

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 10 décembre 2020

Par Joris PAGNOUX

Né le 12 juin 1991 à Limoges

**Consommation d'alcool chez la personne âgée dans les
établissements d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes : Étude ConsoEHPAD**

Thèse dirigée par le Docteur CALVET Benjamin

Examineurs :

M. le Professeur NUBUKPO Philippe.....Président
M. le Professeur BUCHON Daniel..... Juge
M. le Professeur TCHALLA Achille.....Juge
M. le Docteur CALVET Benjamin.....Directeur de thèse
M. le Docteur MASSOULARD Fabrice.....Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 10 décembre 2020

Par Joris PAGNOUX

Né le 12 juin 1991 à Limoges

**Consommation d'alcool chez la personne âgée dans les
établissements d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes : Étude ConsoEHPAD**

Thèse dirigée par le Docteur CALVET Benjamin

Examineurs :

M. le Professeur NUBUKPO Philippe.....Président
M. le Professeur BUCHON Daniel.....Juge
M. le Professeur TCHALLA Achille.....Juge
M. le Docteur CALVET Benjamin.....Directeur de thèse
M. le Docteur MASSOULARD Fabrice.....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-VERNEREOLOGIE
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 Zhour	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

À mon ami Yann,

Tu m'as accompagné tout au long de ces études et même bien avant qu'on débute cette PACES. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as pu faire pour moi. Tu as toujours été présent dans les bons moments comme dans les moments de galère. Ta bonne humeur, ton humour et ta créativité en termes de « conneries » et de surnoms à mon égard ont laissé une empreinte indélébile dans ma mémoire. Cette thèse t'est évidemment dédiée, j'aurai une pensée émue envers toi, en ce jour de soutenance.

À mon cousin Laurent,

Depuis le plus jeune âge, j'ai passé des étés entiers avec toi. Ton humour, ton partage et ta pédagogie ont été un véritable modèle pour moi. Merci pour tout ce que tu as pu m'apporter.

Le vin est le lait des vieillards
Platon

Remerciements

À Monsieur le Professeur NUBUKPO Philippe,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ma thèse.

Je vous remercie de vos enseignements au cours du premier cycle.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur BUCHON Daniel,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail et de donner un avis critique en matière de médecine générale.

Je vous remercie pour votre enseignement tout au long de l'internat.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur TCHALLA Achille,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre enseignement au cours du premier cycle.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Benjamin CALVET

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse.

Merci pour ton soutien et pour tes nombreux conseils tout au long de ce parcours.

Sois assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Fabrice MASSOULARD

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Ton implication dans le travail, ta bienveillance et ta gentillesse sont une source d'inspiration pour moi.

Sois assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À ma famille,

À mes parents, Anna et Gérard, pour l'amour et l'éducation que vous m'avez transmis. Je vous remercie de m'avoir accompagné et soutenu tout au long de ce parcours. Vous avez su me donner toutes les chances pour réussir.

À ma femme, Amandine, pour l'amour que tu m'apportes tous les jours. Je te remercie pour ton soutien quotidien indéfectible et pour tes encouragements. Tu es une personne exceptionnelle. Ton naturel, ta gentillesse, ta patience avec moi et ton enthousiasme sont des qualités qui me sont chères. Merci également de m'avoir comblé de bonheur et d'avoir donné un nouveau sens à ma vie, grâce à notre petit rayon de soleil, Noéline.

À mon frère, Loric, nos querelles infantiles nous ont permis de grandir ensemble et de créer une relation fraternelle indélébile. Merci pour ta patience et ta gentillesse.

Je remercie toute ma famille, mes oncles et tantes, cousins et cousines.

À mes amis,

Dans un premier temps, je souhaiterais remercier Guillaume, sans qui ce travail n'aurait certainement jamais vu le jour. Nos années de travail se sont concrétisées par la plus belle des manières en partageant cette thèse. Ton honnêteté et ton humour sont des qualités précieuses.

À Aurore, une très belle rencontre de la bibliothèque universitaire de Lettres, qui a débouché sur une amitié sincère depuis de nombreuses années. Ta gentillesse, ta bienveillance et ton humilité font de toi une personne exceptionnelle. Merci mille fois pour tout le temps que tu as passé pour la relecture de ma thèse.

À Jennifer et Vincent. Jen, tu es ma plus vieille amie. De nos débuts sur les bancs du collège, puis les parties de belotte au lycée et enfin les nombreuses années d'étude, nous avons partagé de nombreux bons moments qui nous permettent d'avoir une belle et réelle amitié. Et Vincent, ta joie de vivre est communicative et ta propension à faire des « conneries » sont ta marque de fabrique. Nous avons passé des moments inoubliables ensemble. Merci d'être tous les deux à mes côtés.

À Dorah et Florian. Dodo, ta gentillesse et ta sincérité sont les premières qualités qui me viennent quand je pense à toi. Tu m'as également permis de connaître Flo, un ami digne de confiance et un sacré mauvais perdant. Malgré la distance, notre amitié reste solide et sincère. Nos weekend tous les six sont toujours des moments inoubliables !

À Rouxy, malgré la distance, tu seras toujours présent. Nos parties de squash et nos nombreuses soirées sont des moments inoubliables en ta compagnie. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

À Alix, la distance ne change rien à notre amitié. Nos longues discussions et notre amour pour le sport ont créé un solide lien d'amitié. Vivement que tu te rapproches du Limousin !

Au groupe des Limougeaudois, Aurore, Thomas, Cédric, Charline, Romain, Marie-Alice et Adrien. Que ce soit les néo-limougeaudois ou les anciens limougeaudois, vous êtes des amis en or ! Vivement qu'on puisse reprendre nos repas tous ensemble. Les nombreux dimanches soirs chez Cédric resteront gravés à jamais dans ma mémoire.

Merci aux Docteurs Agnès et Hervé Le Flahec, de m'avoir accueilli chez vous, de m'avoir soutenu pendant de nombreuses années, je vous serai éternellement reconnaissant.

Merci aux Professeurs Pascale et Jean-Yves Salle. Vous avez été une source d'inspiration pour moi depuis le plus jeune âge.

Merci au Professeur Stéphane Moreau, vous êtes un modèle de rigueur et de sympathie.

Merci aux professionnels qui m'ont accompagné tout au long de mon cursus, je pense notamment au Docteur Fabienne Vaurette (pour tes nombreux conseils de gestion d'un cabinet), au Docteur Didier Pfennig, au Docteur Liliane Chassac, au Docteur Johann Tricart, au Docteur Alice Vandermeersch, au Docteur Helmy Ibrahim, et plein d'autres personnes que j'oublie, qui m'ont permis d'apprendre mon futur métier.

Merci également à mes collègues de travail et co-internes, Raphaël, Albert, Pierre, mon bon Thomas, Pierre-Clément, Sonia et bien d'autres.

Et enfin, merci à l'équipe de SOS médecins de Limoges, vous m'avez accueilli avec beaucoup de bienveillance, ce qui contribue activement à mon épanouissement professionnel !

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	22
Introduction	23
I. État des connaissances	25
I.1. Troubles de l'usage d'alcool, complications somatiques et prise en charge par le médecin généraliste	25
I.1.1. Repères historiques.....	25
I.1.2. Épidémiologie	28
I.1.3. Définition des différents usages	32
I.1.4. Bases neurobiologiques	36
I.1.5. Complications somatiques.....	40
I.1.5.1. Complications hépatiques.....	40
I.1.5.2. Complications digestives.....	41
I.1.5.3. Complications neurologiques.....	42
I.1.5.4. Complications cardiovasculaires.....	44
I.1.5.5. Complications oncologiques	45
I.1.5.6. Autres complications	46
I.1.5.7. Complications lors d'une alcoolisation aiguë	49
I.1.6. Complications psychiatriques	50
I.1.7. Prise en charge par le médecin généraliste	53
I.1.7.1. Prise en charge de l'usage à risque.....	53
I.1.7.2. Prise en charge de l'alcoolodépendance	54
I.2. Particularités chez la personne âgée	57
I.2.1. Définition de la population âgée	57
I.2.1.1. Épidémiologie.....	57
I.2.1.2. Le vieillissement physiologique.....	59
I.2.2. Repérer et évaluer la consommation d'alcool chez les personnes âgées.....	61
I.2.2.1. Généralités.....	61
I.2.2.2. Modalités de consommation	63
I.2.2.3. Validité des différents questionnaires	65
I.2.3. Les complications spécifiques d'une consommation d'alcool chez la personne âgée.....	68
I.2.3.1. Complications retrouvées lors d'une consommation d'alcool aiguë.....	68
I.2.3.2. Complications retrouvées lors d'une consommation chronique.....	69
I.2.4. Spécificités de la prise en charge de la personne âgée souffrant d'un TUA.....	70
I.2.5. Quels sont les actions à mettre en place ?.....	71
I.3. Problématiques des troubles de l'usage d'alcool et leurs complications dans les institutions pour personnes âgées.....	74
I.3.1. Généralités sur les EHPAD	74
I.3.1.1. Épidémiologie.....	74
I.3.1.2. Notions de dépendance et perte d'autonomie	76
I.3.1.3. Notion de fragilité	76
I.3.2. Alcool et EHPAD	77
I.3.2.1. État des connaissances actuelles	78
I.3.2.2. Les facteurs favorisant la consommation d'alcool.....	79
I.3.2.3. Quels sont les différents modes d'accès à l'alcool ?.....	80

I.3.2.4. Quelles sont les problématiques soulevées par une consommation d'alcool dans les EHPAD ?	81
I.3.2.4.1. Problématiques pour les soignants	81
I.3.2.4.2. Problématiques pour les résidents et les familles	82
I.3.3. Faut-il interdire l'alcool en institution ?	82
I.3.4. Prise en charge de l'alcoolodépendance en institution	84
I.3.4.1. Les difficultés de prise en charge en établissement	84
I.3.4.2. Quelles sont les mesures à mettre en place dans les institutions ?.....	86
II. Protocole de l'étude ConsoEHPAD	89
II.1. Justification de l'étude	89
II.2. Objectifs	92
II.3. Matériels et méthode.....	92
II.3.1. Population, recrutement et taille de l'échantillon	92
II.3.2. Critères d'inclusion et de non-inclusion	95
II.3.3. Les échelles d'évaluation	95
II.4. Déroulement de l'étude	97
II.5. Critères de jugement	101
II.6. Analyses statistiques.....	102
II.7. Discussion de l'étude	103
II.7.1. Au regard de la littérature internationale	103
II.7.2. Au regard de la méthodologie du protocole de recherche.....	105
II.7.2.1. Échelles et questionnaires	105
II.7.2.2. La population.....	108
II.7.2.3. Déroulement de l'étude	109
II.7.3. Les biais de l'étude	109
II.7.3.1. Biais de sélection	109
II.7.3.2. Biais de classement	110
II.7.3.3. Biais de confusion	110
II.7.4. Résultats attendus	111
II.7.5. Perspectives d'avenir	112
Conclusion	115
Références bibliographiques	117
Annexes	128
Serment d'Hippocrate	135

Table des illustrations

Figure 1 : Vente d'alcool par habitant depuis 1961 (7)	29
Figure 2 : Pourcentage de la population ayant consommé tous les jours au cours des 7 derniers jours (6).....	30
Figure 3 : Nombre d'hospitalisations selon les catégories des principaux diagnostics en lien avec l'alcool (6).....	31
Figure 4 : Équivalence degré d'alcool et quantité dans un verre standard (11)	32
Figure 5 : Échelle de Skinner (11)	33
Figure 6 : Effets aigus d'une consommation d'alcool sur les différents récepteurs (18).....	38
Figure 7 : Schéma du circuit de la récompense (17)	39
Figure 8 : Conséquences cliniques selon les niveaux de consommation aiguë d'alcool.....	50
Figure 9 : Modèle trans-théorique de Prochaska et DiClemente	55
Figure 10 : Pyramide des âges en France en 2007 et en 2060 (53)	58
Figure 11 : Espérance de vie de 1950 à 2005 (54)	59
Figure 12 : Usage quotidien d'alcool en fonction de l'âge et du sexe en France (59).....	62
Figure 13 : Usage hebdomadaire d'alcool en fonction de l'âge et du type d'alcool (59)	63
Figure 14 : Questionnaire CAGE-DETA	66
Figure 15 : Questionnaire FACE.....	67
Figure 16 : L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA (85)	75
Figure 17 : Concept de fragilité (91)	77
Figure 18 : Résumé du déroulement de l'étude ConsoEHPAD	100

