous l'avons vu précédemment, les modifications physiologiques en lien avec le vieillissement imposent une diminution des quantités consommées quotidiennement. Si la réduction des doses ingérées journalièrement devrait prochainement faire partie des pratiques courantes y compris en EHPAD, d'autres signes devraient également alerter le personnel (132).

La recherche des situations favorisant une vulnérabilité, citées ci-dessus, semble alors impérative afin de prévenir un TUA tardif ou susceptible de s'aggraver avec l'entrée en institution (132). De même, les troubles cognitifs, les chutes et troubles de l'équilibre devraient alerter le personnel soignant de l'institution (132).

Dépister un épisode dépressif, un trouble anxieux, des troubles du sommeil ou des douleurs que le résident soulagerait avec les consommations d'alcool revêt une importance capitale, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique (132).

Un intérêt particulier devrait être apporté aux effets recherchés lors des prises d'alcool car les modifications physiologiques survenant chez les personnes âgées rendent peu fiables les évaluations quantitatives (132).

Les troubles du comportement peuvent alerter le clinicien averti et devront faire questionner une consommation d'alcool même si une autre étiologie est retrouvée. Toutefois, ces conduites sont très fréquentes en maison de retraite (142). Elles concerneraient 32% des résidents durant la dernière année de leur vie et une part importante serait imputable aux troubles neurocognitifs (142). Néanmoins, certains auteurs ont démontré que le risque d'agressivité était multiplié par 1,5 en cas de consommation d'alcool problématique (142). Il est même multiplié par 2,6 si on s'intéresse à l'ensemble des troubles du comportement (142). L'alcool serait à l'origine de 18% des troubles du comportement observés durant la dernière année de vie, à domicile ou en maison de retraite (142). Les résidents d'EHPAD avaient un Odds Ratio de 2,3 pour l'agressivité et de 1,8 pour tous les types de troubles du comportement par rapport aux personnes âgées vivant à domicile (142). Les troubles du comportement entraîneraient un recours insuffisant aux soins durant la dernière année de vie, que ce soit à domicile ou en institution, et encore plus s'il existe une problématique psychiatrique ou un TUA (142).

Enfin, une attention particulière devrait être portée aux personnes ayant une consommation importante de psychotropes, qui peut masquer ou mimer les alcoolisations (132).

Chez les sujets qui consomment de l'alcool, il est important de questionner le ressenti que cela procure : la boisson est-elle une source de souffrance ou de plaisir ? Cette distinction paraît primordiale car elle constitue le premier pas vers une prise en charge (130).

I.3.5. Les problématiques soulevées par une consommation en institution

L'EHPAD constitue un système, dans lequel résidents et membres du personnel (soignants, administratif, restauration, animation) interagissent entre eux (123). Il existe également un lien étroit avec un second système : la famille. On peut donc dire que sur un

plan systémique, c'est un nouvel équilibre qui doit se former avec l'entrée en EHPAD et chacun de ses membres peut avoir un regard ou point de vue différent concernant les consommations d'alcool du résident.

Quel que soit l'intervenant, il peut se créer une « fixation sur le symptôme » qui semble par ailleurs être « contagieuse » au sein de la structure (123). Or cette cristallisation de l'attention du personnel et des proches semble renforcer les comportements qui en sont la source. Selon plusieurs auteurs, les troubles du comportement observés en EHPAD, quel que soit leur origine, seraient les témoins d'un dysfonctionnement de l'institution (123).

I.3.5.1. Le regard de la société et des autres résidents

La société semble accorder peu d'importance aux conduites d'alcoolisation en maison de retraite. Au sein de l'EHPAD, la stigmatisation, dont peuvent souffrir les personnes en difficultés avec l'alcool dans la société, est généralement reconduite (143).

Les autres résidents peuvent adopter des comportements allant de l'acceptation au rejet en passant par la plainte, la dénonciation et le mépris (143). Comme pour les soignants, cela renvoie à l'idée que chacun se fait des conduites d'alcoolisation.

Comme chez l'adulte et dans la société, boire de l'alcool à table pourrait contribuer à l'appartenance sociale à un groupe, participer à une sorte « d'intégration », au sein d'une population pour laquelle l'alcool bénéficie d'un important « ancrage culturel » (144).

L'alcool garde son caractère festif et convivial même au sein des EHPAD et il n'est pas rare qu'il soit servi lors des occasions, qui peuvent être plus ou moins nombreuses en fonction des structures (79,137).

Il a également été observé des situations où les autres résidents, plus valides étaient complices des consommations d'alcool, en allant en acheter à l'extérieur de l'établissement (129,130). Ce service pouvait être monnayé ou soumis à une reconnaissance ou certaines faveurs (partage de l'alcool, don d'objets, de cigarettes, ...).

I.3.5.2. Les règles de l'institution

Il va de soi que l'administration de l'EHPAD reste le garant de la qualité des soins prodigués au sein de la structure et de la sécurité de ses résidents (143). L'accès aux boissons alcoolisées est généralement régi par le règlement intérieur, propre à chaque établissement (143).

La position administrative de l'établissement peut être étroitement liée à celle des soignants. Elle peut aller de l'acceptation des consommations, à leur déni ou négligence sans oublier un surinvestissement dans la demande de soins (130).

Une enquête, menée aux États-Unis, montrait que 57,7% des résidences pour personnes âgées avaient autorisé la distribution d'alcool à leurs pensionnaires (79). 79,7% d'entre elles avaient réussi à collecter des informations concernant les habitudes de consommation, le type de boisson et les quantités bues par les séniors, même si cela restait approximatif (79). Ces données démontrent qu'une institution peut autoriser l'alcool, tout en tentant de rationner les quantités consommées. Certaines structures contrôlaient les consommations des résidents par diverses règles et restrictions (distribution uniquement par le personnel, limitation des événements, restrictions d'accès à certains endroits délivrant de l'alcool) (79). Toutefois, un quart des structures n'avait pas mis en place de règles afin d'encadrer les consommations de boissons alcoolisées (79).

55,8% des structures interrogées pensaient qu'il était approprié que les résidents aient accès à l'alcool et que cela faisait partie de leur « environnement social » (79). Plus d'un quart d'entre elles organisait des « cocktails hours », avec une fréquence allant de quotidienne à mensuelle (79). Plus de la moitié des structures demandait l'aval d'un médecin avant d'autoriser un résident à consommer des boissons alcoolisées (79).

Les institutions qui avaient interdit l'alcool reconnaissaient que des consommations étaient toutefois possibles lors des sorties familiales ou solitaires, pour les résidents les plus autonomes (79).

Très peu de structures déploient un encadrement personnalisé des consommations d'alcool. En effet, 94,2% d'entre elles régissent les consommations par des règles communautaires, appliquées à l'ensemble des résidents (79).

Aux États-Unis, les EHPAD avaient tendance à grandement minimiser le nombre de résidents qui étaient en difficulté avec l'alcool (79).

L'institution a une obligation de sécurité vis-à-vis de ses résidents (145). Elle doit également s'assurer que chaque personne âgée qui réside au sein de la structure « bénéficie de l'exercice plénier de ses droits et libertés fondamentales » et garantir « le respect de sa dignité et tous les droits corollaires à celle-ci » (145). C'est du fait de cette double mission que les règles de l'institution peuvent généralement être ambivalentes vis-à-vis des consommations d'alcool (145). Cette position est délicate car la liberté d'aller et venir, par exemple, ne doit pas favoriser un manquement à l'obligation de sécurité. Mais, dans le cas contraire, l'obligation de sécurité ne doit pas entraver la liberté de se mouvoir (145). Concernant l'alcool la situation peut être floue. Interdire la boisson représente une atteinte à la liberté individuelle.

Priver de la liberté d'aller et venir une personne qui consomme de l'alcool ? En l'absence de troubles cognitifs majeurs, la situation semble délicate. La cour d'appel d'Aix-en-

Provence disait en parlant de l'EHPAD que « seule une obligation de vigilance de moyens lui incombe qui doit s'apprécier au regard du comportement antérieur du résident et de la connaissance de ce comportement par l'établissement » (145).

Il semble donc que, sur le plan légal, l'institution ait, en terme de sécurité de ses résidents, une obligation de moyens et non de résultats (145). En cas de poursuite, c'est à l'accusation de prouver que l'EHPAD a failli à assurer la sécurité de ses résidents (145).

De cette législation pour le moins floue peuvent naitre différentes interprétations de la part des institutions. Il peut s'agir de l'interdiction totale de l'alcool et/ou des allers et venues des patients alcooliques afin de ne pas manquer à l'obligation de moyens, ou de ne pas faillir à l'obligation de sécurité. A l'opposé, une certaine permissivité peut s'installer, cachée derrière l'obligation de moyens et non de résultats.

Les auteurs traitant l'aspect législatif liant l'obligation de sécurité et le droit de liberté suggèrent une adaptation individualisée du règlement plutôt qu'un protocole commun à tous les résidents (145).

I.3.5.3. La position des soignants

Les soignants et le personnel intervenant dans les EHPAD sont peu formés à l'addictologie. L'enquête américaine citée ci-dessus (79) décrivait que dans 74,8% des structures, le personnel n'avait pas reçu de formation spécifique concernant l'alcool, son abus ou sa dépendance. Malgré ce manque de connaissances théoriques, 68,5% des institutions connaissaient les facteurs de risques, pouvant précipiter vers une consommation problématique (79).

Outre le manque de formation, les TUA semblent générer d'importantes difficultés pour les équipes en maison de retraite (129,130,132).

Quatre types d'attitudes sont habituellement décrites vis-à-vis des problématiques d'alcool en EHPAD : la tolérance, la négligence, le déni ou le combat (129,130,137). Certains soignants l'abordent sur le versant du soin, de l'aide et de l'accompagnement (129). Il est clair qu'il s'agit d'une problématique qui divise les équipes au sein d'une unité. Le positionnement de chaque soignant dans l'une des quatre attitudes citées ci-dessus ou dans les soins peut créer des tensions, par divergence d'opinion mais également par différence d'engagement.

Si au cours de la vie, les modalités de consommation peuvent évoluer chez une même personne, le regard des pairs et par conséquent le regard de la société porté sur une conduite peut être modifié avec l'entrée en institution (129). En EHPAD, les soignants peuvent réduire les troubles liés à l'alcool à des manifestations comportementales qu'il convient de stopper, généralement avec une aide médicamenteuse ou a minima un recours aux médecins

coordinateurs ou aux spécialistes (129). Un autre recours peut être la menace institutionnelle d'exclusion (129).

Il peut exister une réelle ambivalence chez les soignants qui peuvent être tiraillés entre les effets bénéfiques recherchés par les consommateurs et les dommages physiques, psychiatriques, neurologiques et cognitifs induits (129). Cette ambivalence peut dans les situations extrêmes conduire à « diaboliser » les consommations pour les personnes qui prendront en compte les dommages ou à les soutenir pour ceux qui considéreront le bien-être induit. La réponse extrême peut être de ne plus distribuer d'alcool au repas, d'interdire les sorties, de mettre en place des « punitions » voire l'exclusion de la structure (129). Le surinvestissement, la surprotection ou a contrario le rejet, l'agressivité ou la peur peuvent s'observer au sein d'une même équipe et parfois la scinder (129,132).

Les soignants peuvent se sentir insuffisamment formés et dépassés, surtout s'il existe une agressivité ou une agitation en lien avec une ivresse (132). Le manque d'effectif au sein de ces structures est pointé du doigt depuis des années. L'impuissance et le découragement des soignants peuvent découler de la multiplication des troubles liés à l'ivresse ou des transgressions. A l'extrême, un rejet du résident peut s'opérer (132).

Un autre frein mis en avant est la question de l'âge (129,130). La question du respect des « anciens » ou de l'identification aux proches « il a l'âge de mon père » « de mon grand-père » a souvent été pointée du doigt (129,143). La maison de retraite est avant tout un lieu de vie, certes médicalisé. Il peut, dans ce contexte, au-delà du soin, se créer des relations d'amitié, de la sympathie, entre les soignants et les résidents. Si cela apporte un réconfort certain à des personnes souvent isolées, déracinées de leur lieu de vie, il est clair que cela peut également freiner une prise en charge médicale des problématiques en lien avec l'alcool, en favorisant soit une forme de déni, de complaisance ou d'évitement (129).

Enfin, la vision du soignant concernant l'alcool peut modifier la prise en charge (129). Elle peut être influencée par son histoire de vie ou la présence d'un tel trouble chez ses proches. Menecier et ses collaborateurs (129) soulignent que « demeurer aidant et soignant nécessite un travail personnel et un travail d'équipe ».

I.3.5.4. La famille

L'entourage du résident peut adopter différentes attitudes vis-à-vis des consommations d'alcool de leur proche.

Il peut s'opérer une alliance avec les soignants, pour interdire ou accepter les consommations (129). La relation entre l'institution, la famille et les soignants est fortement

influencée par le point de vue de chacun. Il peut alors soit se créer une entente dont le résident peut être écarté. A l'opposé, on peut voir émerger des conflits, parfois judiciairisés.

La famille peut être complice des consommations et rapporter de l'alcool au pensionnaire ou favoriser les consommations lors des sorties accompagnées.

A l'opposé, les proches peuvent être réfractaires à toute consommation avec à l'extrême l'arrêt des visites ou des sorties accompagnées.

Parfois, l'entourage familial est dépassé par les consommations importantes à domicile et attend de la prise en charge en maison de retraite un sevrage suivi d'une abstinence (132).

I.3.6. Alcool en institution : pour ou contre ?

Pour Porcheron et ses collègues « répondre de manière univoque à cette question tiendrait immanquablement, tôt ou tard ; de la faute professionnelle » (144).

Classiquement, deux visions s'opposent lorsque cette question est posée. La première concerne la liberté individuelle qui est inscrite dans la loi du 4 mars 2002 (143,144) mais également dans la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ainsi que dans la charte du patient hospitalisé (144). La volonté du patient doit systématiquement être recherchée, quel que soit son âge ou son lieu de vie (144). Cependant, une partie de la prise en charge peut porter sur le travail de l'expression de cette volonté du patient (144).

La seconde vision est l'obligation de soins et de sécurité dans tous les établissements hospitaliers et médico-sociaux (143,144).

En institution, la liberté individuelle et le bien communautaire sont en affrontement permanent et l'équilibre est difficile à trouver (143).

Une prudence particulière doit être accordée aux situations où la restriction de la liberté individuelle serait supérieure à celle de la collectivité, faisant émerger un sentiment d'injustice pour le résident. Ces situations doivent être clairement motivées et expliquées aux résidents concernés (144). Elles doivent également être réévaluées de manière régulière afin de ne pas les prolonger si elles deviennent injustifiées.

La conclusion d'une étude similaire à celle que nous allons proposer est qu'il n'y a aucune raison de s'opposer à une consommation d'alcool en maison de retraite tant que celle-ci demeure raisonnée, c'est-à-dire sans risque (94). Elle doit cependant être davantage contrôlée avec un équilibre entre limite et liberté individuelle. Le résident a incontestablement besoin de repères fiables (94,144).