Table des tableaux

Tableau 1 : Évolution moyenne annuelle des volumes d'alcool pur par habitant (6).....	29
Tableau 2 : Principales pathologies somatiques induites par une consommation chronique d'alcool.....	48
Tableau 3 : Principales complications psychiatriques induites par une consommation chronique d'alcool.....	52
Tableau 4 : Places disponibles dans les EHPAD de la Haute-Vienne en 2016 et population potentiellement incluse dans l'étude.....	94
Tableau 5 : Déroulement des deux visites dans chaque EHPAD.....	101

Abréviations

AA	Alcooliques Anonymes
ACE-R	Addenbrooke's Cognitive Examination Revised
ACFA	Arythmie Cardiaque par Fibrillation Atriale
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARPS	Alcohol Related Problems Survey
ARS	Agence Régionale de la Santé
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BEARNI	Brief Evaluation of the Alcohol-Related Neuropsychological Impairments
CDA	Consommation déclarée d'alcool
CIM	International Classification of Diseases
DA-MLC	Système dopaminergique méso-limbo-cortical
DETA	Questionnaire Diminuer, Entourage, Trop, Alcool
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EVSI	Espérance de vie sans incapacité
FACE	Formule pour approcher la consommation d'alcool pour entretien
GAS	Geriatric Anxiety Scale
GDS	Geriatric Depression Scale
HAM-A	Hamilton Anxiety Scale
HAS	Haute Autorité de la Santé
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
MAST	Michigan Alcohol Screening Test
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognition Assessment
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SFA	Société Française d'Alcoologie
TUA	Troubles liés à l'Usage d'Alcool

Introduction

L'histoire de l'alcool remonte au début de notre ère, mais l'alcoolisme n'est reconnu comme maladie que depuis la fin du XX^{ème} siècle. Le concept d'addiction à l'alcool a vu le jour par la suite et de nombreuses études sont venues appuyer le fait que c'est une véritable maladie. Néanmoins, il n'existe que peu d'études portant sur la consommation d'alcool chez la personne âgée. Pourtant, tout médecin généraliste est confronté à ce problème d'addiction et il est souvent démuni à la fois pour dépister précocement les troubles mais également pour prendre en charge correctement son patient.

L'alcoolisation d'une personne âgée est donc un véritable problème de santé publique dans le monde ainsi qu'en France, avec 49 000 décès imputables à l'alcool en 2009. Certains auteurs parlent même « d'une épidémie cachée » (1). Il existe deux discours diamétralement opposés sur la consommation d'alcool. D'une part, la consommation d'alcool est mauvaise pour la santé et d'autre part, la consommation d'alcool aurait un effet bénéfique au niveau cardiovasculaire. Cette phrase est bien ancrée dans la pensée des patients et il faut avoir les connaissances pour pouvoir répondre de manière adaptée à ces derniers.

De plus, l'alcool est la substance la plus consommée par la personne âgée. Il s'agit d'un sujet tabou, difficile à aborder d'autant plus chez les séniors, où très souvent la notion de « dernier plaisir » est mise en avant.

Pour le grand public, l'alcool ne peut pas exister dans les Établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et quand bien même elle pourrait exister, cette consommation est modérée et donc sans danger pour le sujet âgé. Nous tenterons de démontrer que la personne âgée est bien plus fragile qu'un sujet jeune, a plus de comorbidités et donc plus de pathologies et de médicaments pouvant interagir avec l'alcool, et est donc plus à même de présenter des complications de cette consommation, même à des doses minimales. De plus, elle peut être le reflet d'une souffrance psychologique et il ne faut donc jamais la minimiser.

Le nombre de personnes âgées augmentant et avec l'arrivée des « baby-boomers », le problème d'alcoolisme dans cette tranche d'âge va être de plus en plus fréquent. Il s'agit parfois d'une consommation ayant débuté précocement et se poursuivant à l'entrée en institution, mais également d'une consommation plus tardive, lors de l'entrée en EHPAD, et dans ces cas-là, le dépistage semble être plus compliqué. Les causes sont souvent multifactorielles.

Le médecin généraliste se trouve donc face à un dilemme pour prendre en charge un patient consommateur d'alcool en EHPAD, que l'opinion publique et souvent les

établissements eux-mêmes réduisent à la question manichéenne de l'autorisation ou de l'interdiction de l'alcool en institution. Nous émettons l'hypothèse que la réponse réside ailleurs que dans cette simple dichotomie et nécessite au préalable un état des lieux précis de cette consommation. Ainsi, la problématique que nous proposons de traiter dans cette thèse concerne l'évaluation de ladite consommation d'alcool en EHPAD afin de penser de nouveaux outils de dépistage dans la prise charge du patient âgé.

La première partie est consacrée à une revue de la littérature. Dans un premier temps nous aborderons les différentes problématiques des troubles de l'usage d'alcool, puis nous nous intéresserons aux particularités chez la personne âgée et enfin, nous étudierons de manière plus spécifique les problématiques des troubles de l'usage d'alcool et les complications en EHPAD.

Dans un second temps, les enjeux et le protocole de l'étude ConsoEHPAD seront présentés. Elle a été élaborée afin de décrire l'usage de l'alcool chez la personne âgée en EHPAD dans le département de la Haute-Vienne. D'autres critères seront abordés comme le niveau d'études entre consommateurs et non consommateurs, la profession antérieure, l'état de dépendance, l'évolution de la consommation depuis l'entrée en institution, la répartition entre « consommateurs précoces » et « consommateurs tardifs », les comorbidités psychiatriques et somatiques, la consommation de psychotropes et également le besoin de prise en charge ressenti par les patients. Les résultats d'une telle étude ont pour vocation de dresser un bilan sur les consommateurs-types, les profils de consommateurs et les comorbidités associées, mais aussi, une fois tout cela interrogé, d'enrichir la démarche de soin du médecin traitant chez le patient âgé. La fin de cette partie propose d'évaluer et de critiquer le protocole, afin de discuter des perspectives attendues, notamment en termes de prise en charge et d'outils de dépistage.

I. État des connaissances

La consommation d'alcool est un véritable problème de santé publique. C'est la drogue la plus consommée en France. Le problème d'addiction à l'alcool est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Il n'est pas toujours facile d'aborder ce sujet tabou avec nos patients car la consommation d'alcool est souvent insidieuse (du moins au début). Nous aborderons dans un premier temps les troubles de l'usage d'alcool avec les différentes complications qui en découlent, puis nous nous intéresserons aux particularités rencontrées chez la personne âgée et enfin nous verrons les différentes problématiques qui existent en EHPAD concernant la consommation d'alcool.

I.1. Troubles de l'usage d'alcool, complications somatiques et prise en charge par le médecin généraliste

I.1.1. Repères historiques

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'alcool est « une substance psychoactive capable d'entraîner la dépendance, largement utilisée dans de nombreuses cultures depuis des siècles » (2).

L'histoire de l'alcool commence au début de l'histoire humaine, à peu près à l'époque où nos ancêtres ont découvert que les fruits et les céréales fermentés donnent des boissons alcoolisées.

En Chine, 10000 ans avant Jésus-Christ, les boissons alcoolisées sont une source d'inspiration, d'hospitalité et de lutte contre la fatigue.

Par la suite, en Égypte, 4000 ans avant J-C, la bière et le vin étaient très appréciés des hommes, comme en témoigne la vénération du dieu du vin, Osiris.

Vers 2000 ans avant J-C, la consommation et la production de vin atteint la Grèce Antique. Les anciens Romains considéraient le vin comme une nécessité quotidienne et qualifiaient sa consommation de « démocratique ». Ils ont permis le développement et la culture du vin dans toute l'Europe (3)

Les Bibles hébraïques et chrétiennes, le Coran et de nombreux textes religieux orientaux font référence à l'intoxication par le vin et la bière ainsi que leurs effets négatifs sur le comportement. La Bible hébraïque condamne vigoureusement l'ivresse et de nombreuses anecdotes décrivent les conséquences catastrophiques d'une alcoolisation massive.

Au Moyen Âge, l'eau était considérée comme mauvaise pour la digestion, elle était souvent insalubre, au profit du vin, qui était considéré comme bon pour la santé. Au XIII^{ème} siècle, un médecin, Arnaud de Villeneuve, a créé un nouveau médicament : l'eau-de-vie.

L'alcool est considéré comme un médicament vendu en pharmacie jusque dans les années 1920. Des vins « fortifiés » sont prévus pour soigner de nombreuses maladies, comme des maux d'estomac, la nervosité excessive, le diabète et même la goutte.

Au début de la révolution scientifique, aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles, le psychiatre français, Philippe Pinel, a proposé une classification, en énumérant quatre maladies mentales : la mélancolie, la manie, la démence et l'idiotisme. D'après Pinel, la mélancolie était parfois provoquée par l'abus d'alcool chronique. Benjamin Rush, considéré comme le père de la psychiatrie américaine, a fondé en 1841 la première institution consacrée exclusivement au traitement des alcooliques à Boston. Pinel et Rush ont donc été les premiers défenseurs de la proposition selon laquelle l'alcoolisme est une maladie médicale et non pas une action des dieux, comme c'était considéré jusqu'alors (3).

Les mouvements de tempérance se sont développés aux États-Unis au XIX^{ème} siècle en raison d'une augmentation marquée de la consommation d'alcool par les hommes dans les pays en voie d'industrialisation. L'objectif de ces mouvements est d'attirer l'attention sur les effets néfastes d'une consommation excessive d'alcool. Ils ont permis de relater de manière très détaillée les violences conjugales, la négligence familiale et le chômage dus à une consommation excessive d'alcool (3).

Par la suite, Bill Wilson et le docteur Bob Smith, tous deux anciens alcooliques, ont fondé en 1935 à Akron le groupe des Alcooliques Anonymes (AA). C'est une méthode novatrice pour faire face à la dépendance à l'alcool, avec comme principale hypothèse qu'il est impossible d'arrêter de boire par soi-même. Cette méthode est toujours d'actualité.

À la fin de la seconde guerre mondiale, apparaît la première nomenclature psychiatrique, DSM-1 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health*, 1^{ère} révision), qui décrit les intoxications aiguës et chroniques à l'alcool comme des syndromes cérébraux et met l'accent sur des théories pour expliquer le processus d'addiction (3).

Au XX^{ème} siècle, la vision de l'alcool évolue : elle passe du médicament à la boisson apéritive et de nombreuses publicités font leur apparition pour promouvoir les bienfaits de l'alcool : nous pouvons citer le vin de Vial, « réservé aux Poilus », qui leur offre un reconstituant, la bière « nourrissante par sa haute teneur en calories », « renfermant 11 acides aminés, des minéraux et des vitamines », « bonne pour la santé », la célèbre publicité « Un Ricard sinon rien ! » (3). Les prix attractifs sont également valorisés. À cette époque, les producteurs d'alcool développent les jeux photographiques, qui permettent de restituer la texture des matériaux (la dureté du glaçon, le moelleux de la mousse...) (4).

En France, le gouvernement a mis en place des mesures, visant à réduire la consommation d'alcool depuis les années 1960. Parmi les principales mesures, nous pouvons

citer l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs, l'interdiction des opérations commerciales dites *happy hours* sauf si les boissons non alcoolisées sont proposées à prix réduit, une diminution de l'alcoolémie à 0,5 g/l au volant, la limitation de la publicité en faveur de l'alcool (5).

En 1987, la loi Barzach régit le contenu publicitaire et rend obligatoire la mention appelant à la modération de la consommation d'alcool et interdit la publicité de l'alcool dans les magazines destinés à la jeunesse, dans les stades et pendant les événements sportifs (5). Seuls les brasseurs et les viticulteurs continuent à afficher dans leur publicité des enfants avec des slogans tels que « boisson jeune et joyeuse de la table familiale » (3). Dans les années 1970-1980 vont se développer des publicités pour toutes sortes d'alcool ciblant les femmes avec les mouvements d'émancipation féminine.