I.3.7. Recommandations de prise en charge

Lorsqu'un résident est en difficulté avec l'alcool, une cohérence doit se mettre en place entre les soignants, l'institution, la famille et le cercle amical (130). C'est ce travail d'équipe qui fera que l'accompagnement proposé sera rationnel ou non (130).

L'avancée en âge et encore plus l'institutionnalisation ne doit clairement pas favoriser la permissivité vis-à-vis des consommations d'alcool (129). Toutefois, toute consommation d'alcool ne doit pas être interdite (130). Il s'agit donc d'un dilemme à résoudre : concilier les choix de vie du résident et le projet de soins (137).

Reconnaître une utilisation problématique de l'alcool en institution implique une prise en charge. La nécessité de recourir à une intervention extérieure à l'établissement justifierait, en partie, le fait que la problématique alcool est régulièrement mise de côté en EHPAD (129). De surcroît, pour prendre en charge correctement une personne âgée en difficulté avec l'alcool, et encore plus en EHPAD, il faut prendre en considération son humanité, son histoire de vie, ses événements traumatiques et pertes ainsi que ses problématiques physiques, cognitives et psychiatriques (137).

Si des soins sont amorcés, ils ne peuvent en aucun cas se limiter à un sevrage suivi d'une abstinence, tous les deux plus ou moins forcés (137)

Certains auteurs suggèrent que le rôle des infirmiers devrait être renforcé pour le dépistage des personnes en difficulté avec l'alcool au sein des structures (129). Mais il faudrait dans ce cas accorder à ce personnel une formation adéquate, du temps et une valorisation du travail effectué, ce qui peut paraître utopiste (129). L'environnement revêt un rôle important car il n'est jamais neutre (132). Les premiers liens qui vont se créer, dès l'arrivée du résident, sont d'une importance capitale (132). Il convient d'éviter toute forme de culpabilisation et d'accompagner le patient dans la formulation d'une demande si nécessaire, ce qui augmente son sentiment d'être compris et, par conséquent, le lien thérapeutique (132).

Une fois la problématique alcool identifiée, il est recommandé de mettre en place un projet de soins personnalisé (129).

Un échange entre les différents intervenants doit se mettre en place (soignants, administration). La prise en charge doit être adaptée aux choix, à la motivation du patient et à sa souffrance, avec pour objectif final, comme chez l'adulte et le sujet âgé non institutionnalisé, une amélioration de sa qualité de vie (129). Le déni, la complaisance, ou l'acceptation des consommations en tant que « dernier plaisir », enlèvent au résident toute chance d'évolution et d'amélioration (129). Il apparaît évident que les modalités de prise en charge chez l'adulte ne sont pas totalement transposables au sujet âgé résidant en EHPAD (129).

Comme chez l'adulte et le sujet âgé, l'abstinence reste l'objectif à rechercher en cas de dépendance mais une consommation contrôlée est possible en cas d'usage à risque (129,137).

Si un sevrage est envisagé par le patient en vue d'une abstinence, les recommandations citées ci-dessus (paragraphe I.2.9.) pour la personne âgée sont applicables (108,129). Les benzodiazépines et la vitaminothérapie gardent toute leur place. La surveillance de la tolérance du sevrage et de son traitement doit être quotidienne (129). Cette prise en charge doit se dérouler, si possible, au sein de l'institution même si le recours à l'hospitalisation dans un service spécialisé (addictologie, psychiatrie du sujet âgé ou gériatrie) est parfois indiquée ou nécessaire (129).

Un travail psychothérapeutique est indiqué pour accompagner le sevrage mais surtout après celui-ci (129). Il a pour objectif le soutien et l'information mais, particulièrement, c'est la renarcissisation qui est préconisée (129,143). Ce travail peut être effectué par un médecin, un infirmier ou un psychologue intervenant au sein de la structure mais il existerait un bénéfice à ce qu'il soit réalisé avec un soignant de l'institution (129,137). Comme pour le sevrage, il est recommandé que l'accompagnement psychothérapeutique ait lieu dans l'EHPAD si possible (129). Ce travail peut éventuellement se faire à plusieurs mais il vaut mieux constituer des groupes d'âges sensiblement identiques afin de favoriser l'identification au groupe et l'entraide (143).

Le choix du résident devra être connu et accompagné par l'ensemble du personnel, ce qui pourra éviter certaines propositions mal venues comme par exemple un verre de vin à table.

Un lien doit se créer entre les équipes (administratives et soignantes) prenant en charge le résident et ses proches, que ce soit sa famille ou son cercle amical (qu'il s'agisse de résidents ou de personnes extérieures à l'établissement) afin d'adopter des conduites communes visant à améliorer la qualité de vie du pensionnaire (129).

Les conséquences et comorbidités, qu'elles soient psychiatriques ou somatiques, doivent impérativement être recherchées et prises en charge, au même titre que pour l'adulte et la personne âgée (129,132). La recherche d'une dépression et d'un trouble anxieux doit être systématique (132). Comme nous l'avons dit précédemment, une attention toute particulière doit être portée sur le risque suicidaire car plusieurs facteurs de risques sont ici associés : personnes âgées, alcool et vulnérabilité en lien avec l'institutionnalisation (132).

Il est recommandé de réaliser un entretien psychiatrique ou psychologique, un examen somatique complet et un bilan biologique chez tout résident présentant un TUA (132). Une

évaluation cognitive est également vivement conseillée, au même titre qu'il faut réétudier l'ordonnance mais surtout les traitements psychotropes (132).

Les auteurs, ayant travaillé en liaison au cœur de ces structures, évoquent la position centrale qu'ils ont pu occuper dans la dynamique institutionnelle (143). Tantôt garants de l'intégrité psychique du patient, tantôt médiateurs au sein des équipes ou travaillant au projet institutionnel et par conséquent au règlement intérieur (143). Ils gardent également une place centrale dans le dépistage et le traitement des comorbidités psychiatriques. Ils doivent également participer au travail de renarcissisation de la personne âgée mentionné ci-dessus. La généralisation de ces équipes de liaison devrait être préconisée.

Il apparaît impératif de tenter de reconstituer les consommations actuelles et passées du patient tout en les corrélant à ses événements de vie (132).

L'accompagnement dans les pertes et deuils ou la prévention de la désafférentation sensorielle ont été cités comme facteurs préventifs de la survenue d'un TUA en EHPAD (129).

Une attention particulière doit être accordée à la prescription médicamenteuse et surtout aux psychotropes chez les sujets consommateurs d'alcool en EHPAD (129).

Le plan de prise en charge doit être individuel et prendre en considération l'histoire de vie et le lien qui s'est créé avec l'alcool au cours de celle-ci, les comorbidités psychiatriques et somatiques et les attentes du résident (143). L'âge ne doit pas constituer une échappatoire à une prise en charge adéquate, d'autant qu'il est associé à une meilleure adhérence à la prise en charge (143,146). L'institutionnalisation ne doit pas constituer un frein au traitement des troubles liés à l'alcool. Toutefois, un juste milieu doit être trouvé entre restriction et permissivité. Il est souvent le fruit d'une discussion avec le résident, les soignants et l'institution (144). Certains auteurs recommandent des règles « communes et immuables » qui devraient être davantage fondées sur des valeurs que sur des actions (144). Les règles mises en place doivent être approuvées et négociées afin qu'elles soient acceptées et intégrées tant par les soignants que par les résidents (144).

D'autres auteurs suggèrent un regroupement des résidents, constitué des groupes de personnes abstinentes ou non-consommatrices et des groupes de personnes consommant de l'alcool, qui devrait être dilué par ailleurs (144). Cette répartition, qui pourrait en effet faciliter la prise en charge des résidents à risque, est cependant limitée par la libre installation (généralement par affinité) des résidents à table, le repas étant un moment de convivialité important (144). Si cette stratégie est adoptée, elle devra être acceptée par le résident et justifiée comme un outil pouvant accompagner l'abstinence ou la réduction des consommations (144).

Joseph a montré que de faibles doses d'alcool pouvaient augmenter les interactions sociales et le bien-être des résidents sans conséquence négative (133). Toutefois, les personnes étaient sélectionnées et les quantités consommées étaient contrôlées mais ces résultats semblent confirmer la nécessité d'une consommation contrôlée et non interdite en EHPAD (133).

Concernant les consommations d'alcool en dehors de l'établissement, il a été proposé d'informer les vendeurs à proximité (épiceries, bars) des dangers que représente l'alcool chez les personnes âgées. Cette stratégie préventive aurait pour objectif de réduire les consommations des résidents en dehors de l'EHPAD sans trahir le secret médical (144). Il convient toutefois d'éviter la moralisation et la délation des clients de ces points de vente qui sont néfastes (144).

Il semble important de rappeler, du fait de leur fréquence importante en EHPAD, que les troubles cognitifs ne doivent pas constituer un frein à la prise en charge d'un TUA (114).

Enfin, un soutien doit être apporté aux équipes, souvent en sous-effectif et épuisées par ces situations, parfois même, en conflit. Ce rôle doit être joué par les équipes mobiles de psychiatrie ou d'addictologie intervenant au sein de ces structures ou par le psychologue (132). Une partie du travail doit également se faire avec l'institution afin de guider les règles à mettre en place (143).

I.3.8. État des lieux de la prise en charge actuelle

Il semble qu'actuellement les résidents en difficultés avec l'alcool sont identifiés mais insuffisamment pris en charge (129). Il existe une forme de fatalisme et de déni, qui peut être pour le personnel une forme de « défense ».

Une grande partie de la problématique actuelle pourrait se jouer dans la difficulté des soignants à aborder la question de l'alcool avec leurs patients.

Certains établissements ont fait le choix d'interdire toute consommation d'alcool au sein de leur structure, y compris au repas. Ce choix ne semble pas justifié à l'heure actuelle, Menecier-Ossia et ses collègues expliquent que cela revient à confondre l'usage simple avec l'usage à risque/nocif ou avec dépendance (137). Outre le fait qu'il s'agit d'une entrave à la liberté individuelle, il semble également que ces interdictions favorisent les consommations cachées et la prohibition (137).

Menecier et ses collaborateurs (129) font état d'une fréquence élevée des syndromes dépressifs chez les patients institutionnalisés, sans toutefois avancer de chiffre. Ils soulignent également une particularité par rapport aux personnes plus jeunes : la persistance des symptômes dépressifs après sevrage qui serait plus fréquente.

Il semble que les résidents en difficultés avec l'alcool ou présentant des troubles du comportement lors des alcoolisations aiguës aient moins accès aux soins et bénéficient de moins de considération de la part de leurs soignants que les autres (132).

Les médecins généralistes n'abordent que peu la problématique alcool avec leurs patients seniors (143). La présente revue de la littérature n'a pas trouvé d'article où est questionné l'abord de cette problématique par les médecins coordonnateurs ou intervenant dans les EHPAD.

Certaines sorties pour l'approvisionnement peuvent être considérées comme des fugues et alors mobiliser des soignants, ce qui peut également renforcer le rejet ou la colère envers ces résidents présentant des troubles liés à l'alcool (132). Ces sorties sans autorisation renforcent généralement les mesures « coercitives » à l'encontre du résident concerné (132).

Nous l'avons déjà évoqué, les soins forcés ne sont pas une solution pour accompagner une personne âgée vers une prise en charge adéquate. Pourtant, bien trop souvent encore, ces personnes « boucs émissaires » sont régulièrement « poussées » vers les hôpitaux pour une prise en charge dont elles n'ont pas été demandeuses, voire parfois pas informées (123). Ces hospitalisations itératives au sein des services de gériatrie ou de psychiatrie, permettent généralement d'offrir un répit aux équipes surchargées. En effet, il s'agit régulièrement de résidents qui « posent problème » au sein de l'institution et leur prise en charge peut être accompagnée d'une demande de non-retour plus ou moins explicite (123). Le résident n'est généralement pas le seul fautif car bon nombre d'entre nous ont constaté un amendement régulier des problématiques signalées en institution avec l'arrivée dans des services hospitaliers (123).

Si les troubles réapparaissent après une prise en charge hospitalière, ils peuvent être considérés à tort comme définitifs, acquis et donner lieu à une exclusion ou une demande de mutation (123).

Ces hospitalisations pourraient cependant constituer un levier vers une prise en charge plus complète à l'avenir.

Un des faits constatés par Brethes (123) est que le personnel soignant ne connaît généralement pas suffisamment l'histoire de vie des résidents, ce qui entrave la compréhension de leurs troubles et donc leur prise en charge ainsi que le bon fonctionnement du système que constitue l'EHPAD. Cela pourrait également venir du fait qu'il ait toujours existé un grand turn-over au sein des équipes soignantes des maisons de retraite (133).

L'augmentation du nombre de personnes âgées dans les prochaines années va indéniablement majorer le nombre de résidents dans les EHPAD et par conséquent le nombre de personnes en difficultés avec l'alcool au sein des institutions (79). Il apparaît donc urgent

de mettre en place un accompagnement pour ces structures et d'évaluer son efficacité avant que les EHPAD soient dépassés par la situation (79).

II. L'étude CONSOEHPAD

Partant du constat qu'il n'y avait pas eu suffisamment d'études évaluant la consommation d'alcool en EHPAD ou qu'elles portaient sur des échantillons de trop petite taille, nous avons décidé de bâtir un protocole de recherche ayant comme objectif de confirmer ou d'infirmer les chiffres de prévalence cités dans la précédente revue de la littérature. Nous espérons que les résultats seront le plus possible représentatifs de la population âgée vivant en maison de retraite dans le département de la Haute-Vienne.

Leurs et ses collaborateurs (94) n'avaient pas été en mesure d'extrapoler leurs résultats à la population française vivant en EHPAD du fait que leur région était une des plus importantes consommatrices d'alcool en France. Il semble peu probable que nos résultats le soient également. Ces derniers n'avaient pas trouvé de différence significative entre les consommateurs excessifs et le reste des résidents en ce qui concerne les symptômes psychiatriques, les comorbidités somatiques et la consommation de psychotropes. Nous avons décidé de pousser l'idée encore plus loin en ajoutant dans le cahier de passation une échelle d'anxiété et une autre évaluant la dépression, afin de pouvoir se baser sur des outils validés.

Ce travail, qui a été décalé en raison du contexte épidémique, devait être le fruit de la collaboration entre un interne de médecine générale et un autre de psychiatrie. Il sera, nous l'espérons, repris par de futurs psychiatres et/ou généralistes une fois cette période exceptionnelle passée.

L'objectif des deux investigateurs dans cette étude est de s'attacher à l'évaluation de la consommation d'alcool mais également aux comorbidités psychiatriques, à la consommation de psychotropes, aux troubles cognitifs, à la recherche d'une perte d'autonomie et à la comparaison des comorbidités somatiques, en comparant toutes ces données entre consommateurs et non-consommateurs d'alcool.

Cette partie traitera donc la description de l'étude, suivie d'une discussion critique de celle-ci et abordera enfin les résultats attendus et les perspectives qui pourraient en découler.