C'est ainsi qu'en 1991, la loi Evin a été mise en place, visant à interdire la publicité de l'alcool ciblant les jeunes. Dans les cas où la publicité est autorisée, les informations sont limitées à des données informatives et à des critères de qualité objectifs. Par conséquent, elles ne peuvent plus véhiculer des images attrayantes ou des textes positifs. Toute publicité en faveur de l'alcool doit être accompagnée du message suivant : « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » (5). Cette loi a été profondément affaiblie par les lobbys des producteurs et détaillants de vin.

En 2009, la loi Bachelot autorise la publicité en faveur de l'alcool sur internet (sauf les sites sportifs et ceux visant la jeunesse), malgré le fait que les jeunes utilisent internet comme principal média.

En 2015, la loi Evin est une nouvelle fois assouplie : les alcools justifiant une appellation de qualité, d'origine et de terroir ou d'un héritage culturel, gastronomique ou régional, ne sont plus soumises aux restrictions de la loi de 1991 (5).

Depuis 1995, l'enquête ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) évalue tous les quatre ans des élèves des pays européens sur l'usage de substances psychoactives. En 2015, en France, cette enquête a été couplée à une échelle d'exposition au marketing axé sur l'alcool (FAMES, *French Alcohol Marketing Exposure Scale*). D'après les résultats de cette étude, il ressort que les jeunes sont fréquemment exposés aux publicités en faveur de l'alcool. Il est donc ressorti que la loi Evin de 1991, si elle n'avait pas été modifiée, aurait permis aux jeunes d'être moins exposés à la publicité incitant la consommation d'alcool (5).

I.1.2. Épidémiologie

Comme nous venons de le voir, en France, la consommation d'alcool fait partie des mœurs, solidement ancrée dans notre culture culinaire. Elle participe aux événements festifs, familiaux ainsi qu'aux modes de vie. Cet héritage social et culturel, renforcé par les enjeux économiques induit une tolérance générale. Pourtant elle affecte la santé d'au moins cinq millions de français. La France fait partie des pays les plus consommateurs d'alcool au monde, classé au 8^{ème} rang (7) et au 3^{ème} rang des pays européens. De plus, le vin fait partie intégrante du patrimoine français. Il est qualifié à la fois de nutritif et de « bon » pour la santé. Il est à la fois une boisson mais également un médicament jusqu'au XX^{ème} siècle. Il est apprécié pour ses vertus gustatives, euphorisantes et relaxantes.

La consommation en France baisse depuis les années 1960 pour atteindre un peu moins de 12 litres d'alcool pur par habitant et par an en 2018, ce qui correspond à 2 verres et demi d'alcool par jour et par habitant de plus de 15 ans (Figure 1). Néanmoins, les habitudes de consommation ont profondément changé : les consommations d'alcool massives dites de *Binge drinking* (plus de 6 verres en une seule occasion) ont considérablement augmenté et concernent désormais 60% des hommes de 15-24 ans, contre 54% en 2010 (7). La proportion des 15-75 ans consommant de l'alcool quotidiennement a été divisée par deux en vingt ans, passant de 24% en 1992 à 11% en 2010 (7). Le vin de table est délaissé au profit de produits de meilleure qualité consommés en moins grande quantité. Les ventes de vin ont également baissé au profit de la bière qui connaît un profit de 4,2% en 2018 (6) (Tableau 1). De plus, les répartitions de volume d'alcool sont très inégales : 14% des adultes ne consomment pas du tout d'alcool, 50% déclarent consommer que 3% des volumes, alors que les 10% des plus consommateurs en absorbent près de 60%.

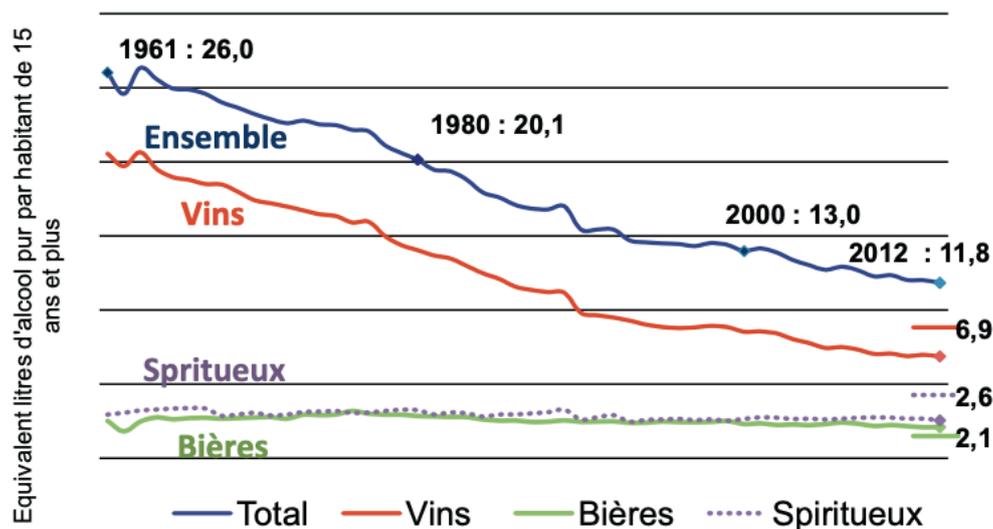


Figure 1 : Vente d'alcool par habitant depuis 1961 (7)

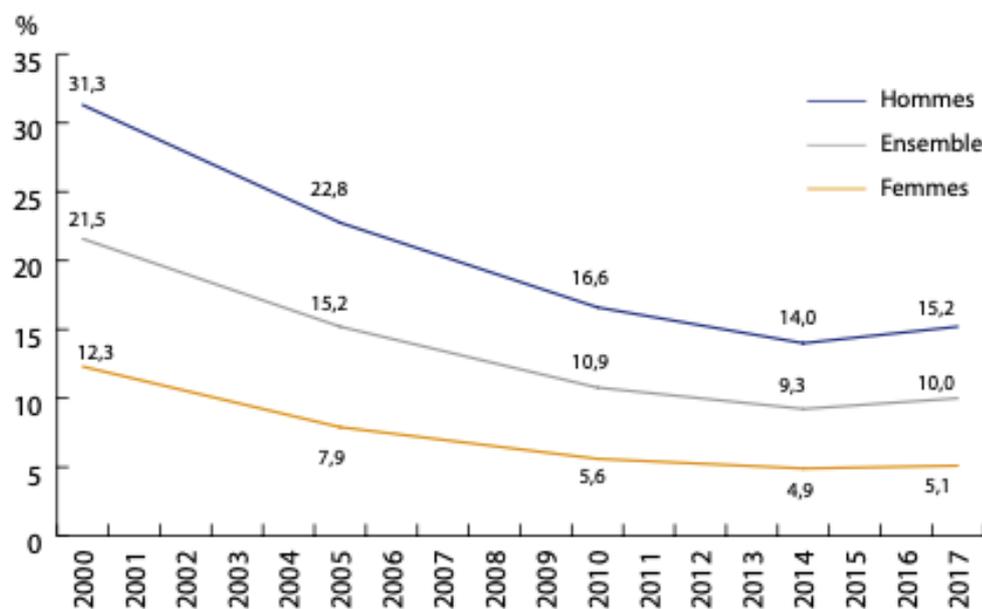
Tableau 1 : Évolution moyenne annuelle des volumes d'alcool pur par habitant (6)

	Périodes	Évolution annuelle moyenne des volumes d'alcool pur par habitant (en %)	Intervalle de confiance**	
			Borne inférieure	Borne supérieure
Ensemble des boissons alcoolisées	2000-2005	-1,7*	-2,5	-1,0
	2005-2018	-0,9*	-1,1	-0,8
Vins	2000-2005	-2,4*	-3,3	-1,4
	2005-2018	-1,1*	-1,3	-0,8
Bières	2000-2006	+0,3	-0,5	+1,0
	2006-2008	-1,6*	-2,4	-0,9
	2008-2015	+2,8*	-1,7	-3,9
Spiritueux	2000-2012	0,0	-0,5	+0,4
	2012-2015	-1,5*	-1,9	-1,1

L'abus d'alcool est responsable de 49000 décès par an en France (6). Il est responsable d'accidents de la route, d'homicides, de violences domestiques, de troubles mentaux et comportementaux, de maladies non transmissibles majeures ainsi que de certaines maladies infectieuses, telle que la tuberculose ou le VIH. Un décès sur deux arrive avant 65 ans. C'est la deuxième cause de mortalité évitable en France après le tabac. D'après le baromètre santé 2014, on estime environ à 10% le nombre d'adultes en difficulté concernant la consommation quotidienne d'alcool en France (7) (Figure 2). En médecine générale, 16%

des patients vus en visite ou en consultation auraient un problème lié à l'alcool. Pourtant une étude réalisée en 2003 révèle que le thème de l'alcool est rarement abordé en médecine générale, alors que les patients trouveraient légitimes que leur médecin traitant les questionne au sujet de leur consommation (8).

En Nouvelle-Aquitaine, la consommation d'alcool pour les adultes de 18 à 75 ans est significativement plus élevée que la moyenne en France métropolitaine (12,3% en 2017). Elle est la deuxième région où la prévalence de la consommation hebdomadaire de vin est la plus élevée. Il existe cependant de forte disparité entre les départements, la Creuse étant le département le plus préoccupant (9).



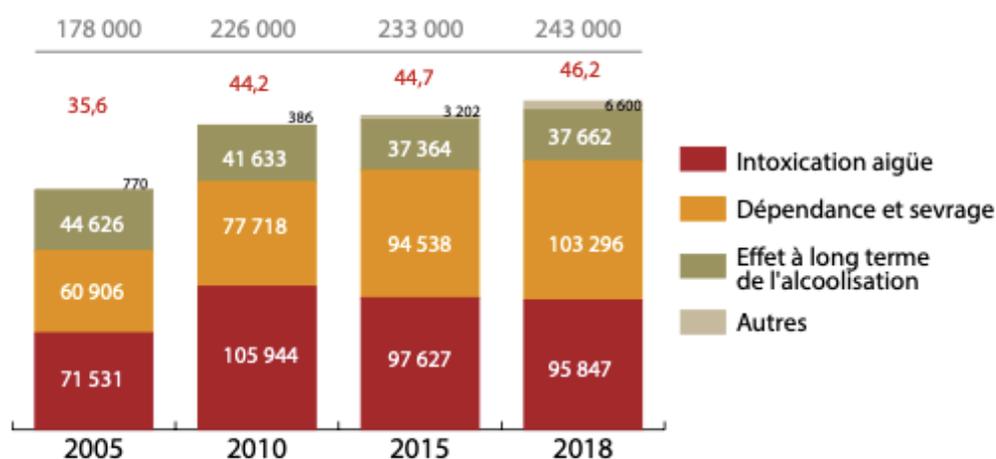
Source : Baromètre santé, Santé publique France

Figure 2 : Pourcentage de la population ayant consommé tous les jours au cours des 7 derniers jours (6)

Dans le monde, l'usage nocif d'alcool (cf I.1.3.) est responsable de 3,3 millions de décès chaque année, soit 5,9% des décès (10). C'est également un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. Chez les 20-39 ans, près de 25% des décès sont attribuables à l'alcool. Une étude réalisée aux États-Unis, entre 2012 et 2013, a permis d'évaluer que la prévalence sur la vie entière de personnes ayant un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA) était de presque 30%.

L'alcool a été classé en première position des substances licites et illicites parmi une liste d'une vingtaine concernant la dangerosité à la fois individuelle et sociale (7).