II.1. Justification de l'étude

L'étude CONSOEHPAD peut se justifier par un manque criant de littérature concernant la consommation d'alcool en EHPAD. L'alcool est la première substance abusée par les sujets âgés et sa consommation ne s'arrête pas avec l'entrée en institution (82). Si le nombre de non-consommateurs augmente avec l'âge en raison d'une proportion plus importante de femmes dans cette population, 35% des sujets de 75-85 ans consomment quotidiennement de l'alcool (16,18,83). L'enquête Paquid, réalisée dans la région Aquitaine, montrait que chez les sujets

de plus de 65 ans, 40,1 à 42,8% consommaient un quart de litre de vin par jour et que 15,1 à 15,4% buvait un demi-litre de vin par jour. Le sex-ratio de la consommation était de 1,3 contre 3 chez l'adulte où une nette prédominance masculine est retrouvée, ce qui tend à diminuer lorsque l'âge augmente (85). Une étude menée en Loire-Atlantique (96), à l'aide de la grille AUDIT modifiée, retrouvait 32% de personnes âgées qui consommaient cinq fois par semaine et 17%, trois verres ou plus quotidiennement en ambulatoire. Dans cet échantillon de 66 personnes, 40% déclaraient une consommation festive de 3 verres ou plus. 31% affirmaient avoir eu une réflexion autour de leur consommation excessive et 27% avaient une dépendance probable. Dans notre département, selon une pré-étude réalisée en 2011 (147), la fréquence de la consommation d'alcool était de 43,3% et celle de l'usage nocif de 3,3% chez les personnes âgées. D'une manière générale, les études s'accordent à dire que la consommation d'alcool chez la personne âgée est sous-estimée, sous-diagnostiquée et par conséquent sous-traitée (148). Le fait de voir dans l'âge une permission à la consommation est un paradoxe et ne peut qu'aggraver une dégradation physique et cognitive (148).

Les complications aiguës surviennent à des taux d'alcoolémie plus faibles que chez le sujet jeune en raison de multiples facteurs (modifications physiologiques, nutrition, comorbidités et polymédication, entre autres). Ces principales complications sont les chutes et traumatismes, les états confusionnels et les troubles psychocomportementaux. De même, l'ivresse délirante serait plus fréquente (83). La consommation chronique augmente de manière significative les pathologies cardiaques, les syndromes gériatriques, les chutes et les syndromes confusionnels.

De plus, selon une étude américaine (11), les sujets de plus de 65 ans présentant une consommation excessive d'alcool auraient un risque multiplié par 9 ou 10 de décéder par suicide. Ce risque est même multiplié par 16 selon certaines études (85). Il existe un lien certain entre consommation d'alcool et autres pathologies psychiatriques, la consommation pouvant majorer ou favoriser les affects dépressifs et le passage à l'acte suicidaire (10,104).

On estime que 30000 décès par an chez les plus de 65 ans seraient imputables directement ou indirectement à un mésusage de l'alcool, chiffre à nuancer car il est potentiellement sous-estimé du fait d'un repérage insuffisant (83).

Le vieillissement amène des modifications physiologiques et est corrélé à une polypathologie et donc à une poly-médication, aboutissant à une moindre tolérance aux effets de l'alcool. Des recommandations pour une consommation d'alcool à moindre risque ont été adaptées aux sujets âgés aux États-Unis : après 65 ans, il est recommandé de ne pas dépasser un verre par jour (sept par semaine) et trois verres en une seule occasion (78,130).

D'après plusieurs études, les consommations d'alcool existent toujours en EHPAD. Elles induisent une souffrance individuelle pour le consommateur mais aussi de réelles difficultés parmi les équipes soignantes. En institution, la consommation est plus visible qu'à domicile. Cependant, en fonction des établissements, elle sera acceptée, déniée, ou négligée, parfois abordée dans une perspective d'aide et de soins (130). Comme en ambulatoire, l'alcool est la substance psychoactive que peuvent le plus consommer les personnes âgées en maison de retraite, avec le tabac, les médicaments psychotropes et antalgiques, plus ou moins détournés de leurs indications (130).

Les chiffres de prévalence des difficultés avec l'alcool en EHPAD varient extrêmement d'une étude à l'autre, de 0 à 25% et même jusqu'à 70% selon certaines études anglo-saxonnes (130). Cependant, le chiffre global de 10 à 20% est le plus souvent retenu (129). En Loire-Atlantique (96), sur 107 sujets en institution, 43% consommaient plus de 5 fois par semaine, et 15% déclaraient 3 verres ou plus par jour (les hommes plus que les femmes). La consommation festive de 3 verres et plus concernait 31% des personnes interrogées, 5% avaient eu des réflexions de la part de leur entourage, 40% présentaient un risque ou une consommation excessive et 9% étaient dépendants probables. On retrouve également plus d'occasion de consommation festive en institution qu'en ambulatoire (143).

Si la consommation d'alcool au moment des repas est souvent autorisée, apporter de l'alcool de manière « clandestine » de l'extérieur de l'établissement requiert un certain niveau d'autonomie comme le soulignent Pellerin et ses collègues (132).

Interdire l'alcool dans les institutions ? Deux notions s'affrontent : la liberté individuelle inscrite dans la loi du 4 mars 2002 et la notion d'obligation de soins et de sécurité dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux (143). D'après Porcheron et ses collaborateurs (144), répondre de manière univoque à cette question relèverait de la faute professionnelle. Ils jugent plus judicieux d'adopter une souplesse d'organisation pour faire face aux besoins individuels des résidents. Certains auteurs évoquent le risque d'émergence d'une consommation cachée, encore plus dangereuse en cas d'interdiction totale de l'alcool en institution (149).

Cependant, il n'existe à l'heure actuelle que peu d'études concernant l'évaluation des consommations d'alcool en EHPAD et elles portent sur des échantillons de petites tailles. Notre revue de la littérature n'a pas retrouvé d'études comparant les prévalences de la dépression ou de l'anxiété chez les consommateurs et non-consommateurs d'alcool, pris en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il en est de même pour les antécédents somatiques et la consommation de psychotropes.

Or, il paraît important de démontrer que même en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, une consommation excessive d'alcool augmente la fréquence des comorbidités psychiatriques et somatiques ainsi que la consommation de psychotropes, comme cela a été démontré chez les personnes âgées vivant à domicile (88,99,106,110,111,113). L'objectif final de cette étude est de faire un état des lieux, afin d'adapter l'offre de soins allouée aux EHPAD, car selon certains auteurs, le nombre de personnes âgées consommant de l'alcool devrait augmenter avec l'arrivée dans ces établissements des « baby-boomers ».

II.2. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de décrire l'usage de l'alcool chez la personne âgée résidant en EHPAD dans le département de la Haute-Vienne.

Cette étude comporte plusieurs objectifs secondaires afin de recueillir des données épidémiologiques qui sont indissociables de la consommation d'alcool. Ces derniers sont :

- Comparer le niveau d'étude chez les consommateurs et non-consommateurs ;
- Comparer la profession antérieure chez les consommateurs et non-consommateurs ;
- Comparer l'état de dépendance entre les consommateurs et les non-consommateurs d'alcool ;
- Évaluer, pour les consommateurs d'alcool, l'évolution de leur consommation depuis l'entrée en institution ;
- Évaluer, chez les consommateurs, la répartition de « buveurs précoces » et de « buveurs tardifs » ;
- Comparer les comorbidités psychiatriques (anxiété et dépression) chez les consommateurs versus non-consommateurs d'alcool ;
- Comparer les comorbidités somatiques entre buveurs et non buveurs ;
- Comparer la consommation de psychotropes entre buveurs et non buveurs ;
- Évaluer le besoin de prise en charge des consommateurs d'alcool en EHPAD selon le point de vue du patient.

II.3. Matériels et méthode

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, observationnelle et transversale. Rattachée à l'unité de recherche et d'innovation (URI) du centre hospitalier Esquirol et évaluant la population vivant en maison de retraite en Haute-Vienne.

Dans ce paragraphe, nous allons aborder la population concernée par notre étude, les critères d'inclusion et d'exclusion mais également des modalités de recrutement. La dernière partie sera l'évoquera les échelles utilisées tout en justifiant leur choix.

II.3.1. Population, recrutement et taille de l'échantillon

Le département de la Haute-Vienne est un des départements où l'âge moyen de la population est le plus élevé en France. Par conséquent, il comporte un nombre important d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (tableau 3). En effet, selon le guide 2016 des établissements pour personnes âgées publié par le département de la Haute-Vienne, on ne dénombre pas moins de 40 EHPAD ce qui représente environ 3753 places, sans compter les hébergements temporaires. De par les critères d'inclusion, l'étude n'intégrera pas les sujets pris en charge dans les unités spécialisées pour maladie d'Alzheimer et apparentés (493 lits). Afin d'éviter toute redondance, les personnes occupant un lit d'hébergement temporaire ne seront pas comptabilisées pour participer à l'étude (89 places).

Au final, il est possible d'avancer dans un premier temps le chiffre de 3223 personnes potentiellement ciblées par cette enquête épidémiologique. Si ce chiffre peut paraître élevé au premier abord, il va considérablement diminuer une fois que les critères d'inclusion et d'exclusion auront été appliqués. Il ne s'agit en effet que de toutes les personnes qui vivent en EHPAD hors unité de prise en charge de troubles neurocognitifs sévères et hébergements temporaires.

Dans l'étude de Leurs et ses collaborateurs (94), qui reprend des critères d'inclusion et d'exclusion proches des nôtres, seulement 46% des sujets en établissements étaient finalement incluables ; ce qui représenterait par rapport au nombre de lits initial (3223) que 1482 personnes. Il n'est également pas certain que tous les médecins coordonnateurs des établissements du département donnent leur accord pour la réalisation de cette étude, il en est de même pour les sujets. Si nous partons de l'hypothèse qu'un tiers des établissements répondra favorablement à notre demande, cela fera donc 503 sujets au total.

Nous pensons donc être en capacité d'inclure entre 300 et 500 personnes dans cette étude épidémiologique, ce qui serait réalisable pour deux internes, à raison d'une journée par semaine pendant trois mois.

Tableau 3 : Places disponibles dans les EHPAD de la Haute-Vienne en 2016 et population potentiellement incluse dans l'étude.

Localisation de l'EHPAD	Nombre de places	Maladie d'Alzheimer et apparentés	Personnes handicapées psychiques stabilisées vieillissantes	Hébergements temporaires *	Sujets potentiellement inclus dans l'étude
Aixe-sur-Vienne	66	0	0	4	66
Ambazac	130	6	0	10	124
Bellac	181	0	0	0	181
Bessines-sur-Gartempe	60	0	0	0	60
Bujaleuf	60	60	0	0	0
Les Cars	79	0	0	4	79
Châlus	123	0	0	0	123
Châteauneuf-la-forêt	126	30	0	3(7-4)	96
Châteauponsac	62	14	0	0	48
Condat-sur-Vienne	18	18	0	0(1)	0
Couzeix	79	20	0	0(5)	59
Cussac	81	15	0	3	66
Le Dorat	115	0	0	0(1)	115
Eymoutiers	80	0	0	2(4-2)	80
Feytiat	78	0	0	4	78
Isle	75	14	6	5	55
Ladignac-le-Long	71	11	0	0(1)	60
Landouge	78	78	0	0(2)	0
Limoges Léobardy	80	0	0	3	80
Limoges Marcel Faure	100	0	0	4	100
Limoges le Roussillon	74	16	0	6	58
Limoges le Mas Rome	80	80	0	0(4)	0
Limoges ORPEA	91	13	0	6(9-3)	78
Limoges Chastaingt	283	32	0	0	251
Magnac-Laval	229	0	17	0(1)	212
Nantiat	82	0	0	0	82
Nexon	60	0	0	1	60
Nieul	83	22	0	5	61
Le Palais-sur-Vienne	80	0	0	0	80
Panazol	78	15	0	0(5)	63
Pierre-Bufferière	60	0	0	0	60
Rochechouart Le Châtenet	61	0	0	0	61
Rochechouart Château	85	0	0	0	85
Saint-Germain-Les-Belles	78	15	0	4	63
Saint-Junien	142	0	0	0(2)	142
Saint-Laurent-sur-Gorre	65	0	0	4	65
Saint-Léonard-de-Noblat	114	2	0	0	112
Saint-Sulpice-les-Feuilles	28	12	0	0	16
Saint-Yrieix-la-Perche	178	20	14	5(7-2)	144
Verneuil-sur-Vienne	60	0	0	16	60
Total :	3753	493	37	89	3223

* Entre parenthèses, soustraction des hébergements temporaires pour maladie d'Alzheimer et apparentés

II.3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été élaborés pour être les plus représentatifs possible de la population française vivant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Nous nous sommes également inspiré de l'étude de Leurs et ses collaborateurs (94).

Pour être inclus dans l'étude il suffira donc :

- D'être un homme ou une femme de 60 ans ou plus
- Vivant en EHPAD ouverts et servant de l'alcool à leurs résidents dans le département de la Haute-Vienne
- Vivant en EHPAD depuis au moins 6 mois
- Avoir un score au MMSE supérieur ou égal à 15

Ces critères d'inclusion relativement peu restrictifs permettent de garder une large population dans l'étude et donc ainsi d'augmenter sa puissance. De plus, moins ces critères seront restrictifs, plus les biais de sélection en seront diminués.

Les critères de non-inclusion ont été pensés de la même manière et sont également largement inspirés de la plus grande étude française portant sur le même sujet (94). Ne seront pas sélectionnés pour participer à cette étude, les sujets répondant à au moins un des critères suivants :

- Les sujets sous curatelle ou tutelle dont le consentement n'aura pas pu être recherché ou trouvé
- Les sujets dont il est impossible de recueillir un consentement éclairé
- Communication orale impossible
- Fin de vie

Seront exclus secondairement de l'étude, les sujets n'ayant pas été en capacité de répondre à l'auto-questionnaire AUDIT.

II.3.3. Les échelles

Lors de la conception de cette étude, nous souhaitons utiliser des échelles simples de réalisation, reproductibles et validées par la communauté scientifique.

Pour l'inclusion dans cette enquête et par conséquent l'exclusion des troubles cognitifs qui rendraient la réponse aux évaluations suivantes impossible, nous avons naturellement choisi le MMSE. Premièrement il s'agit d'un outil validé pour le dépistage des troubles cognitifs. Deuxièmement, la plus grande étude réalisée en France portant sur l'évaluation de la consommation d'alcool en maison de retraite avait utilisé cet outil pour l'inclusion des sujets

(94). Nous avons donc choisi la même valeur (score de 15) que cette étude pour l'exclusion des sujets présentant des troubles cognitifs.

Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) est le fruit d'une collaboration scientifique entre six pays et a d'emblée été conçu pour pouvoir être traduit dans de multiples langages (Annexe 3) (150). Il permet de couvrir plusieurs dimensions : les consommations, les comportements qui y sont associés mais également les problèmes induits (150). Les états de dépendance mais également les consommations à risque sur les 12 derniers mois peuvent être aisément repérés (150). Le questionnaire permettrait de détecter des formes moins sévères d'alcoolisme, ce qui peut être le cas chez le sujet âgé (150). Il a montré une validité dans plusieurs pays et cultures différentes (150). Dans les six pays qui ont travaillé à sa conception sa sensibilité était de 97% et sa spécificité de 78% pour la détection des consommateurs à risques, 95% et 85% pour les personnes ayant eu un problème dans l'année passée (150).

Cet auto-questionnaire est donc à la fois validé et reproductible. Il se compose de 10 questions, chacune cotée par un chiffre, en fonction de la réponse du patient, allant de 0 à 4. Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme (7 chez la femme) est évocateur d'un mésusage actuel de l'alcool. Un score supérieur ou égal à 12 chez l'homme (11 chez la femme) est évocateur d'une dépendance à l'alcool.

L'AUDIT semble supérieur à l'AUDIT-C pour détecter une dépendance ou un abus (151). Il permettrait de détecter des consommations problématiques avec des seuils inférieurs au MAST (Michigan Alcohol Screening Test) et au CAGE (Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, Eye-openers) (152). Il a également été validé pour le dépistage des consommations à risque et dépendance chez les personnes présentant des troubles psychiatriques (152,153). Chez les personnes âgées, il a été admis que l'AUDIT est un bon outil pour détecter l'usage à risque alors que le CAGE serait meilleur pour la dépendance (154). Dans cette population, sa sensibilité serait de 66,7% et sa spécificité de 95,3% pour un cut-off situé à 8 (154). Ces auteurs le classe comme supérieur au CAGE et au MAST en population âgée d'où ce choix méthodologique. Toutefois, ils suggèrent d'abaisser son cut-off dans cette tranche d'âge (154). Chez les vétérans âgés, il a été trouvé, en revanche, une supériorité du MAST (version gériatrique) et du CAGE par rapport à l'AUDIT (155). Ce résultat serait cependant à relativiser par l'inclusion de personnes qui étaient d'anciens buveurs.

La Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) est une échelle d'hétéro-évaluation, créée en 1960, permettant d'analyser la plupart des symptômes associés à la dépression (Annexe 5). La HDRS a été développée pour mesurer l'efficacité des antidépresseurs et est rapidement devenue la mesure standard pour évaluer la dépression tant dans les essais

cliniques que dans la pratique quotidienne à travers le monde entier. Elle s'est avérée être une échelle fiable, capable de distinguer les différents degrés de sévérité des épisodes dépressifs (156). Après plus de quarante ans d'utilisation, elle reste le moyen le plus couramment utilisé pour évaluer cette maladie. Elle se compose de 17 items avec une cotation de 0 à 4 pour certains d'entre eux et de 0 à deux pour les autres. Un score compris entre 10 et 13 signe des symptômes dépressifs légers alors qu'ils sont légers à modérés entre 14 et 17 puis modérés à sévères au-delà de 18 (157).

La Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), créée en 1959, est l'une des premières échelles d'évaluation pour mesurer la gravité des symptômes de l'anxiété (Annexe 6) (158). C'est une hétéro-évaluation qui comprend 14 items (état d'inquiétude, tension, état dépressif, conduite pendant l'entrevue, peurs, intellect, insomnie, symptômes somatiques). Chaque élément est noté de 0 à 4. Un score supérieur à 17 indique une anxiété légère, un score supérieur à 25 est considéré comme une anxiété grave. La fiabilité et la validité de cette échelle se sont avérées suffisantes dans de nombreuses études (159).

Conçue au début des années 1990, la grille AGGIR (Annexe 4) permet d'évaluer la « fragilité » des personnes âgées vivant à domicile, hospitalisées ou institutionnalisées. Elle permet de classer la dépendance en 6 catégories (GIR1 à GIR6), et ainsi d'attribuer une aide financière gouvernementale, l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Elle a principalement deux fonctions : l'évaluation du degré d'autonomie des personnes âgées dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et l'éligibilité à l'APA (160). Le questionnaire comporte 10 variables discriminantes (6 se rapportant à la perte d'autonomie, 2 variables physiques, 2 variables instrumentales) et 7 variables illustratives, permettant d'étayer les éléments de contexte. La grille AGGIR est tout à fait validée pour la dépendance physique, beaucoup moins pour la dépendance psychologique et comportementale, ce qui suggère un besoin de réajustement pour les patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs (161).

Le reste du cahier de passation comporte des questions simples qui seront posées aux sujets. Elles paraissent donc fiables et reproductibles.

II.4. Déroulement de l'étude

Un courrier d'information sera envoyé à chaque directeur d'EHPAD ainsi qu'aux médecins coordonnateurs concernant les objectifs et le déroulement de l'étude. Il leur sera également demandé si l'alcool est autorisé au sein de leur structure et s'il est limité en quantité. Pour les établissements acceptants, une convention avec demande d'accès au dossier médical des résidents participants sera ratifiée.

Une première visite d'information sera réalisée dans les établissements concernés pour réaliser un screening. Les notes d'information seront distribuées aux résidents et l'étude

leur sera présentée et expliquée. Pour les sujets bénéficiant d'une mesure de protection, une lettre spécifique d'information sera adressée à leur tuteur/curateur afin d'obtenir son consentement.

La seconde visite dans l'établissement sera l'inclusion après signature du consentement, suivie de la réalisation des différentes questions et échelles présentes sur le cahier de passation.

Premièrement, l'âge, le sexe, le niveau d'étude et la profession antérieure du sujet seront renseignés sur le cahier de passation.

Ensuite, afin de remplir les critères d'inclusion ou d'exclusion, les sujets passeront un test MMSE (annexe 6). Les personnes obtenant un score inférieur à 15 seront exclues d'office.

Nous évaluerons également le degré d'autonomie grâce à la grille AGGIR datant de moins d'un an. Si ce délai est dépassé, la grille AGGIR sera réalisée.

Ensuite, conformément à l'objectif principal, les sujets rempliront l'auto-questionnaire AUDIT. Si toutefois la personne se trouvait dans l'incapacité de remplir le questionnaire, elle sera exclue secondairement de l'étude. Les sujets obtenant un score supérieur ou égal à 2 à la première question (2 à 4 verres par mois) seront considérés comme consommateurs d'alcool. A partir de ces résultats, le pourcentage de sujets consommateurs d'alcool en EHPAD sera calculé.

Afin de comparer l'autonomie ou la fragilité entre consommateurs et non-consommateurs, nous réaliserons avec le sujet une grille AGGIR si toutefois le dossier n'en comporte pas une datant de moins d'un an.

Pour les consommateurs d'alcool, la question « buviez-vous de l'alcool avant la retraite ? » leur sera donc posée.

Pour les mêmes sujets, la question « Votre consommation a-t-elle augmenté, diminué ou est-t-elle restée la même depuis votre arrivée dans cet établissement ? » leur sera également posée.

L'échelle HDRS sera remplie par l'ensemble des participants afin de comparer cette comorbidité au sein des deux catégories de population à savoir les consommateurs et non-consommateurs. Il en sera de même pour l'anxiété avec réalisation de l'hétéro-évaluation HAM-A.

Les comorbidités somatiques des sujets seront recueillies (dans leurs dossiers médicaux de l'établissement) et consignées dans un paragraphe dédié sur le cahier de passation.

De même, les traitements psychotropes consommés par les sujets seront collectés (ordonnance de l'établissement) et mentionnés dans un paragraphe dédié sur le cahier de passation.

Enfin, le besoin d'une prise en charge spécialisée sera questionné en tentant de se placer du point de vue du patient. Il se verra donc posé la question : « souhaiteriez-vous un accompagnement psychiatrique ou addictologique ? Si oui, lequel ? ».

Organisation de l'étude

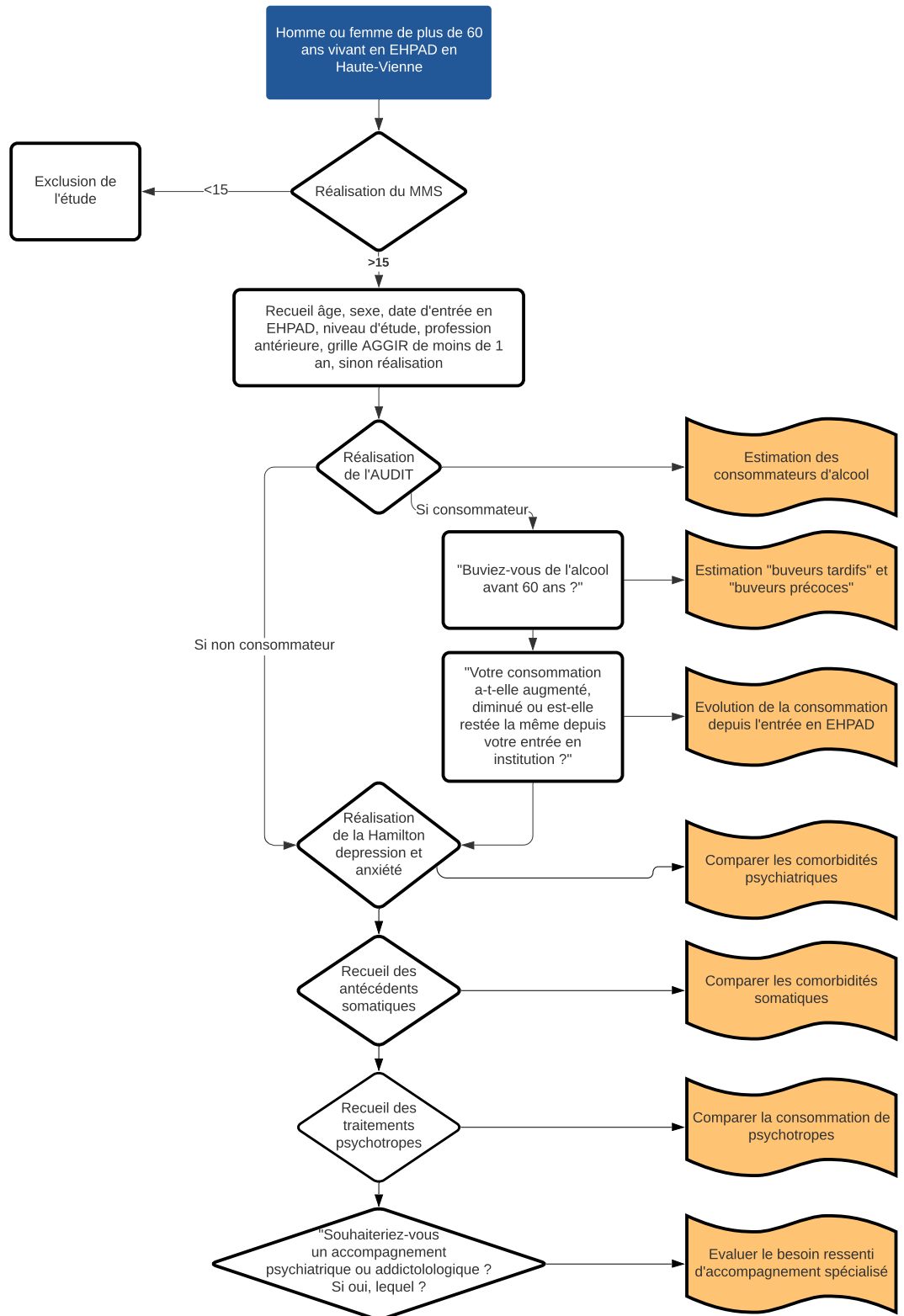


Figure 15 : résumé du déroulement de l'étude CONSOEHPAD

Nous avons tablé sur trois mois d'inclusions dans les EHPAD pour une durée prévisionnelle de recherche de six mois. Après plusieurs mesures, nous avons estimé un temps de passation compris entre 30 minutes et une heure par sujet.

S'agissant de questionnaires, de questions posées et d'un recueil des comorbidités et des traitements médicamenteux consommés par les sujets au moment de l'entretien, le risque encouru par les participants est inexistant.

Conformément aux dispositions législatives en vigueur (articles L.1121-3 et R.5121-13 du code de la santé publique), les personnes ayant un accès direct aux données source prendront toutes les précautions nécessaires en vue d'assurer la confidentialité des informations relatives aux recherches, aux personnes qui s'y prêtent et notamment en ce qui concerne leur identité ainsi qu'aux résultats obtenus. Le consentement peut être retiré à tout moment.

Tableau 4 : Déroulement des deux visites dans chaque EHPAD

	<i>V1 sélection</i>	<i>V2 inclusion</i>	
<i>Remise de la note d'information</i>	+		
<i>Consentement</i>		+	
<i>MMSE</i>		+	
<i>AGGIR</i>		+	
<i>AUDIT</i>		+	
<i>Hamilton Depression</i>		+	
<i>Hamilton Anxiété</i>		+	
<i>Autres questions du cahier</i>		+	

II.5. Critères de jugement

Comme pour toute étude, les critères de jugement découlent des objectifs souhaités. Le critère de jugement principal de l'étude CONSOEHPAD est de catégoriser, à l'aide de l'auto-questionnaire AUDIT, l'usage de l'alcool chez la personne âgée résidant en EHPAD dans le département de la Haute-Vienne.

Les critères de jugement secondaires sont détaillés ci-dessous :

- Le niveau d'étude chez les consommateurs et non-consommateurs en le notant dans le cahier de passation
- La profession antérieure chez les consommateurs et non-consommateurs en la notant sur le cahier de passation
- L'état de dépendance entre les consommateurs et les non-consommateurs d'alcool à l'aide de la grille AGGIR datant de moins d'un an ou en remplissant une nouvelle grille
- Chez les sujets consommateurs, l'évolution de leur consommation depuis l'entrée en EHPAD par la question : « Votre consommation a-t-elle augmenté, diminué ou est-t-elle restée la même depuis votre arrivée dans cet établissement ? »
- Chez les consommateurs d'alcool, la répartition entre « buveurs précoces » et « buveurs tardifs » par une question : « Buviez-vous de l'alcool avant la retraite ? »
- Les comorbidités psychiatriques chez les consommateurs et les non-consommateurs à l'aide de la HDRS et de la HAM-A.
- Les comorbidités somatiques chez les buveurs et non buveurs par le recueil des comorbidités actuelles dans le dossier patient de l'établissement. Elles seront classées en différentes catégories : cardiovasculaires, métaboliques, hépato-gastro-entérologiques, neurologiques et cancérologiques.
- La consommation de psychotropes entre buveurs et non buveurs par le recueil de l'ordonnance du patient dans le dossier de l'établissement. Classement dans leurs différentes catégories pharmaceutiques (benzodiazépines, hypnotiques, thymorégulateurs, antidépresseur, antipsychotique).
- Le besoin ressenti d'accompagnement spécialisé par le patient via la question « souhaiteriez-vous un accompagnement psychiatrique et/ou addictologique ? Si oui, lequel ? »

II.6. Analyses statistiques

Le but sera de calculer des proportions avec leur intervalle de confiance à 95%. Des analyses descriptives et comparatives entre groupe consommateurs d'alcool et groupe non-

consommateurs d'alcool seront effectuées de même que la recherche de corrélation entre les différentes variables.

Les variables quantitatives seront présentées sous la forme de moyenne +/- écart type alors que les variables qualitatives seront présentées sous la forme d'effectifs (et pourcentages).

Les comparaisons des variables qualitatives entre consommateurs d'alcool et non consommateurs seront faites avec le test de chi² ou le test exact de Fischer en cas d'effectifs faibles.

Les comparaisons de variables quantitatives entre consommateurs d'alcool et non consommateurs seront réalisées avec le test paramétrique t de Student ou le test non paramétrique U de Mann-Whitney.