D'une part, d'un point de vue économique, l'alcool est responsable de plus de 200 000 hospitalisations par an, en légère augmentation depuis quelques années, même si ce chiffre est difficile à évaluer (Figure 3). Nous pouvons noter une diminution du nombre d'hospitalisation pour intoxication aiguë et une augmentation des séjours pour prise en charge de sevrage, ce qui peut s'expliquer par une amélioration de l'offre de soins. C'est la première cause d'hospitalisation en France (10). D'autre part, la filière viticole et les alcooliers représentent un véritable enjeu économique dans notre pays car ils emploient environ 500 000 personnes. La France est le premier pays producteur de vin. Le coût des années de vies perdues dû aux pathologies causées par l'alcool est estimé à environ 66 milliards d'euros (en sachant qu'une vie humaine sauvée a été calculée à environ 115 000 euros/an), ce qui correspond au coût le plus élevé toutes drogues confondues. Le coût des soins remboursés pour les pathologies causées par l'alcool est quasiment de 8 millions d'euros par an, ce qui correspond à plus de 5000 euros par patient par an (10). Ce coût élevé est en partie dû au fait que les pathologies provoquées par l'alcool sont très nombreuses, apparaissent assez tôt dans la vie et durent assez longtemps. De plus, les dépenses publiques pour la prévention, la recherche et la répression s'élèvent à 283 millions d'euros par an pour l'alcool.



Source : Agence technique pour l'information hospitalière, exploitation OFDT

Chiffres en rouge : nombre de séjours avec un diagnostic principal mentionnant l'alcool pour 10 000 habitants âgés de 15 à 85 ans

Figure 3 : Nombre d'hospitalisations selon les catégories des principaux diagnostics en lien avec l'alcool (6)

I.1.3. Définition des différents usages

Pour pouvoir parler des différents usages, il faut tout d'abord connaître à quoi correspond un verre standard. Il est défini par une quantité d'alcool pur de 10 grammes, ce qui correspond approximativement à 10 cl de vin, à 25 cl de bière à 5°, ou à 3 cl d'alcool à 40° (Figure 4).



Figure 4 : Équivalence degré d'alcool et quantité dans un verre standard (11)

Il existe cinq catégories d'usage de l'alcool, définies par la Société Française d'Alcoologie (11), qui vont du non-usage jusqu'aux différentes formes de mésusage, visualisables sur l'échelle de Skinner (Figure 5) :

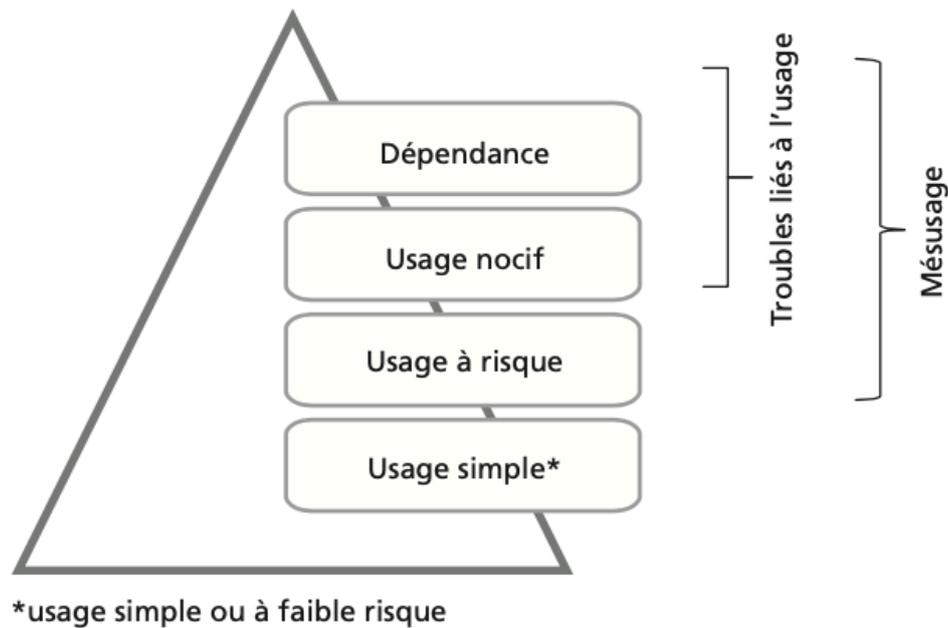


Figure 5 : Échelle de Skinner (11)

- Le non-usage, c'est-à-dire l'absence totale de consommation d'alcool. Elle peut être primaire ou secondaire à la suite d'un mésusage.
- L'usage simple, qui correspond à une consommation asymptotique et inférieure au seuil de recommandation de l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé), c'est-à-dire jamais plus de 4 verres par occasion pour un usage ponctuel et pas plus de 21 verres standards par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes (11).
- Le mésusage qui comprend trois catégories :
 - L'usage à risque, qui correspond à une consommation supérieure aux seuils définis par l'OMS. Elle est totalement asymptotique mais susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages. Le risque immédiat peut être vu en cas de conduite d'un véhicule, en cas de consommation rapide ou associée à d'autres substances psychoactives, de pathologies organiques ou psychiatriques ou de situations psychologiques particulières (grossesse...);
 - L'usage nocif, qui correspond à toute conduite d'alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social;
 - L'usage avec dépendance.

Les trois premiers usages représentent les formes asymptotiques, pour lesquelles il n'y a pas encore de conséquence manifeste. Les deux dernières catégories représentent les

formes symptomatiques de l'usage, c'est-à-dire visibles sur le plan social, psychologique ou médical. Ils correspondent aux troubles liés à l'usage d'alcool (TUA), qui ne sont pas définis par une consommation spécifique, mais par l'existence de critères cliniques (11).

Concernant ces troubles, il existe deux systèmes de classification principaux : Le DSM-5 et la CIM-10.

La CIM-10 (*International Classification of Diseases - 10th Revision*), proposée par l'OMS, définit le syndrome de dépendance comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation de la substance entraîne un désinvestissement progressif des autres activités (12).

Les principales caractéristiques du syndrome de dépendance consistent en une perte de contrôle de sa consommation, un désir parfois compulsif de boire de l'alcool, fumer du tabac, ou prendre toute autre substance psychoactive. Le terme dépendance est à la fois psychique (consommation incontrôlée d'alcool) et physique (tolérance et symptômes de sevrage).

Les troubles de l'usage de l'alcool ont évolué au fur à mesure des classifications. La CIM-10 distingue l'usage nocif et la dépendance. Quant au DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health – 5 edition*), il regroupe l'usage nocif et la dépendance, ce qui permet une diminution du seuil diagnostique et donc une amélioration du repérage des troubles (13). Cette classification permet un diagnostic du TUA avec 11 critères et trois niveaux de sévérité différents. Il faut retrouver la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours des 12 derniers mois pour pouvoir diagnostiquer un TUA (14) :

- 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 ;
- b. L'alcool (ou substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Avec le DSM-5, il existe un continuum de sévérité, allant du trouble léger (si présence de 2 ou 3 critères), modéré (si 4 à 5 critères) et sévère (si plus de 6 critères).

Le syndrome de sevrage est visible à la suite d'un arrêt brutal d'alcool chez un patient alcoolo-dépendant. Il existe plusieurs stades de syndrome de sevrage :

- Au premier degré, ceux sont les symptômes de manque qui sont au premier plan, surtout le matin : les vomissements, les sueurs, les tremblements, l'asthénie... ;
- Le second degré est caractérisé par un délire alcoolique subaigu, avec agitation, syndrome confusionnel ;
- Le troisième degré correspond au *delirium tremens*, c'est-à-dire le délire alcoolique aigu, caractérisé par des troubles psychiatriques (hallucinations, troubles délirants) et des troubles neurologiques (crises convulsives, troubles de l'équilibre) et des signes généraux (15).

Il a également été décrit dans la classification du DSM-5 (14) :

- 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.

Les recommandations nationales et internationales soulignent la nécessité pour les médecins généralistes de jouer un rôle clé dans le dépistage des troubles de l'usage lié à l'alcool (TUA) afin d'organiser des stratégies de soins adaptées aux patients. Dans le contexte français, les recommandations de la Société Française d'Alcoologie (SFA) définissent le rôle et les missions du médecin généraliste dans la prise en charge des TUA. Elles suggèrent ainsi que les médecins généralistes doivent être formés au repérage et au dépistage des TUA ainsi qu'aux interventions brèves en addictologie (11).

I.1.4. Bases neurobiologiques

Les critères de diagnostic du DSM-5 listés ci-dessus sont utiles pour la clinique, mais ils sont peu contributifs pour faciliter la recherche d'explication des mécanismes neurobiologiques de l'addiction à l'alcool.

Il est intéressant dans un premier temps de s'intéresser au métabolisme de l'alcool. L'éthanol est ingéré par l'estomac à 20% et par l'intestin grêle à 80%. Environ 80 à 90% de l'éthanol est absorbé dans la première heure suivant la consommation. L'élimination est

assurée à 90% par l'oxydation enzymatique dans le foie par l'alcool déshydrogénase et l'aldéhyde déshydrogénase et les 10% restants par les urines, la sueur et l'air expiré. L'alcool va subir, au niveau du foie, des transformations successives en acétaldéhyde et acétate, qui sont hautement toxiques. Une autre voie au niveau hépatique est également activée lors de consommation excessive d'alcool : c'est le système microsomal d'oxydation de l'éthanol (MEOS), qui active le cytochrome P450 (19). Cela altère le métabolisme hépatique des glucides et des lipides ainsi qu'une stimulation de collagène dans le foie, entraînant des complications que nous développerons dans le prochain paragraphe. Ces données sont fiables chez une personne à jeun. Elles peuvent être modifiées par des facteurs tels que l'âge et le sexe, mais également par des facteurs de variabilités individuelles. De plus, la répétition des consommations augmente le métabolisme hépatique par renforcement de l'oxydation mitochondriale ce qui modifie la cinétique de l'ingestion d'alcool.

Une meilleure connaissance des mécanismes neurobiologiques permet de nouvelles prises en charges thérapeutiques.

L'addiction est due à un trouble cérébral chronique caractérisé par l'utilisation compulsive d'alcool, en dépit de ses conséquences néfastes, la perte de contrôle et la rechute même après de longues périodes d'abstinence. Il existe plusieurs facteurs de risque qui entraînent une vulnérabilité à devenir dépendant à l'alcool : des facteurs génétiques, des facteurs environnementaux, des troubles comorbides. Il existe de nombreuses preuves de dysrégulation du système dopaminergique suite à la prise répétée d'alcool que nous allons aborder par la suite.

L'alcool est un psychotrope pouvant conduire à un comportement addictif chez certaines personnes. Il doit être consommé en grande quantité (plusieurs grammes) pour produire ses effets psychotropes, à l'inverse d'autres drogues nécessitant quelques milligrammes par kilogramme de poids corporel. La consommation répétée d'alcool entraîne un phénomène d'adaptation progressive des cellules aux différents effets des substances consommées (18). La dépendance s'installe progressivement et la personne est obligée de consommer pour que son cerveau retrouve un état d'équilibre.

Contrairement aux autres drogues, l'alcool n'a pas de récepteurs spécifiques. Elle agit sur les récepteurs NMDA du glutamate et GABA_A dès le premier verre d'alcool, ce dernier type de récepteur étant utilisé par les benzodiazépines. C'est l'activation de ces récepteurs qui est à l'origine de ses effets subjectifs à faibles doses (anxiolyse et désinhibition comportementale), sédation, amnésie et hypnose (18) (Figure 6).

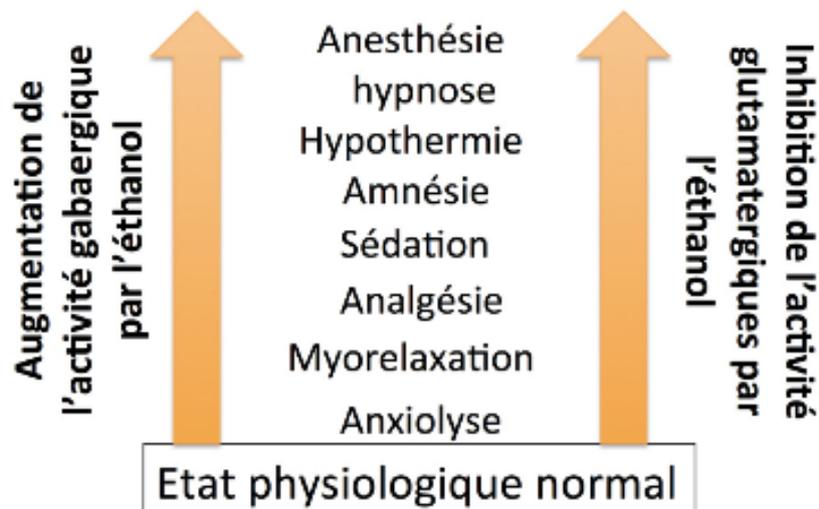


Figure 6 : Effets aigus d'une consommation d'alcool sur les différents récepteurs (18)

Comme nous l'avons vu précédemment, le phénomène de *binge drinking* (consommation d'au moins six verres en peu de temps) est de plus en plus présent, d'autant plus chez les jeunes. Il est maintenant prouvé que ce type de consommation entraîne des dommages cognitifs et cérébraux. Une étude réalisée chez des étudiants a notamment montré une atteinte de la substance blanche, qui correspond à des atteintes cognitives (16) et également une atteinte de la substance grise, pouvant expliquer les atteintes cognitives et psychopathologiques à l'âge adulte.

Le circuit cérébral de la récompense, décrit dans les années 1950, est constitué par l'aire tegmentale ventrale et par le noyau accumbens. Les mécanismes associés à ces manifestations sont liés au système dopaminergique méso-limbo-cortical (DA-MLC). Il a de nombreuses fonctions, comme la prise alimentaire et la fonction de procréation et met en jeu des structures cérébrales impliquées dans les comportements émotionnels, le conditionnement et la mémoire. Il a également un rôle important dans les processus de mémorisation, d'apprentissage et d'appétence à la prise de drogue (17). De plus, il existe une association entre les stimuli environnementaux et la prise de la drogue donc une sorte de « mémoire pathologique » pouvant expliquer le *craving* ou la rechute après une longue période d'abstinence. Dans l'addiction, il résulte un dysfonctionnement dans ces régions du cerveau, qui sont impliquées dans l'attribution de la valeur à une récompense, la motivation, les émotions, la réactivité au stress, la mémoire, le conditionnement, les fonctions exécutives, l'auto-contrôle et l'intéroception (18).

Schématiquement, il existe trois composantes du système de récompense qui communiquent avec l'aire tegmentale ventrale : la composante affective (plaisir provoqué par

la récompense) régulée par l'amygdale, la composante cognitive (apprentissage de l'action de boire de l'alcool) gérée par l'hippocampe et la composante motivationnelle (motivation à avoir la récompense) dirigée par le cortex préfrontal (Figure 7).

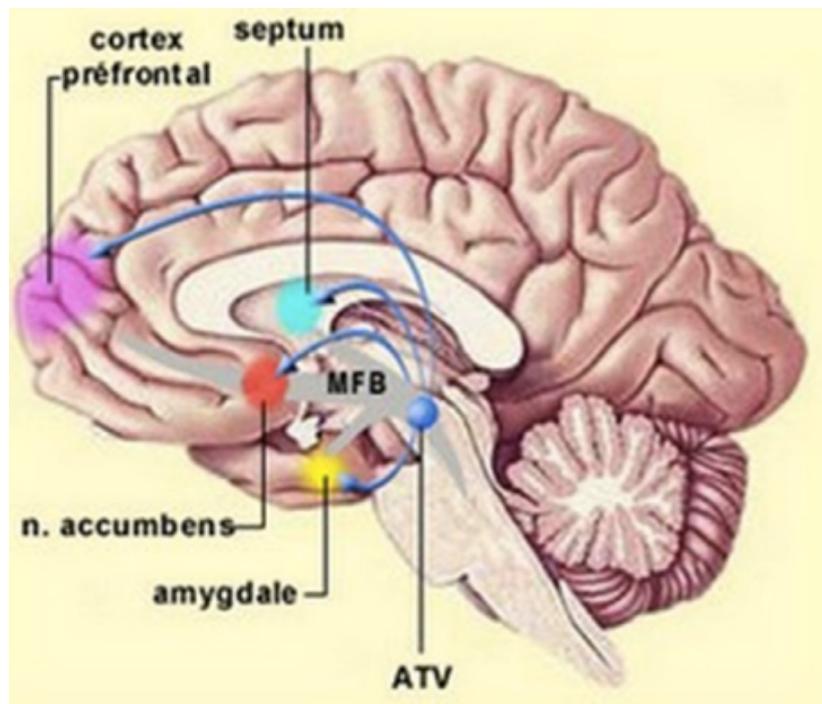


Figure 7 : Schéma du circuit de la récompense (17)

ATV : Aire tegmentale ventrale

MFB : Faisceau médian basal

Il existe quatre principaux neurotransmetteurs impliqués dans le système de récompense : la dopamine, le GABA, les endocannabinoïdes et les opioïdes endogènes. D'une part, l'alcool induit une libération de dopamine dans le noyau accumbens, ce qui permet de rappeler une expérience positive et donc la personne va avoir une envie irrésistible de reproduire ce moment. Cette libération de dopamine induit l'activation de neuromodulateurs naturels, comme la sérotonine, la noradrénaline, l'acétylcholine, les opioïdes endogènes, les endocannabinoïdes... D'autre part, il entraîne une diminution des opioïdes endogènes, ce qui contribue également à une libération de dopamine et entraîne des signaux de stress. Ce schéma doit donc être reproduit à la fois pour se rappeler une expérience gratifiante mais également pour diminuer le stress ressenti par le manque d'alcool : c'est le *craving*.

Le système opioïde endogène comprend trois récepteurs opioïdes principaux, jouant un rôle dans les phénomènes de dépendance : le récepteur mu (μ), activé par l'endorphine,

est présent au niveau de la voie méso-cortico-limbique. Une consommation d'alcool induit une inhibition de l'activité des neurones GABAergiques via le récepteur μ , ce qui inhibe la transmission GABA et augmente la libération de dopamine. Le récepteur kappa, activé par la dynorphine est également présent au niveau des neurones dopaminergiques et a un effet inverse sur la libération de dopamine. Le rôle du récepteur delta n'est pas encore totalement connu, mais pourrait jouer un rôle dans les phénomènes de tolérance à l'alcool. Lors d'une addiction à l'alcool, il existe un déséquilibre entre les récepteurs μ et kappa : une diminution de la voie endorphine-récepteur μ et une augmentation de la voie dynorphine-récepteur kappa, induisant un mal-être et une envie de consommer de l'alcool (17). La connaissance de ce système a permis de développer des thérapeutiques plus spécifiques que nous aborderons plus loin.

L'alcoolisme est donc une véritable pathologie neurobiologique, induisant un remaniement du fonctionnement cérébral.

I.1.5. Complications somatiques

L'alcoolisme fait partie des addictions les plus souvent observées dans notre société et a des répercussions multiples : somatiques, psychiatriques, familiales, sociales et professionnelles (19). En médecine générale, la prévalence des problèmes liés à l'alcool est de l'ordre de 16% des consultations ou visites. Les chiffres de décès de manière directe et indirecte liés à l'alcool sont assez alarmants : 13% des décès masculins et 5% des décès féminins sont imputables à l'alcool, ce qui correspond à environ 15000 décès par an par cancer, 12000 par maladies cardiovasculaires, 7800 par maladies digestives et 3000 par pathologies mentales. Nous aborderons dans cette partie les principales pathologies provoquées par l'alcoolisme chronique, puis les complications dues à une alcoolisation aiguë. Il est à noter que l'alcool affecte quasiment tous les organes, contrairement à certaines drogues comme par exemple le tabac qui se limite au domaine oncologique et pulmonaire. Il est responsable d'une soixantaine de pathologies somatiques et psychiques (20). Il est important de se souvenir que même de faibles consommations d'alcool ne sont pas sans risques (notamment dans le développement de cancers ou de troubles cognitifs majeurs) (Tableau 2).

I.1.5.1. Complications hépatiques

La maladie alcoolique du foie (MAF) survient en général après de nombreuses années de consommation excessive et peut même survenir après l'arrêt d'une alcoolisation chronique. Elle est principalement causée par une inflammation due aux endotoxines intestinales et à la présence d'acétaldéhyde.

Les complications hépatiques se répartissent en plusieurs stades du moins sévère au plus sévère :

- La stéatose hépatique : c'est le premier stade, en général asymptomatique, découvert lors d'une échographie ou d'une biopsie hépatique. Lorsqu'elle est symptomatique, nous parlons de stéatohépatite, qui peut être responsable d'une hépatomégalie, d'un ictère ou d'une douleur à l'hypochondre droit. Ce stade évolue dans 40% des cas vers le stade de la cirrhose (19).
- La cirrhose hépatique : elle correspond à une destruction des hépatocytes, entraînant une fibrose hépatique. La cirrhose évolue progressivement vers l'insuffisance hépatique avec pour conséquence une diminution de l'albumine, qui entraîne des œdèmes des membres inférieurs et contribue à la survenue d'ascite et une diminution des facteurs de coagulation, favorisant les risques hémorragiques (20). L'encéphalopathie hépatique est due à la réduction du cycle de l'urée, qui entraîne une hyperammoniémie dans le sang. De plus, la fibrose contribue à l'apparition d'une hypertension portale, entraînant des varices de la paroi abdominale ainsi que l'ascite. Cette hypertension est responsable d'un hypersplénisme et des complications hématologiques discutées plus loin. Les varices œsophagiennes et gastriques observées à ce stade peuvent être responsables de saignements digestifs (21). À ce stade, la maladie est déjà irréversible. La mortalité liée à la cirrhose est de 30% à un an (20). En cas d'arrêt de la consommation d'alcool, une stabilisation des lésions est donc possible.
- L'hépatocarcinome, que nous aborderons dans la partie des complications oncologiques.

I.1.5.2. Complications digestives

L'alcool entraîne une toxicité au niveau des parois de tout le tube digestif, ce qui entraîne une inflammation chronique au niveau des cellules œsophagiennes et gastriques, responsable par la suite de néoplasie. Il existe également une altération du péristaltisme œsophagien et du tonus du sphincter inférieur de l'œsophage. Cliniquement, nous pouvons retrouver une anorexie, des nausées voir des vomissements, des douleurs abdominales et un pyrosis. Les vomissements peuvent eux-mêmes être responsables d'une déchirure au niveau de la muqueuse œsophagienne et donc d'une hématomèse (syndrome de Mallory-Weiss) (22).

Au niveau intestinal, il existe une diminution de l'absorption des nutriments due à la consommation chronique d'alcool, ainsi qu'une modification de la motricité et des sécrétions intestinales. La perméabilité intestinale pour les bactéries augmente, ce qui favorise la

libération de cytokines pro-inflammatoires, entraînant des manifestations inflammatoires dans tout l'organisme (par exemple, une inflammation gastrique, œsophagienne et également une inflammation au niveau du foie favorisant la fibrose hépatique, mais également une inflammation du système nerveux contribuant aux nombreuses complications neurologiques). Cliniquement, cela se traduit par une fréquence élevée d'épisodes diarrhéiques (23).

D'autres complications au niveau digestif sont visibles chez l'alcoolique : la pancréatite chronique avec des poussées de pancréatite aiguë. Le mécanisme physiopathologique n'est pas encore totalement élucidé.

I.1.5.3. Complications neurologiques

Les atteintes neurologiques concernent à la fois les systèmes nerveux central et périphérique. Nous aborderons ici les complications d'une consommation chronique et les complications du sevrage alcoolique.