Les analyses de corrélations notamment entre le score à l'AUDIT et score aux échelles Hamilton anxiété dépression seront effectuées en utilisant le coefficient de corrélation de Pearson ou de Spearman selon la forme des effectifs.

Les analyses seront réalisées avec le logiciel SPSS version 25.0.0 (IBM®) et la significativité est retenue pour une valeur de $p < 0,05$.

II.7. Discussion

La conception d'une étude, d'une telle envergure est complexe. Sa méthodologie et les outils choisis peuvent bien évidemment être discutés et critiqués. Ce sera l'objet de la première partie de ce paragraphe.

Les deux suivantes porteront sur les résultats attendus et les perspectives.

II.7.1. Par rapport à la méthodologie

Il existe peu de publications concernant les consommations d'alcool chez la personne âgée et encore moins en EHPAD. Partant de ce constat, il a été délicat d'élaborer un protocole de recherche. Dans ce paragraphe, les choix méthodologiques seront discutés en exposant leurs possibles biais et limites.

II.7.1.1. Les échelles et questions posées

Premièrement, l'inclusion des sujets se fait par la réalisation du MMSE. Or, l'exclusion des troubles cognitifs, comme dans l'étude de Leurs et ses collaborateurs (94), peut être critiquée. En effet, il peut se créer un biais de sélection car les personnes souffrant de troubles cognitifs représentent une part importante des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. En appliquant des critères d'inclusion et d'exclusion très proches des nôtres, Leurs et ses collègues (94) n'avaient gardé que 46% des résidents présents au moment de l'enquête. Les exclusions peuvent a priori être liées en majorité aux

troubles cognitifs des sujets. On peut donc supposer que les personnes avec un score inférieur à 15 au MMSE représentent environ la moitié des résidents. Ce nombre important de sujets écartés de l'enquête peut nuire à sa représentativité. Il paraît donc impossible de tirer de conclusion concernant les personnes atteintes de troubles cognitifs modérément sévères à sévères. Cependant, Leurs et ses collègues expliquent que cette catégorie de la population de l'institution semble avoir moins accès à l'alcool du fait de la perte d'autonomie engendrée par une atteinte cognitive importante (94). Il existerait également une autre limite à ce critère de sélection : les tests cognitifs ne sont en théorie pas réalisables si un sevrage ou des consommations d'alcool sont en cours (70).

Nous aurions pu choisir d'utiliser le MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou le BEARNI (Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment), plus spécifiques des troubles cognitifs induits par l'alcool (71). Cependant, le MMSE est reconnu dans le dépistage de ceux-ci depuis de nombreuses années et nous avons souhaité harmoniser la méthodologie de recherche avec les études déjà publiées portant sur le sujet (94).

Ensuite, le questionnaire AUDIT est une auto-évaluation. Il est donc soumis à plusieurs biais. Il s'agit d'un recueil déclaratif qui peut donc être faussé de manière volontaire ou non (sur ou sous déclaration plus ou moins intentionnelle) (7). En effet, les buveurs d'alcool et particulièrement les excessifs ont tendance à minimiser leurs consommations, souvent par déni. De même, il peut être soumis au biais de prévarication, à la volonté de ne pas afficher une consommation importante (souvent honteuse) aux yeux de l'examineur. Ensuite, il peut exister un biais de mémorisation, le questionnaire évaluant les consommations sur les 12 derniers mois. Il pourrait éventuellement être plus marqué chez les sujets présentant un MMSE compris entre 15 et 25. On peut donc résumer en disant que comme tous les tests déclaratifs, le questionnaire AUDIT peut être soumis à des biais de mémorisation, de sous-déclaration et de désirabilité sociale (17).

Une autre faiblesse du questionnaire AUDIT réside dans le fait qu'il évalue les consommations d'alcool sur les 12 derniers mois. Outre les biais de mémorisation que cela peut engendrer, cela suppose également une stabilité des consommations dans le temps, ce qui n'est pas forcément le cas (152). De plus, si certains auteurs déclarent qu'il est possible de l'utiliser chez la personne âgée (154), son emploi dans cette population ne fait cependant pas consensus (155).

De même, une faille supplémentaire du questionnaire AUDIT peut se situer dans les modalités de consommation des séniors. En effet, avec l'avancée en âge, la consommation passe de ponctuelle et importante à régulière et plus limitée en quantité (16–18). Une

évaluation de la consommation quotidienne plutôt qu'hebdomadaire ou mensuelle semble plus appropriée selon certains auteurs (94).

L'ARPS (Alcohol-Related Problems Survey) développé par Fink et ses collaborateurs semble être un outil très performant pour détecter les troubles liés à l'alcool chez la personne âgée. Mais cette évaluation nécessite un ordinateur et n'a pas encore été validée en langue française. De surcroît, sa sensibilité semble meilleure mais pas sa spécificité (154).

Les échelles Hamilton dépression et anxiété sont validées par la communauté scientifique et facilement reproductibles comme nous l'avons dit plus tôt. Elles nécessitent cependant des opérateurs bien formés et entraînés, ce qui avait été fait pour la réalisation de cette étude. Toutefois, nous ne sommes pas parvenus à trouver de source dans la littérature évaluant leur validité chez la personne âgée. Si la GDS (Geriatric Depression Scale) ou la GAS (Geriatric Anxiety Scale), nous ont initialement paru plus pertinentes, elles demeurent des auto-évaluations. Afin de limiter les biais inhérents aux évaluations déclaratives citées ci-dessus, nous avons donc opté pour des hétéro-évaluations, plus fiables, même si elles n'ont pas été validées spécifiquement chez la personne âgée. Une autre des limites réside dans le fait que l'échelle Hamilton Dépression ne pourra pas distinguer dépression primaire et secondaire, induite par les consommations d'alcool.

Le choix d'utiliser la grille AGGIR, afin d'évaluer la dépendance des résidents et de la comparer entre consommateurs et non-consommateurs, semble justifié. C'est sur cette évaluation que se basent les institutions françaises afin d'évaluer le montant de l'allocation visant à compenser la perte d'autonomie. Le choix alternatif aurait pu être d'utiliser l'ADL (Activities of Daily Living) plus reconnue sur la scène internationale et utilisée par Leurs et ses collègues (94).

Les questions posées aux consommateurs concernant le début de leur consommation et son évolution depuis leur entrée en institution sont également soumises à un biais de mémorisation, dans une population particulièrement sujette aux troubles cognitifs (70,71). Le recueil des antécédents et comorbidités somatiques est quant à lui soumis à la supposition que le dossier patient de l'établissement soit bien tenu et régulièrement actualisé.

Le recueil des traitements quant à lui semble difficilement critiquable dans la mesure où les ordonnances sont actualisées régulièrement dans les structures médicalisées et que les examinateurs ont une connaissance approfondie des molécules et de leurs différentes catégories pharmaceutiques.

II.7.1.2. La population

Tout d'abord il a fallu définir l'âge à partir duquel une personne est « âgée ». Désormais, on évoque l'âge de 65 ans comme référence (81). Toutefois, pour la réalisation de notre étude et afin de nous calquer sur le principal travail français (94), nous avons opté pour un âge limite de 60 ans pour inclusion dans l'étude. Cela peut constituer un biais de sélection car au vu de la littérature les 60-64 ans ne sont pas considérés comme des personnes âgées. D'autant plus qu'en EHPAD, les résidents les plus jeunes semblent être ceux qui boivent le plus (94) : le risque étant donc de surestimer les personnes âgées qui consomment de l'alcool.

Comme nous l'avons dit précédemment, l'exclusion des personnes présentant des troubles cognitifs peut constituer un important biais de sélection et nuire à la représentativité de la population que nous avons sélectionnée dans cette étude. De même, l'exclusion secondaire des personnes n'ayant pas été en capacité de remplir le questionnaire AUDIT peut constituer un biais de sélection.

Un autre biais de sélection possible concernant la population incluse dans l'étude est l'exclusion des résidents qui vivent dans des structures où l'alcool n'est pas autorisé. Nous n'avons pas retrouvé dans notre revue de la littérature la proportion, que ce soit en nombre d'établissements ou de résidents que cela peut représenter. L'envoi des lettres d'information aux directeurs et médecins coordonnateurs nous apportera un avis clair sur le pourcentage de structures et de personnes concernées.

En conclusion, nous pouvons dire que la population de cet échantillon se veut la plus représentative possible de la population vivant au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le département de la Haute-Vienne. Il sera toutefois difficile d'extrapoler les résultats à l'ensemble des personnes âgées résidant en maison de retraite en France.

II.7.1.3. La procédure

Concernant le déroulement de l'étude, la première question qui s'est posée a bien évidemment été sa faisabilité. En se basant sur la population cible et les travaux effectués précédemment (94), nous avons estimé que le nombre de sujets inclus serait compris entre 300 et 500. L'enquête sera menée par deux internes sur une période de trois mois, durée qui sera éventuellement revue lors de la présentation au comité de protection des personnes. Les deux visites dans les établissements sont nécessaires, que ce soit pour l'information, le recueil des consentements ou la réalisation et peuvent être partagées entre les deux enquêteurs. Un accompagnement par une unité de recherche devra cependant être discuté afin d'améliorer sa faisabilité.

Après discussion des choix méthodologiques, le déroulement de l'étude en lui-même nous semble cohérent, sa conception a été voulue logique et simple.

Toutefois, nous observons encore quelques limites à discuter. La première concerne le choix des seuils. Il n'existe pas de consensus international concernant les consommations d'alcool préconisées chez la personne âgée même si les dernières recommandations américaines préconisent de diminuer les seuils autorisés chez l'adulte (78). Les termes « consommations » ou « consommations excessives » souvent employés dans la littérature semblent trop flous. Le seuil que nous avons choisi, suite à une concertation d'addictologues et de psychiatres de la personne âgée (2 à la première question de l'AUDIT soit 2 à 4 fois par mois), peut paraître trop bas pour définir les consommateurs. Il peut donc y avoir une surestimation de ces derniers et un score de 4 à cette question (4 consommations par semaine ou plus) paraîtrait plus juste au vu des recommandations et de la revue de la littérature.

Ensuite, les autres questions de l'AUDIT sont sous-exploitées dans ce protocole, ce qui pourrait être discuté. En effet, il semble difficile de mettre en évidence les consommateurs excessifs et les personnes en difficulté avec l'alcool sans exploiter les autres dimensions du questionnaire. Nous n'obtiendrons pas d'estimation du risque chronique ou ponctuel sans effectuer des modifications. Dans un même ordre d'idée, nous ne nous sommes pas intéressés aux effets recherchés par les personnes qui ont des consommations excessives, or selon certains auteurs ces informations seraient capitales (132).

Une autre limitation possible est de ne pas avoir intégré la consommation de tabac qui est fréquente chez les personnes âgées qui consomment de l'alcool (94,116,147).

En conclusion de cette première partie de la discussion, nous pouvons dire que les outils et la méthodologie choisis paraissent cohérents, même s'ils peuvent être entravés par certaines limites difficiles à corriger.

II.7.2. Résultats attendus

En ce qui concerne la consommation d'alcool, nous nous attendons à des chiffres comparables à ceux trouvés dans la littérature, à savoir 10 à 20% de consommateurs excessifs. Toutefois, les seuils bas utilisés pourraient aboutir à des chiffres plus élevés, de l'ordre de 40%. La prédominance devrait être masculine comme dans l'étude de Leurs et ses collaborateurs mais avec cependant une plus grande proportion de femmes que chez l'adulte jeune (94). On devrait donc retrouver environ 40% de femmes chez les consommateurs. Ces derniers devraient également être plus jeunes que les non-consommateurs comme ce fût le cas dans la plus grande étude française réalisée à ce jour (94).

Concernant le niveau d'études et le métier exercé antérieurement, on peut croire que les cadres et les professions intermédiaires seront les plus représentés parmi les consommateurs (94).

Pour le MMSE, on peut envisager une légère différence entre les non-consommateurs et les consommateurs, avec une prédominance des scores les plus bas chez ces derniers. Toutefois, il est possible que cette différence ne soit pas significative du fait de l'exclusion des troubles cognitifs sévères de l'étude.

Pour les consommateurs, une prédominance des formes précoces, c'est-à-dire débutées avant la retraite, qui selon la littérature concerneraient deux tiers des consommateurs (83,86,94), est prévisible. En revanche, le rôle de l'EHPAD par rapport aux consommations est une des incertitudes de cette étude. En Allemagne (134), l'institution avait été protectrice, avec une nette diminution des consommations d'alcool suite à l'entrée. Il paraît donc logique de s'attendre à des résultats similaires.

Il est difficile de prédire si nous allons retrouver une fragilité à l'échelle AGGIR plus marquée chez les consommateurs. En effet, si l'alcool entraîne des complications multiples pouvant engendrer une perte d'autonomie, Leurs et ses collaborateurs (94) soulignaient que les consommateurs excessifs d'alcool étaient plus jeunes que le reste des résidents, ce qui pourrait aboutir à l'absence de différence significative en terme d'autonomie.

Si Leurs et ses collègues (94) ne trouvaient pas de différence significative concernant les symptômes psychiatriques associés, il est possible qu'il en soit de même dans notre étude. Cependant, la réalisation d'hétéro-évaluations, plus précises, pourrait aboutir à une différence significative entre consommateurs et non-consommateurs, à la faveur des buveurs. On retrouverait donc dans cette catégorie une plus grande fréquence de la dépression et de l'anxiété.

De la même manière, s'ils n'avaient pas mis en évidence de différence significative concernant certains symptômes physiques, le recueil précis des antécédents et comorbidités dans le dossier pourrait permettre d'en retrouver une. L'alcool est lourd de conséquences sur le plan somatique et comme pour les troubles cognitifs ou la perte d'autonomie, on pourrait s'attendre à ce que les consommateurs aient plus de comorbidités. Cela pourrait être particulièrement vrai pour l'ensemble des antécédents et comorbidités recueillis dans le dossier médical à savoir cardio-vasculaires, métaboliques, hépato-gastro-entérologiques, neurologiques et les cancers. En effet, l'alcool est une étiologie prépondérante de l'ensemble de ces pathologies comme nous l'avons déjà évoqué.

En ce qui concerne les psychotropes, l'importance de la prescription de ces molécules chez le sujet âgé risque de biaiser l'analyse statistique. Nous pouvons donc nous attendre à

ne pas trouver de différence significative entre les consommateurs et non consommateurs même si le fait de les classer dans leurs cinq catégories (benzodiazépines, hypnotiques, antipsychotiques, antidépresseurs et thymorégulateurs) pourrait éventuellement aboutir à une différence pour une de ces cinq classes.

Enfin, on peut logiquement supposer qu'il existera une demande d'aide de la part des résidents. Si la sollicitation d'un accompagnement addictologique sera l'apanage d'une partie des consommateurs, la souffrance psychique des résidents en institution laisse supposer que la demande d'accompagnement psychiatrique pourrait être identique au sein des deux catégories (consommateurs et non-consommateurs).

II.7.3. Perspectives soulevées par cette étude

L'objectif de cette étude n'est en aucune façon d'interdire la consommation d'alcool en EHPAD, ni de porter un jugement moral sur les consommateurs. Il ne s'agit pas non plus de critiquer les règles adoptées par des structures qui peuvent être dépassées par ces attitudes et sont souvent en sous-effectifs.

Ce que nous souhaitons en premier lieu, c'est une prise de conscience générale : oui, l'alcool existe en maison de retraite. Si la consommation de ce produit est mal encadrée, elle peut entraîner des souffrances pour les résidents, leurs soignants et l'entourage proche.

Nous tenons également à alerter sur les conséquences des consommations d'alcool. Cette boisson est volontiers pourvoyeuse de complications et comorbidités physiques, psychiques, cognitives et sociales. Or, si ces dernières sont bien documentées chez les jeunes adultes, elles le sont nettement moins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Nous tenons à attirer l'attention des équipes soignantes sur la dépression et les troubles anxieux qui sont très fréquemment associés aux consommations d'alcool. Nous souhaitons également évaluer si la boisson alcoolisée accélère le vieillissement physique, si elle est pourvoyeuse d'une fragilité.

Les personnes âgées arrivent en maison de retraite parce qu'il existe généralement un déclin physique et/ou cognitif. Ce déracinement, bien décrit dans la littérature, entraîne une nouvelle blessure narcissique chez des personnes qui ont déjà perdu une partie de l'estime d'elles-mêmes. Cela peut constituer une porte ouverte à la poursuite de consommations pathologiques ou à une modification de ces dernières. Or l'institution, dans une vision utopiste, de par son obligation de soins et de sécurité, devrait être en mesure d'assurer un contrôle des consommations.

Une prise de conscience de la problématique qui se joue autour de l'alcool en institution semble désormais impérative. En effet, le vieillissement de la population, en lien direct avec

l'augmentation de l'espérance de vie depuis un siècle, va entraîner une augmentation du nombre de personnes institutionnalisées. De surcroît, on peut s'attendre à l'arrivée dans ces établissements d'une génération qui a connu des habitudes beaucoup plus permissives vis-à-vis de l'alcool, ce qui risque de décupler cette problématique.

De surcroît, si une prise de conscience de la problématique que représente et représentera l'alcool en institution est nécessaire, elle ne doit cependant pas rester stérile. Elle doit ouvrir la porte à une discussion. Tous les acteurs seront concernés : le personnel administratif, les soignants, les médecins coordonnateurs, les gériatres, les psychiatres et bien évidemment les addictologues. L'ouverture d'un dialogue permettra, dans les prochaines années, d'adapter l'offre des soins et les réponses aux personnes en difficulté avec l'alcool dans les maisons de retraite. L'accompagnement des structures dans la constitution d'un règlement adapté permettrait d'éviter les dérives observées : la permissivité, le déni ou a contrario l'interdiction forcée, le surinvestissement (des soins, de la protection...) voire l'exclusion temporaire ou définitive. Le plan de soins personnalisé tiendrait ici toute sa place. Si l'abstinence doit être proposée à toute personne souffrant d'une dépendance et ce, quel que soit son âge (5,108), il semble désormais nécessaire d'accompagner les autres personnes vers des consommations plus raisonnables et les dernières recommandations s'orientent vers la prise d'une unité d'alcool maximum par jour et trois par occasion au-delà de 65 ans (78,130). La stratégie de réduction des consommations et des dommages a déjà montré son bénéfice chez l'adulte et les séniors (5,108), et il n'y a pas de raison de penser que cela soit différent en institution.

Les EHPAD, déjà en sous-effectif, ne pourront pas fournir seuls l'effort pour endiguer cette problématique. La psychiatrie et l'addictologie, pionnières du réseau dans la médecine, devront les accompagner. Le rôle des équipes mobiles d'addictologie et de psychiatrie de la personne âgée devra être renforcé, et celles-ci devront être créées dans les régions qui en sont actuellement dépourvues. Parallèlement, une des perspectives soulevées par cette étude serait la création spécifique d'équipes mobiles d'addictologie dédiées aux personnes âgées, pouvant se rendre à domicile ou en institution. Elles pourraient alors jouer un rôle d'évaluation, d'orientation, de suivi et participer à l'élaboration d'un projet de soins personnalisé. Les psychiatres et gériatres garderaient cependant leur place pour l'identification et le traitement des comorbidités et complications somatiques et psychiatriques. Ces équipes mobiles participeraient à une prise en charge optimale du résident tout en soulageant les effectifs soignants des maisons de retraite.

Enfin, sur le plan scientifique, cette étude ouvre la voie à la réalisation d'autres études plus complexes mais aussi plus coûteuses afin d'évaluer la consommation d'alcool en EHPAD. Par exemple, la réalisation d'une cohorte suivant les sujets à partir de leur entrée ou déjà

présents en institution mais en évaluant cette fois-ci leur consommation de manière régulière sur plusieurs années, aurait certainement son intérêt. De même, une étude épidémiologique évaluant la consommation d'alcool chez la personne âgée vivant à domicile grâce à des équipes mobiles serait également une bonne source de données. La piste est donc ouverte pour la réalisation de nombreuses autres études sur le sujet.

Conclusion

Bien que faisant partie du patrimoine culturel et économique français, l'alcool continue à faire des ravages depuis de nombreuses années. La prévention, le dépistage et la prise en charge des conduites à risque et de la dépendance à cette boisson ont fait des progrès mais restent encore insuffisants. Si les jeunes semblent désormais être la cible des campagnes d'information et de prévention, probablement à la suite d'une meilleure connaissance des ravages du binge drinking, les personnes âgées, en revanche, et à plus forte raison celles qui résident en EHPAD, sont les grands oubliés, y compris des sondages de santé publique.

Pourtant, l'alcoolisme peut aussi exister chez les séniors. Les pertes, le veuvage, l'isolement, l'inactivité et la précarité sont autant de facteurs qui peuvent faire basculer une personne âgée soit dans des alcoolisations à risques ou la dépendance. Les complications physiques et les chutes surviennent pour des concentrations plasmatiques en alcool inférieures à celles de l'adulte. Les consommations peuvent causer ou être la conséquence d'une dépression ou d'un trouble anxieux qui restent fréquents dans cette tranche d'âge. Le risque suicidaire est également nettement majoré en cas de consommation chronique et massive. La désinhibition induite par l'alcoolisation aiguë sur des personnes fragilisées sur le plan psychique pourrait en partie expliquer le nombre important de suicidés dans cette tranche d'âge mais également la gravité des passages à l'acte pour les suicidants.

Les consommations d'alcool ne cessent pas avec l'entrée en EHPAD. Il est désormais admis qu'entre 10 et 20% des résidents présenteraient une consommation excessive d'alcool. Les équipes soignantes et les proches sont souvent dépassés par ces conduites, avec à l'extrême un déni ou une certaine forme de complaisance, cachés derrière la notion de « dernier plaisir », ou pouvant donner lieu a contrario à un surinvestissement, des conduites punitives ou une exclusion de la structure. Le débat n'est plus d'interdire ou d'autoriser l'alcool en maison de retraite mais plutôt d'accompagner le résident dans un projet personnalisé avec des consommations adaptées à ses comorbidités et à ses traitements.

Quel que soit l'âge et le lieu de vie, l'ensemble des auteurs s'accordent à dire que les problématiques liées à l'alcool sont sous-diagnostiquées et par conséquent sous-traitées.

Nous avons décidé de mettre en place une étude qui permettrait d'évaluer la consommation d'alcool en maison de retraite mais également les comorbidités psychiatriques et somatiques ainsi que la prescription de psychotropes. Le protocole présenté n'est pas parfait, il comporte plusieurs biais et il peut encore être modifié à la marge avant que l'étude ne soit mise en place, une fois la crise sanitaire passée. Outre une prise de conscience, il est également question d'améliorer les soins apportés aux résidents en EHPAD.

Références bibliographiques

1. Nathan PE, Conrad M, Skinstad AH. History of the Concept of Addiction. *Annu Rev Clin Psychol.* 28 mars 2016;12(1):29-51.
2. Gallopel-Morvan K, Spilka S, Mutatayi C, Rigaud A, Lecas F, Beck F. France's Évin Law on the control of alcohol advertising: content, effectiveness and limitations: French students' exposure and receptivity to alcohol advertising. *Addiction.* janv 2017;112:86-93.
3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* déc 2012;380(9859):2224-60.
4. Cour des comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Rapport public thématique. Évaluation d'une politique publique. 2016. p.1-262.
5. Société française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie.* 2015;37(1):5-84.
6. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Addiction.* nov 1990;85(11):1403-8.
7. Dano C, Le Geay F, Brière M. Diagnostic et prise en charge des troubles de l'usage d'alcool : données récentes. *L'Encéphale.* juin 2014;40(3):276-85.
8. American Psychiatric Association. Troubles liés à l'alcool. In: Mini DSM-5 Critères diagnostiques. Elsevier Masson; 2016. p. 209-13.
9. CHUNG T, CRESWELL KG, CLARK DB, MARTIN CS. Adolescent Binge Drinking. Developmental Context and Opportunities for Prevention. *THE JOURNAL OF THE NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM.* 2018;39(1):5-18.
10. Naassila M. Bases neurobiologiques de l'addiction à l'alcool. *La Presse Médicale.* juin 2018;47(6):554-64.

11. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of *DSM-5* Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*. 1 août 2015;72(8):757.
12. Limosin F. Mésusages d'alcool : les signaux d'alarme de l'épidémiologie. *L'Encéphale*. avr 2014;40(2):129-35.
13. Effertz T, Mann K. The burden and cost of disorders of the brain in Europe with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction. *European Neuropsychopharmacology*. juill 2013;23(7):742-8.
14. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health*. août 2013;23(4):588-93.
15. Le Strat Y, Lejoyeux M. Trouble de l'usage de l'alcool. In: *Manuel de Psychiatrie*. 3ème édition. Elsevier Masson; 2017. p. 459-64.
16. Beck F, Richard J-B. La consommation d'alcool en France. *La Presse Médicale*. oct 2014;43(10):1067-79.
17. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(5-6):89-97. http://invs.santepublique.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html.
18. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P, et al. La consommation d'alcool en France en 2014. *Évolutions*. avr 2015;(32):1-6.
19. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. nov 2004;82(11):858-66.
20. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of *DSM-IV* Alcohol Abuse and Dependence in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juill 2007;64(7):830.

21. Martini H, Dehmas M, Paille F. Complications neurologiques de la consommation d'alcool. *EMC - Psychiatrie*. juill 2017;14(3):1-13.
22. Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Vénisse J-L. Addictions comportementales. *La Presse Médicale*. déc 2012;41(12):1271-5.
23. Volkow ND, Fowler JS, Wang G-J. The addicted human brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest*. 15 mai 2003;111(10):1444-51.
24. Olsen RW, Hanchar HJ, Meera P, Wallner M. GABAA receptor subtypes: the "one glass of wine" receptors. *Alcohol*. mai 2007;41(3):201-9.
25. Volkow ND, Wang G-J, Fowler JS, Tomasi D, Telang F. Addiction: Beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 13 sept 2011;108(37):15037-42.
26. Nestler EJ, Carlezon WA. The Mesolimbic Dopamine Reward Circuit in Depression. *Biological Psychiatry*. juin 2006;59(12):1151-9.
27. Goodman A. Neurobiology of addiction. *Biochemical Pharmacology*. janv 2008;75(1):266-322.
28. Cabé N, Laniepece A, Boudehent C, Pitel A-L, Vabret F. Atteintes cognitives liées au trouble de l'usage d'alcool : rétablir l'équilibre ? *La Presse Médicale*. juin 2018;47(6):565-74.
29. Noël X, Brevers D, Bechara A. A Triadic Neurocognitive Approach to Addiction for Clinical Interventions. *Front Psychiatry*. 2013;4:1-14.
30. Hamonniere T, Varescon I. Implication des croyances métacognitives dans les conduites addictives : point sur les connaissances. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. juin 2018;28(2):80-92.
31. Pinto E, Ansseau M. Facteurs génétiques de l'alcool-dépendance. *L'Encéphale*. oct 2009;35(5):461-9.

32. Strat Y, Ramoz N, Schumann G, Gorwood P. Molecular Genetics of Alcohol Dependence and Related Endophenotypes. *CG*. 1 nov 2008;9(7):444-51.
33. Ramoz N, Gorwood P. Les addictions sous l'angle de la génétique. *Med Sci (Paris)*. avr 2015;31(4):432-8.
34. Gorwood P, Lanfumey L, Hamon M. Polymorphismes géniques de marqueurs sérotoninergiques et alcoolodépendance. *Med Sci (Paris)*. déc 2004;20(12):1132-8.
35. Le Strat Y, Dubertret C. Rôle intermédiaire des facteurs génétiques entre stress et consommation d'alcool : l'exemple du CRH-R1. *La Presse Médicale*. janv 2012;41(1):32-6.
36. Lesch K-P. Alcohol dependence and gene x environment interaction in emotion regulation: Is serotonin the link? *European Journal of Pharmacology*. déc 2005;526(1-3):113-24.
37. Benyamina A, Karila L, Coscas S, Aubin H-J, Blecha L, Reynaud M. Schizophrénie et troubles addictifs. In: *Pathologies schizophréniques*. Lavoisier; 2012. p. 179-90. (Médecine Sciences Publications).
38. Lang J-P, Bonnewitz M-L, Kusterer M, Lalanne-Tongio L. Usage d'alcool chez les patients souffrant de troubles psychiatriques : quelles évaluations ? Quelle prise en soin ? *L'Encéphale*. sept 2014;40(4):301-7.
39. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*. nov 2004;56(10):730-7.
40. Dervaux A, Laqueille X. Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance. *La Presse Médicale*. juin 2018;47(6):575-85.
41. Vujanovic AA, Meyer TD, Heads AM, Stotts AL, Villarreal YR, Schmitz JM. Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 4 juill 2017;43(4):402-15.

42. Molitor C, Maurage P, Petit G, Poncin M, Leclercq S, Rolland B, et al. Les symptômes thymiques liés à l'usage d'alcool. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. oct 2018;176(8):813-8.
43. Szprync M, Lejoyeux M. Alcoolisme et dépression. In: *Les états dépressifs*. Lavoisier; 2010. p. 283-7. (Médecine Sciences Publications).
44. Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: A systematic review. *The American Journal of Medicine*. avr 2005;118(4):330-41.
45. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 18 juin 2003;289(23):3095.
46. Lejoyeux M, Lehert P. Alcohol-Use Disorders and Depression: Results from Individual Patient Data Meta-Analysis of the Acamprosate-Controlled Studies. *Alcohol and Alcoholism*. 1 janv 2011;46(1):61-7.
47. Libby AM, Orton HD, Stover SK, Riggs PD. What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addictive Behaviors*. oct 2005;30(9):1649-62.
48. Lukassen J, Beaudet MP. Alcohol dependence and depression among heavy drinkers in Canada. *Social Science & Medicine*. oct 2005;61(8):1658-67.
49. Palfai TP, Cheng DM, Samet JH, Kraemer KL, Roberts MS, Saitz R. Depressive Symptoms and Subsequent Alcohol Use and Problems: A Prospective Study of Medical Inpatients With Unhealthy Alcohol Use. *J Stud Alcohol Drugs*. sept 2007;68(5):673-80.
50. Tremblay LK, Naranjo CA, Graham SJ, Herrmann N, Mayberg HS, Hevenor S, et al. Functional Neuroanatomical Substrates of Altered Reward Processing in Major Depressive Disorder Revealed by a Dopaminergic Probe. *Arch Gen Psychiatry*. 1 nov 2005;62(11):1228.
51. Regier DA. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 21 nov 1990;264(19):2511.