- Les troubles cognitifs : Les troubles cognitifs concernent plus de 50% des patients alcooliques et les atteintes encéphaliques sont visibles chez plus de 75% des patients. 10% des troubles neurocognitifs majeurs seraient dus à une alcoolisation chronique (19). Les troubles cognitifs s'aggravent souvent au fur et à mesure de l'intoxication alcoolique. Ces troubles sont probablement multifactoriels : présence d'une hypoactivité frontale, une altération de la substance grise et blanche avec atrophie corticale et sous-corticale, avec élargissement ventriculaire visible sur les imageries cérébrales, associée à une atrophie cérébelleuse, des troubles physiques avec des traumatismes crâniens à répétition, des troubles du sommeil qui seront développés plus loin, des carences vitaminiques (24). Cliniquement, les troubles cognitifs peuvent être visibles par des troubles de la mémoire épisodique, des troubles dysexécutifs, une information plus lente à traiter. Le syndrome de Korsakoff fait partie des troubles neurocognitifs majeurs conséquence d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Les facteurs de risque identifiables d'apparition de troubles cognitifs sont le début de l'alcoolisation, les périodes d'alcoolisation massive, le sexe féminin et le niveau social bas.
- Les encéphalopathies carentielles : Elles sont dues à des problèmes d'absorption de diminution des apports et d'altération du métabolisme. L'encéphalopathie la plus connue, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, est due à une carence en vitamine B1 (thiamine) (24). Son diagnostic est évoqué devant une carence nutritionnelle, une atteinte oculomotrice, des troubles cérébelleux et une confusion ou des troubles cognitifs. La prise en charge thérapeutique est une urgence compte tenu de l'évolution rapidement péjorative (sans traitement, 20% des patients décèdent). Une autre

encéphalopathie plus rare, mais à connaître car mortelle en l'absence de traitement est l'encéphalopathie pellagreuse, due à une carence en vitamine B3 ou PP. Elle se manifeste par la triade des 3D : dermatose, diarrhée, démence. Une carence en vitamine B6 entraîne plutôt une activité épileptique (25).

- Les encéphalopathies démyélinisantes : L'encéphalopathie de Marchiafava-Bignami est due à une démyélinisation du corps calleux (voire une nécrose). Elles sont favorisées par la consommation d'alcool mais également par un état de malnutrition (25).
- Les troubles neurologiques d'origine hépatique : L'encéphalopathie hépatique est probablement multifactorielle. Elle pourrait être due à une hyperammoniémie ou au shunt porto-cave, qui cause un œdème cérébral évoluant à bas bruit (24). Elle évolue donc par poussées, en fonction de différents facteurs précipitants. Elle est en général totalement réversible après transplantation hépatique (21).
- La dégénérescence cérébelleuse : Elle est souvent d'installation lente et correspond à un syndrome cérébelleux statique c'est-à-dire une démarche ébrieuse avec élargissement du polygone de sustentation. Elle concerne la moitié des patients alcooliques et est due principalement à la toxicité directe de l'alcool ainsi qu'à des problèmes de carence (27).
- Les troubles du sommeil : C'est une complication multifactorielle très fréquente chez le sujet alcoolique (fréquence allant jusqu'à 91% des sujets alcoolo-dépendants en fonction des études), souvent due à une insomnie d'endormissement, due à une diminution de mélatonine et une instabilité du sommeil en deuxième partie de nuit avec majoration des cauchemars, entrecoupés de réveils. L'alcool ayant initialement une action hypnotique par son action gabaergique, la dose d'alcool au cours de l'addiction à l'alcool doit être augmentée pour éviter une insomnie de rebond, étant donné que le système gabaergique est moins réceptif (20). Ce trouble peut être majoré par des troubles anxieux ou dépressifs. Il peut également se développer un syndrome des jambes sans repos, qui détériore la qualité du sommeil. De plus, les troubles respiratoires nocturnes (principalement syndrome d'apnée du sommeil) peuvent s'aggraver avec la consommation d'alcool.
- Les douleurs chroniques : La douleur est qualifiée de chronique quand elle dure plus de 3 mois. C'est un motif fréquent en médecine générale. Les patients alcoolo-dépendants peuvent utiliser l'alcool pour ses vertus antalgiques, mais la dose doit être augmentée progressivement pour retrouver ses effets. L'alcool est utilisé à visée antalgique chez 40% des patients consommateurs (21). Néanmoins, comme nous le

verrons plus loin, le système nerveux périphérique est profondément modifié par la consommation d'alcool, entraînant des neuropathies et des myopathies. De plus, les systèmes nerveux de régulation de la douleur sont également altérés, contribuant à l'hyperalgésie. Il faut enfin noter que ces douleurs sont véritablement des situations à risque pour le patient alcoolo-dépendant de par l'association avec certains médicaments (le paracétamol entraînant une toxicité hépatique, l'aspirine majorant le risque hémorragique).

- L'épilepsie alcoolique : C'est la première cause d'épilepsie tardive de l'adulte (environ 25% des crises d'épilepsie) (20), souvent irréversible même après un sevrage.
- La névrite optique rétrobulbaire (NORB) : L'atteinte du nerf optique est causée par la toxicité directe de l'alcool et également par les carences vitaminiques engendrées. L'alcoolisme est la première étiologie de névrite optique rétrobulbaire chronique (19).
- L'atteinte du système nerveux périphérique : La consommation d'alcool est une cause fréquente de polyneuropathie périphérique. Elle évolue de manière insidieuse et se manifeste cliniquement par une atteinte distale symétrique sensitivo-motrice (28). Elle peut dans un second temps atteindre les membres supérieurs et être associée à une ataxie. Les mécanismes physiopathologiques ne sont pas complètement connus. Ces lésions sont très souvent irréversibles. Une autre atteinte du système nerveux périphérique correspond à la myopathie alcoolique. Elle est rare dans sa forme aiguë, beaucoup plus fréquente dans sa forme chronique. Cliniquement, elle se manifeste par une faiblesse musculaire proximale (24).
- Les infections encéphaliques et méningées : Elles sont principalement dues aux déficits immunitaires et carences nutritionnelles. Elles sont souvent associées à d'autres pathologies infectieuses et donc de plus mauvais pronostic.

I.1.5.4. Complications cardiovasculaires

Il existe de nombreuses complications cardiologiques dues à l'alcool.

- Cardiomyopathie éthylique : C'est la deuxième cause de cardiopathie dilatée (29). Il semblerait exister deux mécanismes pouvant expliquer l'évolution vers une cardiomyopathie. D'une part, l'alcool pourrait entraîner une destruction des cellules cardiaques, responsable d'une hypertrophie ventriculaire gauche, puis une dilatation. Cela serait responsable d'une dysfonction diastolique puis systolique, entraînant des signes de décompensation cardiaque. D'autre part, il pourrait exister un effet néfaste de l'alcool directement sur la contractilité du muscle cardiaque. Cette dysfonction contractile pourrait être causée par l'acétaldéhyde, métabolite produit par le foie ou par

l'activation du système rénine-angiotensine ou par les carences nutritionnelles en thiamine (vitamine B1). Les mécanismes physiopathologiques précis ne sont encore complètement connus et il existerait probablement aussi des facteurs génétiques. Cette cardiomyopathie est réversible en cas d'abstinence du patient.

- Troubles du rythme cardiaque : Les troubles ioniques observés chez les éthyliques chroniques sont principalement l'hypokaliémie et l'hypomagnésémie, qui sont responsables de troubles du rythme. Ces derniers les plus fréquemment retrouvés sont l'arythmie cardiaque par fibrillation atriale (ACFA), notamment lors d'intoxication aiguë ainsi que les arythmies ventriculaires, notamment chez les personnes ayant un QT long à l'électrocardiogramme (19).
- Hypertension artérielle (HTA) : Elle est dose-dépendante pour la survenue de l'HTA. Sa prévalence double pour des consommations supérieures à 30 g/j d'alcool pur pour la femme et 50 g/j pour l'homme (20). Il existe une augmentation des résistances vasculaires périphériques due à des effets vasculaires directs et indirects. Les effets de l'alcool sont souvent irréversibles et même après une abstinence complète, l'HTA est toujours présente.
- Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : Des consommations d'alcool, même épisodiques, augmentent les calcifications de toutes les artères. Le risque d'AVC est majoré à cause de différents mécanismes déjà cités (présence de facteurs de risque cardiovasculaires : ACFA, cardiopathie, troubles de la coagulation, diabète). Il existe également une altération des artères perforantes profondes du cerveau, pouvant entraîner des hémorragies cérébrales (29).

I.1.5.5. Complications oncologiques

L'alcool est responsable d'un cancer sur neuf (20). C'est la deuxième cause de mortalité évitable par cancer après le tabac (30).

- Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) : L'alcool métabolisé en acétaldéhyde, souvent associé aux effets toxiques du tabac, est responsable de cancer de l'endolarynx, de l'hypopharynx, de l'épilarynx et de la bouche. Il peut également s'associer dans la survenue de cancer, la mauvaise hygiène buccale, l'immunodépression et la malnutrition.
- Cancers du tube digestif : Les cancers de l'œsophage, du colon et les hépatocarcinomes sont dose-dépendants. La consommation d'alcool est responsable d'environ 78% des cancers de l'œsophage en France et 20% des cancers colorectaux (22). Concernant le cancer du pancréas, c'est la pancréatite chronique qui favorise le

développement du cancer. Il n'a pas été démontré clairement d'augmentation de risque de cancer du pancréas chez les patients alcooliques.

- Cancers du sein : Le risque de développer un cancer du sein est augmenté de 51% chez les patientes consommant 30 g/j d'alcool pur (20). Il a même été démontré que les cancers plus avancés touchent plus souvent les femmes alcooliques, probablement à cause d'une négligence concernant leur santé (31).

I.1.5.6. Autres complications

Parmi les autres complications visibles lors d'une intoxication alcoolique chronique, nous pouvons citer :

- Les complications endocriniennes : Le diabète est l'une des principales complications endocriniennes. Dans les différentes études, il existe une courbe en J entre la consommation d'alcool et l'apparition d'un diabète de type 2. En effet, des doses modérées augmentent le HDL cholestérol (facteur cardio-protecteur) et améliore la sensibilité à l'insuline. À forte dose, une résistance à l'insuline au niveau hépatique se crée (19,32).
- Les complications nutritionnelles : Le patient alcoolo-dépendant est la plupart du temps dénutri (19). Des épisodes d'alcoolisation massive contribuent grandement à cette dénutrition avec des apports alimentaires diminués auxquelles peuvent s'ajouter des problèmes économiques. Une anorexie peut également être retrouvée lors de complications somatiques. D'autre part, il existe une carence vitaminique par malabsorption et carence d'apport (principalement en vitamine B1 et B6 comme on l'a vu précédemment).
- Les complications hématologiques : L'alcool entraîne une destruction des cellules hématopoïétiques, responsable d'une macrocytose (liée à des anomalies de développement des précurseurs) avec ou sans anémie, d'une leucopénie et d'une thrombopénie. Une cause de destruction de ces cellules serait due à une anomalie dans la formation des phospholipides membranaires. D'autres causes pourraient être soit en lien avec des carences en vitamine B12 et en acide folique engendrées par l'alcoolisme, soit suite à un hypersplénisme secondaire à l'hypertension portale augmentant la destruction des cellules, soit en relation avec des saignements aigus favorisant une anémie microcytaire, soit en lien avec une infection chronique favorisant une anémie inflammatoire. Ces anémies sont fréquentes au cours des cirrhoses alcooliques. Elles peuvent menacer le pronostic vital si l'anémie est très profonde (20,33).