52. Frye MA, Salloum IM. Bipolar disorder and comorbid alcoholism: prevalence rate and treatment considerations. *Bipolar Disorders*. déc 2006;8(6):677-85.
53. Blandin E, Gorwood P. Troubles bipolaires et co-morbidités addictives. In: *Les Troubles Bipolaires*. Lavoisier; 2014. p. 271-5. (Médecine Sciences Publications).
54. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 1 août 2004;61(8):807.
55. Debell F, Fear NT, Head M, Batt-Rawden S, Greenberg N, Wessely S, et al. A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. sept 2014;49(9):1401-25.
56. Green B, Young R, Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatry*. oct 2005;187(4):306-13.
57. Koskinen J, Lohonen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Rate of Cannabis Use Disorders in Clinical Samples of Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 1 nov 2010;36(6):1115-30.
58. Koskinen J, Löhönen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia - a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. août 2009;120(2):85-96.
59. Batel P. Addiction and schizophrenia. *Eur psychiatr*. mars 2000;15(2):115-22.
60. Sullivan EV, Rosenbloom MJ, Serventi KL, Deshmukh A, Pfefferbaum A. Effects of Alcohol Dependence Comorbidity and Antipsychotic Medication on Volumes of the Thalamus and Pons in Schizophrenia. *AJP*. juin 2003;160(6):1110-6.
61. Rasanen P, Tahonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Behavior: A 26-Year Followup Study of an Unselected Birth Cohort. *Schizophrenia Bulletin*. 1 janv 1998;24(3):437-41.

62. Bowie CR. Neurocognition, Symptomatology, and Functional Skills in Older Alcohol-Abusing Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin*. 1 janv 2005;31(1):175-82.
63. Murphy GE. The Lifetime Risk of Suicide in Alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. 1 avr 1990;47(4):383.
64. Ammanou F, Lejoyeux M. Troubles de la personnalité et conduites alcooliques. In: *Les personnalités pathologiques*. Lavoisier; 2013. p. 230-6. (Médecine Sciences Publications).
65. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 1 avr 2004;61(4):361.
66. Hasin D, Kilcoyne B. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Current Opinion in Psychiatry*. mai 2012;25(3):165-71.
67. Echeburúa E, Bravo de Medina R, Aizpiri J. [Personality variables, psychopathological alterations and personality disorders in alcohol-dependent patients according to Cloninger's typology of alcohol abuse]. *Psicothema*. nov 2008;20(4):525-30.
68. Chavagnat J-J, Lévy-Chavagnat D. Conséquences de l'alcoolisation chronique. *Actualités Pharmaceutiques*. févr 2015;54(543):22-5.
69. Blachier M, Leleu H, Peck-Radosavljevic M, Valla D-C, Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: A review of available epidemiological data. *Journal of Hepatology*. mars 2013;58(3):593-608.
70. Vabret F, Lannuzel C, Cabe N, Ritz L, Boudehent C, Eustache F, et al. Troubles cognitifs liés à l'alcool: nature, impact et dépistage. *La Presse Médicale*. déc 2016;45(12):1124-32.
71. Cabé N, Laniepece A, Ritz L, Lannuzel C, Boudehent C, Vabret F, et al. Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance : intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge. *L'Encéphale*. févr 2016;42(1):74-81.

72. Rovira A, Alonso J, Córdoba J. MR Imaging Findings in Hepatic Encephalopathy. *AJNR Am J Neuroradiol.* oct 2008;29(9):1612-21.
73. Dematteis M, Pennel L, Mallaret M. Alcool et démence. In: *Alcool et troubles mentaux : de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic.* Paris: Elsevier Masson; 2013. p. 164-79.
74. Derouesné C. Encéphalopathies alcooliques et carentielles. *EMC - Psychiatrie.* juill 2012;9(3):1-6.
75. Heilig M, Goldman D, Berrettini W, O'Brien CP. Pharmacogenetic approaches to the treatment of alcohol addiction. *Nat Rev Neurosci.* nov 2011;12(11):670-84.
76. Jenny O, Dubosc D, Zannoni E, Cheval C. Sensibilisation à l'addictologie et collaboration avec les personnels hospitaliers. L'expérience d'une équipe de liaison. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* avr 2020;178(4):384-8.
77. Poloméni P, Cleirec G, Icard C, Ramos A, Rolland B. L'addictologie de liaison : outils et spécificités. *L'Encéphale.* sept 2018;44(4):354-62.
78. Groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie. Personnes âgées et consommation d'alcool Introduction Usage et mésusage-Définition générale de la population âgée-Spécificités du risque alcool chez les plus âgés-Problèmes d'application des recommandations à la population âgée. *Alcoologie et Addictologie.* 2014;36(3):225-31.
79. Klein WC, Jess C. One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. *Health Soc Work.* août 2002;27(3):193-203.
80. Lang I, Guralnik J, Wallace RB, Melzer D. What Level of Alcohol Consumption Is Hazardous for Older People? Functioning and Mortality in U.S. and English National Cohorts: ALCOHOL CONSUMPTION, FUNCTIONING, AND MORTALITY. *Journal of the American Geriatrics Society.* janv 2007;55(1):49-57.

81. Groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie. Personnes âgées et consommation d'alcool-Question 1 Comment définir la population des personnes âgées? Alcoologie et Addictologie. 2014;36(3):232-8.
82. Vandiel P, Clément J-P. Alcoolisme et autres conduites addictives de la personne âgée. In: Psychiatrie de la personne âgée. Flammarion; 2010. p. 307-14. (Médecine-Sciences).
83. Maheut-Bosser A, Paille F. Consommation excessive d'alcool chez le sujet âgé : savoir y penser. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. oct 2016;16(95):258-63.
84. Groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie. Personnes âgées et consommation d'alcool-Question 3 Quels sont les moyens de repérage des risques liés à ces consommations chez les personnes âgées? Alcoologie et Addictologie. 2014;36(3):247-51.
85. Nubukpo P, Laot L, Clément J-P. Addictive behaviors in the aged. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. sept 2012;10(3):315-24.
86. Menecier P, Collovray C, Menecier-Ossia L. Prévenir l'alcoolisme du sujet âgé. Soins Gériatrie. nov 2006;(62):12-4.
87. Hallgren M, Högberg P, Andréasson S. Alcohol consumption among elderly European Union citizens: health effects, consumption trends and related issues. Östersund : Swedish National Institute of Public Health ; 2009.
88. Groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie. Personnes âgées et consommation d'alcool-Question 2 Complications liées au mésusage d'alcool chez le sujet âgé. Alcoologie et Addictologie. 2014;36(3):239-46.
89. Knott CS, Scholes S, Shelton NJ. Could more than three million older people in England be at risk of alcohol-related harm? A cross-sectional analysis of proposed age-specific drinking limits. Age and Ageing. sept 2013;42(5):598-603.
90. Fink A. Alcohol-Related Problems in Older Persons: Determinants, Consequences, and Screening. Arch Intern Med. 10 juin 1996;156(11):1150.

91. Fink A, Morton SC, Beck JC, Hays RD, Spritzer K, Oishi S, et al. The Alcohol-Related Problems Survey: Identifying Hazardous and Harmful Drinking in Older Primary Care Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. oct 2002;50(10):1717-22.
92. Sorocco KH, Ferrell SW. Alcohol Use Among Older Adults. *The Journal of General Psychology*. oct 2006;133(4):453-67.
93. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Alcool, tabac et médicaments psychotropes chez les séniors : les usages de substances psychoactives licites entre 60 et 75 ans. *Tendances*. sept 2001;(16).
94. Leurs P, Huvent-Grelle D, Lelievre-Leroy S, Roche J, Puisieux F. La consommation d'alcool en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive. *La Presse Médicale*. déc 2010;39(12):280-8.
95. Orgogozo JM, Dartigues JF, Lafont S, Letenneur L, Commenges D, Salamon R, et al. Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective community study in the Bordeaux area. *Rev Neurol (Paris)*. avr 1997;153(3):185-92.
96. Chambonet J-Y, Vallier S. Risque alcool chez les personnes de plus de 75 ans en Loire-Atlantique. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. janv 2006;13(121):10-7.
97. Blazer DG, Wu L-T. The Epidemiology of At-Risk and Binge Drinking Among Middle-Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health. *AJP*. oct 2009;166(10):1162-9.
98. Blow FC, Brockmann LM, Barry KL. Role of Alcohol in Late-Life Suicide. *Alcoholism Clin Exp Res*. mai 2004;28(s1):48S-56S.
99. Laly F, Toulouse O, Dureau J-P, Veysseyre O, Soussy A. Le suicidé âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. févr 2009;9(49):23-31.

100. Groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie. Personnes âgées et consommation d'alcool-Question 5 Quelles actions de prévention primaire des risques liés à l'alcool sont adaptées aux personnes âgées ? Alcoologie et Addictologie. 2014;36(3):262-8.
101. Menecier P. Les aînés et l'alcool. Toulouse: Erès; 2010. 226 p. (Pratiques gériatriques).
102. Menecier P, Poillot A, Gauthier T, Clair D, Menecier-Ossia L, Ploton L. Troubles délirants d'origine toxique du sujet âgé. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. avr 2010;10(56):85-9.
103. Smith JW. Medical Manifestations of Alcoholism in the Elderly. International Journal of the Addictions. janv 1995;30(13-14):1749-98.
104. Blow FC, Serras AM, Barry KL. Late-life depression and alcoholism. Curr Psychiatry Rep. mars 2007;9(1):14-9.
105. Jaulin P. Conduites addictives du sujet âgé : masque d'une dépression ou issue psychopathologique spécifique ? NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. août 2008;8(46):3-8.
106. Grant BF, Harford TC. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. Drug and Alcohol Dependence. oct 1995;39(3):197-206.
107. Chou K-L, Mackenzie CS, Liang K, Sareen J. Three-Year Incidence and Predictors of First-Onset of DSM-IV Mood, Anxiety, and Substance Use Disorders in Older Adults: Results From Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 15 févr 2011;72(02):144-55.
108. Groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie. Personnes âgées et consommation d'alcool-Question 4 Quels sont les objectifs d'intervention chez les personnes âgées ? Quels sont les moyens pertinents d'intervention ? Quels en sont les résultats? Alcoologie et Addictologie. 2014;36(3):252-61.

109. Letizia M, Reinbolz M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatric Nursing*. mai 2005;26(3):176-83.
110. Moore AA, Endo JO, Carter MK. Is There a Relationship Between Excessive Drinking and Functional Impairment in Older Persons? *Journal of the American Geriatrics Society*. janv 2003;51(1):44-9.
111. Castelain V, Lavigne T, Jaeger A, Schneider F. Manifestations cardiovasculaires des substances récréatives : alcool, cocaïne, amphétamines, ecstasy, héroïne et cannabis. *Réanimation*. mai 2005;14(3):186-95.
112. Murray RP, Connett JE, Tyas SL, Bond R, Ekuma O, Silversides CK, et al. Alcohol Volume, Drinking Pattern, and Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: Is There a U-shaped Function? *American Journal of Epidemiology*. 1 févr 2002;155(3):242-8.
113. Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. mars 2007;5(1):64-74.
114. Menecier P, Menecier-Ossia L, Ploton L. Rôle soignant lorsque s'associent vieillesse, mésusage d'alcool et maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. févr 2012;12(67):9-14.
115. Kopelman MD, Thomson AD, Guerrini I, Marshall EJ. The Korsakoff Syndrome: Clinical Aspects, Psychology and Treatment. *Alcohol and Alcoholism*. 16 janv 2009;44(2):148-54.
116. Fernandez L, Finkelstein-Rossi J, Fantini-Hauwel C, Combaluzier S, Hamraoui M, Bellego M. Le tabagisme des séniors : stress et addictions associées. *Alcoologie et Addictologie*. janv 2010;32(4):279-89.
117. Nubukpo P, Clément J-P. Medical drug abuse and aging. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. sept 2013;11(3):305-15.
118. Simoni-Wastila L, Yang HK. Psychoactive drug abuse in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. déc 2006;4(4):380-94.

119. Schlaerth KR, Splawn RG, Ong J, Smith SD. Change in the Pattern of Illegal Drug Use in an Inner City Population Over 50: An Observational Study. *Journal of Addictive Diseases*. 14 avr 2004;23(2):95-107.
120. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract*. mai 1999;48(5):378-84.
121. Mundt MP, French MT, Roebuck MC, Manwell LB, Barry KL. Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. *J Stud Alcohol*. mai 2005;66(3):389-94.
122. 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: ALCOHOL SCREENING AND EDUCATION IN OLDER ADULTS. *Journal of the American Geriatrics Society*. nov 2005;53(11):1937-43.
123. Brethes C, Charrier P, Monsedju Kenfuri P. Le résident bouc émissaire en EHPAD. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. déc 2013;13(78):344-9.
124. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. Insee; 2010. Insee Première, n° 1320.
125. Volant S. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Études et Résultats*, n°899, Drees, Décembre 2014. p 1-6.
126. Atramont A, Rigault A, Chevalier S, Leblanc G, Fagot-Campagna A, Tuppin P. Caractéristiques, pathologies et mortalité des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) admis au cours du premier trimestre 2013 en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. juin 2017;65(3):221-30.
127. Prudent M, Mahmoudi R, Parjoie R, Dramé M, Novella J-L. Caractéristiques des résidents en Ehpad dans le département de la Marne. *Soins Gériatrie*. juill 2015;20(114):31-8.
128. Giet R, Bonet C. Ehpad et baisse de la consommation des médicaments psychotropes. *Soins Gériatrie*. sept 2017;22(127):25-9.

129. Menecier P, Prieur V, Arèzes C, Menecier L, Rotheval L. L'alcool et le sujet âgé en insitution. *Gérontologie et société*. 2003;26(105):133-49.
130. Menecier P, Guillemin P, Bernard B, Nasr D, Arèzes C, Afifi A. L'alcoolisme peut aussi exister en maison de retraite. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. janv 2006;Tome XIII(121):6-9.
131. Thomas VS, Rockwood KJ. Alcohol Abuse, Cognitive Impairment, and Mortality Among Older People. *Journal of the American Geriatrics Society*. avr 2001;49(4):415-20.
132. Pellerin J, Pinquier C, Boiffin A. Alcoolisation des résidents en insitution gériatrique. *Le Courrier des addictions*. déc 1999;(5):193-9.
133. Joseph CL. Alcohol and drug misuse in the nursing home. *Int J Addict*. déc 1995;30(13-14):1953-84.
134. Weyerer S, Schäufele M, Zimmer A. Alcohol Problems Among Residents in Old Age Homes in the City of Mannheim, Germany. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 1999;33(6):825-30.
135. Joseph CL, Ganzini L, Atkinson RM. Screening for Alcohol Use Disorders in the Nursing Home. *Journal of the American Geriatrics Society*. avr 1995;43(4):368-73.
136. Oslin DW, Streim JE, Parmelee P, Boyce AA, Katz IR. Alcohol abuse: a source of reversible functional disability among residents of a VA nursing home. *Int J Geriatr Psychiatry*. août 1997;12(8):825-32.
137. Menecier-Ossia L, Kholler M, Moscato A, Menecier P. L'alcool en établissement pour personnes âgées. *Soins Gérontologie*. mars 2014;19(106):34-6.
138. Henni A, Bideau C, Routon X, Berrut G, Cholet J. Prevalence and issues of screening for alcohol consumption among elderly inpatients admitted to acute geriatric inpatient unit. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. mars 2013;11(1):33-41.
139. McInnes E, Powell J. Drug and alcohol referrals: are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed? *BMJ*. 12 févr 1994;308(6926):444-6.

140. Joseph CL, Rasmussen J, Ganzini L, Atkinson RM. Outcome of nursing home care for residents with alcohol use disorders. *Int J Geriatr Psychiatry*. juill 1997;12(7):767-72.
141. Menecier P, Broyer N, Flot-Arnould L, Ploton L. La place de l'alcool dans les repas à l'hôpital. *Soins*. sept 2011;56(758):14-7.
142. Bedford S, Melzer D, Guralnik J. Problem Behavior in the Last Year of Life: Prevalence, Risks, and Care Receipt in Older Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*. mai 2001;49(5):590-5.
143. Mautret E, Durand J-P. Conduites d'alcoolisation du sujet âgé en institution. Le point de vue du psychiatre. *La Revue de Gériatrie*. mai 2012;37(5):361-8.
144. Porcheron J-B, Bonnifet E, Bernard S, Boulard S, Delgal M-A, Dupont M, et al. Pour ou contre l'alcool en institution? *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. janv 2006;13(121):22-9.
145. Vialla F. Accueil des personnes âgées en EHPAD : entre liberté et sécurité. Ambivalence mais non ambiguïté du discours juridique. *Médecine & Droit*. sept 2014;2014(128):109-14.
146. Oslin DW, Pettinati H, Volpicelli JR. Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry*. déc 2002;10(6):740-7.
147. Laot L. La consommation d'alcool et de tabac chez la personne âgée de plus de 65 ans : une illustration au Centre Hospitalier Jacques Boutard de Saint-Yrieix-La-Perche. Mémoire pour le diplôme universitaire de psychogériatrie. Limoges 2011, 34 pages.
148. Graziani P. La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. *Drogues, santé et société*. déc 2010;9(2):49-74.
149. Collomp F, Rabatel C. Faut-il interdire l'alcool en EHPAD? Mémoire pour le DIU médecin coordonateur d'EHPAD. Université René Descartes-Paris V. Faculté Cochin-Port Royal; 2008.

150. 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 Alcohol Consumption-II. *Addiction*. juin 1993;88(6):791-804.
151. Bush K. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C) An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med*. 14 sept 1998;158(16):1789.
152. Hulse GK, Roydhouse RM, Basso MR, Saunders JB, Stockwell TR. Screening for hazardous alcohol use and dependence in psychiatric in-patients using the AUDIT questionnaire. *Drug & Alcohol Revs*. sept 2000;19(3):291-8.
153. Dawe S, Seinen A, Kavanagh D. An examination of the utility of the AUDIT in people with schizophrenia. *J Stud Alcohol*. sept 2000;61(5):744-50.
154. Berks J, McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *IPG*. déc 2008;20(06):1090.
155. Morton JL, Jones TV, Manganaro MA. Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. *The American Journal of Medicine*. août 1996;101(2):153-9.
156. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. janv 1982;17(1):37-49.
157. Furukawa TA, Akechi T, Azuma H, Okuyama T, Higuchi T. Evidence-Based Guidelines for Interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression: *Journal of Clinical Psychopharmacology*. oct 2007;27(5):531-4.
158. Thompson E. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). *OCCMED*. oct 2015;65(7):601-601.
159. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*. janv 1988;14(1):61-8.

160. Groupe « société et vieillissement », séance 3 « mesure de la dépendance ». Mesure de la dépendance - AGGIR - et éligibilité à l'APA (classement en GIR) [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.unassi.fr/files/documents/20072011175257866fiche-1-grille-aggir-et-gir.pdf>

161. Roudier M, Al-Aloucy MJ. Analyse en composantes principales de la grille AGGIR chez les patients âgés déments. *Revue Neurologique*. mai 2004;160(5):555-8.

Annexes

Annexe 1. Verres standards d'alcool selon alcool-info-service.fr	157
Annexe 2. Le MMSE (Mini Mental State Examination).....	158
Annexe 3. Le questionnaire AUDIT	159
Annexe 4. La grille AGGIR	160
Annexe 5. L'échelle Hamilton Dépression (traduction française révisée par J.D. Guelfi)	161
Annexe 6. L'échelle Hamilton Anxiété	163

Annexe 1. Verres standards d'alcool selon alcool-info-service.fr



Annexe 2. Le MMSE (Mini Mental State Examination)

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

☞ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !0ou1! | 4. Quel jour du mois ? | !0ou1! |
| 2. en quelle saison ? | !___! | 5. Quel jour de la semaine ? | !___! |
| 3. en quel mois ? | !___! | | |
- ☞ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
- | | |
|--|-------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | !___! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | !___! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | !___! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | !___! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | !___! |

APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 11. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 12. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | !___! |
- Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

☞ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

- | | |
|--------|-------|
| 14. 93 | !___! |
| 15. 86 | !___! |
| 16. 79 | !___! |
| 17. 72 | !___! |
| 18. 65 | !___! |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

☞ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !___! |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !___! |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | !___! |

LANGAGE

- | | | |
|---|----------------------------------|-------|
| 22. quel est le nom de cet objet? | Montrer un crayon. | !___! |
| 23. Quel est le nom de cet objet | Montrer une montre | !___! |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : | « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | !___! |

☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

- | | |
|---|-------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | !___! |
| 26. Pliez-la en deux. | !___! |
| 27. et jetez-la par terre ». | !___! |

☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- | | |
|---------------------------------|-------|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | !___! |
|---------------------------------|-------|

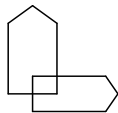
☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- | | |
|---|-------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | !___! |
|---|-------|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|-------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | !___! |
|---|-------|



SCORE TOTAL (0 à 30) !___!

Annexe 3. Le questionnaire AUDIT

Questionnaire AUDIT

Questions	Score				
	0	1	2	3	4
1 Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois/semaine ou plus
2 Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3 Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
4 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
5 Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
6 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
7 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
8 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
9 Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
10 Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois

Annexe 4. La grille AGGIR

Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)	S = Spontanément H = Habituellement T = Totalemment C = Correctement				Code	Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
		S	T	C	H			
1. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<p>Codage intermédiaire</p> <p>Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) • Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) • Si une partie des adverbes seulement est coché codez B. <p>Code final si sous-variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Orientation : - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B • Toilette : - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B • Habillage : - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B. • Alimentation : - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B • Élimination : - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
11. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
12. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
13. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
14. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
15. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
16. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
17. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Groupe iso-ressources
Défini par le système informatique

Annexe 5. L'échelle Hamilton Dépression (traduction française révisée par J.D. Guelfi)

1 - Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absent ▪ Ces états affectifs ne sont signalés que si on interroge le sujet ▪ Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément ▪ Le sujet communique ces états affectifs non verbalement par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer. ▪ Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 0 1 2 3 4
2 - Sentiments de culpabilité <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absent ▪ S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens ▪ Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables ▪ La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité ▪ Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 0 1 2 3 4
3 - Suicide <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absent ▪ A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ▪ Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même ▪ Idées ou geste de suicide ▪ Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 0 1 2 3 4
4 - Insomnie du début de la nuit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de difficulté à s'endormir ▪ Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'un demi-heure ▪ Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 0 1 2
5 - Insomnie du milieu de la nuit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de difficulté ▪ Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit ▪ Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit - sauf si c'est pour uriner) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 0 1 2
6 - Insomnie du matin <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de difficulté ▪ Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort ▪ Incapable de se rendormir s'il se lève 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 0 1 2
7 - Travail et activités <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de difficulté ▪ Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente ▪ Perte d'intérêt pour les activités professionnelle ou de détente - ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque). ▪ Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aide aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle). ▪ A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 0 1 2 3 4
8 - Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Langage et pensée normaux ▪ Léger ralentissement à l'entretien ▪ Ralentissement manifeste à l'entretien ▪ Entretien difficile ▪ Stupeur 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 0 1 2 3 4

Sous total 1

9 - Agitation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune ▪ Crispations, secousses musculaires ▪ Joue avec ses mains, ses cheveux, etc... ▪ Bouge, ne peut rester assis tranquille ▪ Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 0 1 2 3 4
10 - Anxiété psychique <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun trouble 	<input type="checkbox"/>	10 0

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tension subjective et irritabilité ▪ Se fait du souci à propos de problèmes mineurs ▪ Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage ▪ Peurs exprimées sans qu'on pose de questions 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1 2 3 4
11 - Anxiété somatique Concomitants physiques de l'anxiété tels que : Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations) ; Cardiovasculaires (palpitations, céphalées) ; Respiratoires (hyperventilation, soupirs) ; Pollakiurie ; Transpiration		11	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absente ▪ Discrète ▪ Moyenne ▪ Grave ▪ Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		0 1 2 3 4
12 - Symptômes somatiques gastro-intestinaux		12	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun ▪ Perte d'appétit mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale. ▪ A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		0 1 2
13 - Symptômes somatiques généraux		13	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun ▪ Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité ▪ Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		0 1 2
14 - Symptômes génitaux : symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels		14	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absents ▪ Légers ▪ Graves 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		0 1 2
15 - Hypochondrie		15	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absente ▪ Attention concentrée sur son propre corps ▪ Préoccupations sur sa santé ▪ Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc ▪ Idées délirantes hypochondriaques 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		0 1 2 3 4
16 - Perte de poids - coter A (d'après les dires du malade) ou B (appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées)		16	
A			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de perte de poids ▪ Perte de poids probable liée à la maladie actuelle ▪ Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		0 1 2
B			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moins de 500 g de perte de poids par semaine ▪ Plus de 500 g de perte de poids par semaine ▪ Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		0 1 2
17 - Prise de conscience		17	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaît qu'il est déprimé et malade ▪ Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc ▪ Nie qu'il est malade 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		0 1 2
sous-total 2			
TOTAL 1+2)			

Annexe 6. L'échelle Hamilton Anxiété

Cotation : 0=rien 1=faible 2=modérée 3=forte 4=très forte

	0	1	2	3	4
1 État d'inquiétude : Tracas, anticipation du pire, anticipation effrayante, irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tension : Impression de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, facilité à fondre en larmes, tremblements, impression de ne pas pouvoir tenir en place, impossibilité de se détendre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 État dépressif : Perte d'intérêt, manque de plaisir dans les loisirs, dépression, réveil matinal, agitation diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Conduite pendant l'entrevue : Oubli, tremblement des mains, front plissé, visage tendu, soupirs ou respiration courte, pâleur du visage, déglutition, rots, sursauts tendineux, mydriase, exophtalmie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Peurs – Frayeurs : De l'obscurité, des étrangers, d'être seul, des animaux, de la circulation (auto), des foules.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Intellect : Difficulté de concentration, mémoire défaillante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Insomnie : Difficulté de s'endormir, sommeil intermittent, sommeil non réparateur avec fatigue au réveil, rêves, cauchemars, terreurs nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Symptômes autonomes : Bouche sèche, érythrose, pâleur, tendance à transpirer, étourdissements, maux de tête pendant les périodes de tension, cheveux qui se dressent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Symptômes génito-urinaires : Fréquence de la miction, urgence de la miction, aménorrhée, ménorragie, frigidité, éjaculation précoce, baisse ou perte de la libido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Symptômes cardio-vasculaires : Tachycardie, palpitations, douleur thoracique, sensation des pulsations artérielles, impression de faiblesse (ou d'évanouissement), arythmie (extra-systole).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Somatique – sensorielle : Troubles de la vision (flou), bouffées de chaleur et sueurs froides, impressions de faiblesse (physique), sensations de picotement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Somatique – musculaire : Douleurs musculaires, sursauts musculaires, raideurs musculaires, secousses myocloniques, grincements des dents, voix hésitante (tremblotante), augmentation du tonus musculaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Symptômes gastro-intestinaux : Difficulté de déglutition, gaz, douleurs abdominales, sensations de brûlure, ballonnement abdominal, nausée, vomissements, borborygmes, relâchement des sphincters, perte de poids, constipation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Symptômes respiratoires : Sensation d'oppression, impression d'étouffement, soupirs, dyspnée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Consommation d'alcool chez la personne âgée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : revue de la littérature et présentation de l'étude ConsoEHPAD

Malgré de multiples campagnes d'information et de prévention, l'alcool reste la substance psychoactive dont on abuse le plus dans le monde. La prévention semble désormais orientée vers le jeune public et le binge drinking. Pourtant, les personnes âgées souffrent également de l'alcool et de ses conséquences. Après 65 ans, 47,6% des hommes et 19,3% des femmes consommeraient de l'alcool quotidiennement et les problèmes liés à l'alcool concerneraient 10 à 15% d'entre eux. En maison de retraite, il est admis qu'entre 10 et 20% des résidents présenteraient une consommation excessive. Les conséquences physiques, psychiatriques et sociales peuvent être majeures. Les alcoolisations des résidents divisent les soignants de ces structures, souvent dépassés et en sous-effectifs. L'étude CONSOEHPAD cherche à confirmer les chiffres mentionnés ci-dessus mais également à comparer les comorbidités physiques et psychiatriques, l'autonomie ainsi que la consommation de psychotropes entre consommateurs et non-consommateurs d'alcool. Bien que présentant quelques biais, elle permettra, nous l'espérons, une prise de conscience généralisée concernant cette problématique et ses conséquences ainsi qu'une modification de l'offre de soins apportée aux résidents des EHPAD.

Mots-clés : Alcool, Sujet âgé, Institution, Maison de retraite, EHPAD

Alcohol consumption and elderly in nursing homes: literature review and presentation of the CONSOEHPAD Study

Despite many information and prevention campaigns, alcohol remains the most abused psycho-active substance in the world. Nowadays, prevention mainly targets young people and the phenomenon of binge drinking. However, the elderly also suffer from alcohol and its consequences. 47% of men and 19% of women over 65 years old are likely to consume alcohol on a daily basis, and alcohol-related problems affect 10 to 15% of them. It is also assumed that between 10 and 20% of nursing homes residents drink excessively. The physical, psychiatric and social consequences can be major. Health Care Providers of these structures, who are often understaffed and overwhelmed, are divided about the management of those alcohol consumptions. The CONSOEHPAD study aims at confirming the data mentioned above, but also at comparing physical and psychiatric comorbidities, independence and the amount of psychotropic drugs consumed between users and non-users of alcohol. Although presenting some biases, this study could lead to a generalized awakening of awareness concerning this problem and its consequences, and to changes in the care offered to residents of retirement homes.

Keywords : Alcohol, Elderly, Nursing homes, Retirement homes