- Les complications ostéo-squelettiques : Le risque de fracture est majoré avec une consommation d'alcool à cause du risque de chute plus important et à cause d'une fragilité osseuse due à l'ostéoporose. À noter également que l'ostéonécrose de la tête fémorale est fréquente chez l'éthylique chronique. Les mécanismes sont très nombreux et sont principalement dus à une diminution de la densité osseuse (34).
- Les complications gonadiques : La consommation d'alcool peut entraîner une hypofertilité, avec diminution de la production de sperme et de testostérone chez l'homme et une perturbation des cycles menstruels chez la femme (20).
- Les complications dermatologiques : Les problèmes cutanés sont très fréquents chez les consommateurs d'alcool et peuvent être les premières manifestations cliniques des troubles de l'usage d'alcool. Les mécanismes sont très nombreux. Les principales lésions dermatologiques liées à la consommation d'alcool sont les angiomes stellaires dus à l'insuffisance hépatique, la circulation collatérale en tête de méduse due à l'hypertension portale, la rosacée et la dermatite séborrhéique au niveau du visage, le vieillissement cutané, la sécheresse cutanée, le prurit. Il a également été observé une incidence plus importante de psoriasis chez les consommateurs d'alcool (35).
- Les complications odontologiques : La consommation d'alcool augmente jusqu'à 50% le risque de parodontite (20).
- Les complications pulmonaires : Un syndrome hépato-pulmonaire peut être visible chez les patients cirrhotiques. Il est dû à l'hypertension portale avec majoration du gradient alvéolo-artériel et dilatation vasculaire pulmonaire. Ces lésions se traduisent par une hypoxie, une dyspnée d'effort, une cyanose et un hippocratisme digital. D'autre part, il a été démontré une diminution de la réponse des cellules ciliaires au niveau bronchique, ce qui favorise également une diminution de la réponse immunitaire et le développement d'une inflammation. Cela se traduit par une fréquence plus élevée chez les patients alcooliques de pathologies telles que les bronchopneumopathies chroniques obstructives et les pneumopathies (36).
- Les complications rénales : Une insuffisance rénale fonctionnelle par hypoperfusion peut être visible chez le patient alcoolodépendant : c'est ce qu'on appelle le syndrome hépatorénal. Il existe une forme aiguë, très souvent mortelle et une forme chronique.

Tableau 2 : Principales pathologies somatiques induites par une consommation chronique d'alcool

Pathologies	Conséquences de l'alcoolisation
Pathologies hépatiques	<ul style="list-style-type: none"> - Stéatose hépatique et stéatohépatite - Cirrhose - Hépatocarcinome
Pathologies digestives	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies œsogastroduodénales : anorexie, vomissements, pyrosis - Pathologies intestinales : épisodes diarrhéiques - Pathologies pancréatiques : pancréatite chronique
Pathologies neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Atteinte du système nerveux central : troubles cognitifs (troubles neurocognitifs majeurs, troubles de la mémoire épisodique, troubles dysexécutifs), encéphalopathies carentielles (Gayet Wernicke et pellagreuse), encéphalopathies démyélinisantes (Marchiafava-Bignami), encéphalopathies hépatiques, dégénérescence cérébelleuse, troubles du sommeil, épilepsie alcoolique - Atteinte du système nerveux périphérique : polynévrite sensitivo-motrice des membres, myopathie alcoolique, névrite optique rétrobulbaire, douleurs chroniques
Pathologies cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiomyopathie éthylique - Troubles du rythme : ACFA, arythmie ventriculaire - Hypertension artérielle - AVC ischémiques et hémorragiques
Pathologies oncologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Cancers des voies aérodigestives supérieures - Cancers du tube digestif : Œsophage, colorectaux, hépatocarcinomes - Cancers du sein
Pathologies endocriniennes	<ul style="list-style-type: none"> - Diabète type 2
Pathologies nutritionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Dénutrition - Anorexie - Carence vitaminique (B1 et B6)
Pathologies hématologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Anémie normocytaire, microcytaire ou macrocytaire - Leucopénie - Thrombopénie
Pathologies ostéo-squelettiques	<ul style="list-style-type: none"> - Fractures, majorées par les chutes et l'ostéoporose - Ostéonécrose de la tête fémorale
Pathologies gonadiques	<ul style="list-style-type: none"> - Hypofertilité, diminution de la production de sperme et de testostérone - Perturbation du cycle menstruel
Pathologies dermatologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Angiomes stellaires - Circulation collatérale en tête de méduse - Rosacée - Dermite séborrhéique - Vieillesse et sécheresse cutané - Prurit - Psoriasis
Pathologies odontologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Parotidite
Pathologies pulmonaires	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome hépato-pulmonaire : hypoxie, dyspnée d'effort, cyanose, hippocratisme digital - Bronchopneumopathies chroniques obstructives et pneumopathies
Pathologies rénales	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome hépatorénal : insuffisance rénale fonctionnelle

I.1.5.7. Complications lors d'une alcoolisation aiguë

L'alcoolisation aiguë se déroule en général en 3 phases :

- Une phase d'excitation psychomotrice simple, c'est la phase de la perte de contrôle des fonctions supérieures et de la libération des tendances instinctives ;
- Une phase d'incoordination, quand le taux d'alcool est plus élevé. C'est la phase de la démarche ébrieuse, avec confusion ;
- Une phase de coma, en général à des taux d'alcool supérieurs à 3 g/l. C'est un coma profond, sans signe neurologique de localisation. Les principaux risques sont l'ischémie cérébrale et myocardique, l'hypoglycémie, les désordres ioniques et la rhabdomyolyse (20).

Une alcoolisation aiguë est qualifiée de pathologique si la personne présente des troubles du comportement associé (agressivité), des manifestations dysthymiques (dépression, hypomanie), des idées délirantes, des hallucinations ou des convulsions (Figure 8).

Le DSM-5 a permis de définir des critères cliniques pour évoquer le diagnostic d'intoxication par l'alcool (14) :

- A- Ingestion récente d'alcool ;
- B- Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs, 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.

MODALITÉS ET SEUILS D'ALCOOLISATION		ALCOOL (verres)	ALCOOL (g/L)	EFFETS CLINIQUES	ZONES AFFECTÉES	ACCIDENTS (risque)	ÉLIMINATION (durée, h)
alcooolisation ponctuelle importante ou épisode de forte consommation ≥ 6 verres	binge drinking extrême ≥ 14/12 verres (H/F) en une occasion	22	4,5	- décès - altération des fonctions vitales - coma calme (hypotonie, hypothermie, hypotension, mydriase bilatérale peu réactive, dépression respiratoire) - perte de conscience, stupeur	Tout l'encéphale	X80	30
		15	3,0	- vomissements, "blackout" (amnésie) - jugement, prise de décision affectés - altérations +++ (discours, mémoire, attention, coordination, équilibre, temps de réaction) - fluctuations émotionnelles, tristesse, colère, agressivité	tronc cérébral		20
	binge drinking ≥ 7/6 verres (H/F) en 2h ; > 0,8 g/L	10	2,0	- altérations ++ (discours, mémoire, attention, coordination, équilibre), possible agressivité, - nausées, somnolence - risque majoré de blessures (de soi ou des autres), comportements exagérés, désinhibition - moindre sensibilité à la douleur	cervelet	X35	13
		8	1,5	- altérations + (discours, jugement, attention, mémoire, coordination, équilibre), sensation de chaleur - plaisir, euphorie, moindre inhibition - troubles visuels, relaxation, bien être	cerveau antérieur	X10	10
	seuil à risque, usage occasionnel (> 4 verres par occasion)	5	1,0	- possible somnolence - temps de réaction allongé - troubles visuels accentués	cortex cérébral	X2	6-7
		4	0,8	- altérations + (discours, jugement, attention, mémoire, coordination, équilibre), sensation de chaleur - plaisir, euphorie, moindre inhibition - troubles visuels, relaxation, bien être			5-6
seuil à risque, usage régulier (> 2 verres par jour, > 10 verres par semaine, > 5 jours par semaine)	3	0,5	- possible somnolence - temps de réaction allongé - troubles visuels accentués			3-4	
	2						
usage à faible risque	1	0,2				1-2	
	0,5	0,1				< 1	

Figure 8 : Conséquences cliniques selon les niveaux de consommation aiguë d'alcool

Ces alcoolisations ponctuelles importantes entraînent des conséquences sur le cerveau et notamment l'hippocampe, le cortex préfrontal et la substance blanche, pouvant engendrer des troubles cognitifs et une addiction à l'alcool. 40% des traumatismes craniocérébraux sont favorisés par la consommation d'alcool (20).

I.1.6. Complications psychiatriques

Les complications psychiatriques en lien avec les troubles de l'usage de l'alcool découlent de l'intoxication alcoolique mais également du manque d'alcool engendré et de facteurs préexistants propres à chacun. L'alcoolodépendance est une pathologie associée dans 50% des cas à une pathologie psychiatrique (37). Nous pouvons distinguer l'alcoolisme primaire, c'est-à-dire que les troubles psychiatriques sont dus à la consommation chronique et l'alcoolisme secondaire qui correspond à des troubles psychiatriques préexistants qui ont pu entraîner une consommation d'alcool chronique. La distinction entre les deux est parfois difficile à établir. En effet, l'addiction à l'alcool peut accentuer des troubles psychiatriques ou

au contraire les masquer, diminuer l'efficacité des traitements médicamenteux ou peut être utilisée en automédication par le patient (Tableau 3).

- Les troubles dépressifs : 80% des sujets alcoolodépendants présentent un syndrome dépressif (30). Cliniquement, le patient peut présenter une irritabilité, des comportements agressifs, des conduites suicidaires. Les signes cliniques habituels du syndrome dépressif sont en général rencontrés au deuxième plan : ce sont des états dysphoriques, avec une tristesse, une apathie, des troubles du sommeil, une auto-dévalorisation (37,38). L'arrêt de l'alcoolisation permet dans la majorité des cas une amélioration du syndrome dépressif. À noter tout de même qu'une prise en charge du syndrome dépressif et de l'alcoolodépendance en même temps serait de meilleur pronostic. Les troubles liés à l'usage d'alcool peuvent également entraîner des événements négatifs au niveau social, familial ou professionnel, majorant ainsi le syndrome dépressif. Si on se réfère aux bases neurobiologiques citées plus haut, l'alcool agit de manière négative sur le système de récompense pouvant également majorer le syndrome dépressif.
- L'anxiété : Elle est également très fréquente chez le sujet dépendant à l'alcool et se manifeste par des attaques de panique, une phobie sociale ou une anxiété généralisée. Les états de stress post-traumatiques ont une fréquence élevée chez les patients alcoolodépendants. Ils sont souvent liés à un traumatisme dans l'enfance ou l'adolescence (38).
- Les troubles de la personnalité : Les troubles de la personnalité sont étudiés depuis de nombreuses années et seraient présents chez 78% des personnes alcoolodépendantes (37). Les personnalités les plus souvent rencontrées sont les personnalités anxieuses et les personnalités du groupe B (borderline, antisociale, histrionique ou narcissique). Il a été démontré que plus l'alcoolisation était sévère, plus on pouvait retrouver des personnalités antisociales. Les caractéristiques de la personnalité antisociale (les délits, la mise en danger) sont souvent intriquées avec la présence de troubles liés à l'alcoolisation chronique. Les traits de certaines personnalités pathologiques (dépendance, sentiment de vide, recherche de sensation) constituent véritablement facteurs de risque d'addiction.
- Le suicide : Environ 30% des personnes qui se suicident présentent un abus ou une dépendance à l'alcool. La mortalité par suicide est environ 7 fois plus importante qu'en population générale (39). Des facteurs en lien avec l'alcoolisation sont souvent retrouvés : une impulsivité que l'on retrouve dans la personnalité antisociale, un

épisode dépressif caractérisé ou probablement favorisé par des facteurs génétiques peuvent être retrouvés.

- La schizophrénie : Entre 20 à 50% des patients schizophrènes auraient un trouble d'usage à l'alcool (37). Cette consommation excessive aurait pour conséquence une augmentation des propos délirants et une majoration de leur adhésion, un risque plus important de tentative d'autolyse, une augmentation des comportements agressifs.
- Les troubles bipolaires : Il a également été retrouvée une corrélation entre les troubles bipolaires et la consommation d'alcool. Cette consommation serait majorée au cours des phases maniaques et des épisodes mixtes. Il existe souvent un retard de diagnostic. L'évolution de ces troubles est aggravée par la consommation excessive d'alcool.
- Les co-addictions : Plus de 80% des patients alcoolodépendants consomment quotidiennement du tabac (37). La dépendance au cannabis est également de plus en plus fréquente.

Tableau 3 : Principales complications psychiatriques induites par une consommation chronique d'alcool

Pathologies	Conséquences de l'alcoolisation
Les troubles dépressifs	<ul style="list-style-type: none"> - 80% des sujets alcoolodépendants - Irritabilité, comportements agressifs - Tristesse, apathie, troubles du sommeil, auto-dévalorisation
L'anxiété	<ul style="list-style-type: none"> - Très fréquente - Attaques de panique - Phobies sociales - Anxiété généralisée - État de stress post-traumatique
Les troubles de la personnalité	<ul style="list-style-type: none"> - Personnalité anxieuse - Personnalité du groupe B (borderline, antisociale, histrionique, narcissique)
Le suicide	<ul style="list-style-type: none"> - 7 fois plus fréquent que dans la population générale - Impulsivité
La schizophrénie	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des propos délirants - Majoration de leur adhésion - Risque plus important d'autolyse - Comportements agressifs
Les troubles bipolaires	<ul style="list-style-type: none"> - Consommation majorée au cours des épisodes maniaques et des épisodes mixtes
Les co-addictions	<ul style="list-style-type: none"> - 80% des alcoolodépendants fument du tabac - Dépendance au cannabis de plus en plus fréquente

I.1.7. Prise en charge par le médecin généraliste

Le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge des patients alcoolodépendants afin d'organiser au mieux la stratégie de soins adaptée aux patients.

Les recommandations de la Société Française d'Alcoologie (SFA) définissent le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients présentant des TUA. Le médecin généraliste doit être formé au repérage et dépistage des patients alcoolodépendants. Il doit pouvoir réaliser une intervention brève. Une prise en charge thérapeutique doit également être proposée par le médecin. Enfin, si le médecin n'est pas à l'aise avec certaines prises en charge ou si le profil du patient est trop complexe, il doit l'orienter vers des structures spécialisées (40).

Dans un premier temps, il est important de se souvenir que l'abstinence n'est pas la seule option thérapeutique. Nous pouvons envisager comme objectif une réduction de la consommation, idéalement inférieure à 21 verres par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes. Il a en effet été prouvé qu'une diminution de la consommation apportait une réduction des complications et une amélioration de la qualité de vie (11).

I.1.7.1. Prise en charge de l'usage à risque

L'usage à risque devrait être repéré le plus tôt possible par le médecin généraliste afin de pouvoir effectuer une intervention brève. En effet, il est recommandé de le réaliser chez les hommes et les femmes ayant entre 8 et 15 au questionnaire AUDIT ou les hommes qui consomment plus de 28 verres standards par semaine ou les femmes qui consomment plus de 14 verres standards par semaine (41). Elle dure en général entre 5 et 10 minutes et est d'autant plus efficace que le patient n'est pas dépendant.

Il existe six étapes communes pour réaliser une intervention brève, que l'on peut résumer sous l'acronyme anglais, FRAMES (41) :

- *Feed-back* : C'est la restitution des résultats au questionnaire, en stipulant au patient dans quelle catégorie il se situe ;
- *Responsability* : Le changement de comportement appartient au patient ;
- *Advice* : Le patient doit recevoir une information claire, s'il continue à consommer de l'alcool ;
- *Menu of change* : Il faut évoquer avec le patient les différentes stratégies de réduction de sa consommation et lui conseiller une consommation à ne pas dépasser selon les recommandations de l'OMS ;

- *Empathy* : Il ne faut pas émettre de jugement et faire preuve de bienveillance ;
- *Self-efficacy* : Le patient est acteur de son changement. Il faut l'encourager à retrouver un usage simple (41).

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de ces interventions en médecine générale chez les patients ayant un usage à risque sans problème de dépendance. D'après une méta-analyse d'études randomisées, les interventions brèves permettent de réduire le taux de mortalité dans cette catégorie (42). De plus, les patients adhèrent très souvent dans cette démarche et ne sont pas « gênés » du fait de discuter de leur problème d'alcool.

I.1.7.2. Prise en charge de l'alcoolodépendance

La prise en charge de l'alcoolodépendance doit comprendre la prise en charge du syndrome de sevrage et la mise en place de traitement réducteur de l'appétence alcoolique. Il existe différents stades dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool, qui dépendent de la motivation du patient. Selon le modèle trans-théorique de Prochaska et DiClemente, il existe cinq étapes de changement de comportement (Figure 9) (43):

- Le stade de pré-contemplation : À ce stade, le patient ne ressent pas le problème de sa consommation. Il n'envisage aucun changement ;
- Le stade de contemplation : Le patient commence à envisager un changement, mais il hésite à renoncer aux bénéfices actuels ;
- Le stade de détermination : C'est le stade de prise de décision. Il programme ses prochaines étapes ;
- Le stade d'action : Le patient a engagé des changements vers des modifications du style de vie ;
- La phase de maintien : C'est une période à risque. Le patient doit faire face à de nombreuses tentations ;
- La rechute : C'est une étape possible du processus normal de changement.

Le médecin doit adapter son discours à chaque étape de changement du patient, pour lui permettre d'évoluer vers le stade suivant. Les interventions brèves peuvent être proposées à tous les stades de changement. Le médecin doit faire preuve de bienveillance et d'empathie (44).

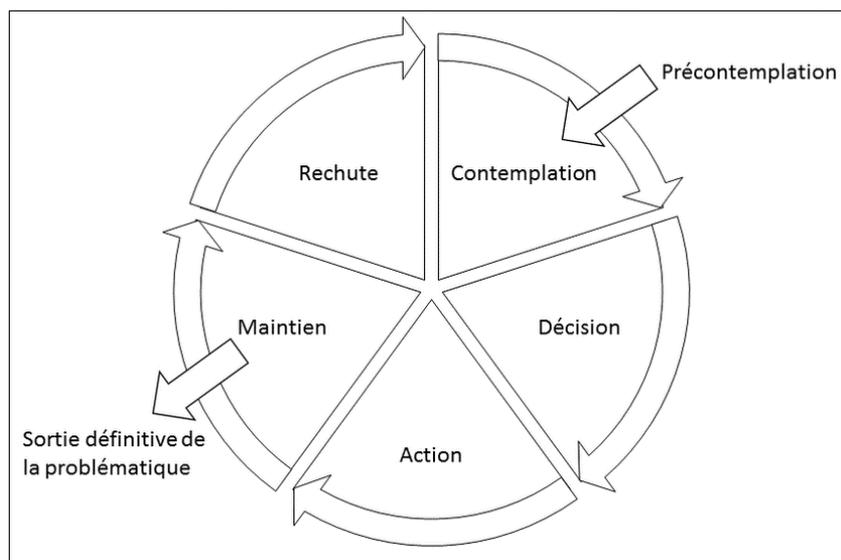


Figure 9 : Modèle trans-théorique de Prochaska et DiClemente

Le syndrome de sevrage peut se manifester par des symptômes survenant immédiatement ou jusqu'à dix jours après l'arrêt de l'alcool. Ces manifestations traduisent un état de manque psychique, comportemental et physique. Le traitement permet d'éviter la survenue de troubles subjectifs (anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars), de troubles neurovégétatifs (sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle) et de troubles digestifs (anorexie, nausées, vomissements).

Les benzodiazépines sont le traitement médicamenteux de première intention lors du sevrage. Elles permettent de réduire la survenue et la sévérité du syndrome de sevrage. Il est recommandé d'utiliser des benzodiazépines à demi-vie longue comme le diazepam (Valium®). Il faut y associer une vitaminothérapie par thiamine (vitamine B1) et une bonne hydratation (au moins deux litres d'eau par jour) (45).

Un sevrage ambulatoire peut être envisagé si l'entourage du patient est présent, si son état thymique est satisfaisant sans pathologie psychiatrique associée, si le patient ne présente pas d'antécédent de *delirium tremens* ou de crises comitiales et s'il ne présente pas de complications somatiques (46).

De plus, il existe cinq médicaments permettant d'aider le patient à modifier sa consommation d'alcool (47) :

- Deux médicaments pour aider à réduire la consommation d'alcool :
 - 1- Le nalméfène (Selincro®) est commercialisé depuis fin 2014. C'est un antagoniste des récepteurs opioïdes μ et delta. C'est un traitement à prendre si le patient perçoit un risque de consommer de l'alcool, ce n'est donc pas forcément un médicament

à prendre tous les jours. Le patient devient acteur de son traitement. Les principaux effets secondaires sont des troubles digestifs, des troubles du sommeil ou de l'attention (48).

- 2- Le baclofène (Lioresal®, Baclofène Zentiva®, Baclocur®) est commercialisé depuis 1974 pour les contractures d'origine neurologique, mais est utilisé depuis de nombreuses années hors AMM pour le trouble de l'usage de l'alcool. Depuis 2014, il dispose d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU), ce qui permet son remboursement dans ce cadre. C'est un agoniste du récepteur GABA B (49). Plusieurs études ont permis de montrer que le baclofène pouvait être utilisé à des doses élevées, avec une personnalisation du traitement afin de le répartir en fonction du *craving*. La dose maximale quotidienne recommandée est de 80 mg par jour. Les effets indésirables sont fréquents mais souvent bénins.
- Quatre médicaments pour aider au maintien de l'abstinence, le baclofène pouvant être utilisé dans les deux catégories (48):
 - 1- L'acamprosate (Aotal®) est introduit dès que possible au début du sevrage. C'est un antagoniste glutamatergique, qui permet de corriger le renforcement glutamatergique résultant de la consommation d'alcool. Il a montré son intérêt pour le maintien de l'abstinence et le risque de rechute à 3 et 12 mois après le sevrage. Il a peu d'effets indésirables, le plus fréquent étant la diarrhée. La durée de prescription est en général d'un an.
 - 2- Le naltrexone (Revia®) est moins efficace que l'acamprosate dans le maintien de l'abstinence. Néanmoins, il a un effet bénéfique chez les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool élevé. C'est un antagoniste des récepteurs opioïdes μ , ce qui permet de diminuer l'activation du circuit de la récompense induite par l'alcool. Il a une bonne tolérance. La durée de prescription est de 3 mois.
 - 3- Le disulfirame (Esperal®), c'est un inhibiteur de l'acétaldéhyde déshydrogénase, qui inhibe la dégradation de l'acétaldéhyde produit par l'oxydation de l'alcool. Il induit donc un effet antabuse, entraînant un malaise, avec des vomissements et parfois une hypotension artérielle. Il faut donc veiller à ce que le patient prenne bien son traitement. Une surveillance médicale doit être mise en place compte tenu des effets indésirables neurologiques et hépatiques graves (50).

À cette prise en charge médicamenteuse, nous pouvons ajouter une prise en charge des comorbidités somatiques, psychiatriques, le traitement des troubles relationnels et des troubles cognitifs. Les groupes d'entraide peuvent également amener un soutien au patient, un partage d'expérience et un réseau relationnel (48).

I.2. Particularités chez la personne âgée

L'alcoolisation chez la personne âgée est un véritable problème de santé publique compte tenu de l'expansion démographique dans cette tranche d'âge. Nous étudierons dans un premier temps cette mutation démographique puis nous nous intéresserons au dépistage de l'alcool chez la personne âgée, enfin nous aborderons les spécificités de la prise en charge du sénior.

I.2.1. Définition de la population âgée

I.2.1.1. Épidémiologie

Définir la personne âgée est très délicat car cette catégorie est très hétérogène, allant du jeune retraité autonome, à la personne très âgée, pouvant avoir des pathologies chroniques, être dépendante ou en perte d'autonomie. L'âge habituellement retenu par l'OMS correspond à l'âge de la retraite, c'est-à-dire entre 60 et 65 ans.

Il existe un vieillissement partout dans le monde compte tenu de l'augmentation de la qualité de vie et de la diminution du taux de fécondité (51). Le vieillissement démographique se définit par la proportion de personnes âgées par rapport à la population totale. Il existe un changement de démographie, caractérisé par une faible mortalité et une faible natalité, contribuant à l'augmentation du vieillissement démographique.

Nous pouvons donc constater une véritable mutation démographique : en 2015, il y a 900 millions de personnes âgées de plus de 60 ans et on estime qu'en 2050, il y en aura 2 milliards (52). Concernant les personnes de plus de 80 ans, elles sont au nombre de 125 millions actuellement, contre 434 millions de personnes en 2050. Environ 80% vivront dans des pays à faible revenu ou intermédiaire en 2050 (52). En 2010, la population française était composée de 15 000 centenaires, ce qui est 13 fois plus que la population de 1970. La pyramide des âges en France prévue en 2060 par rapport à 2007 confirme la tendance du vieillissement de la population (53) (Figure 10).

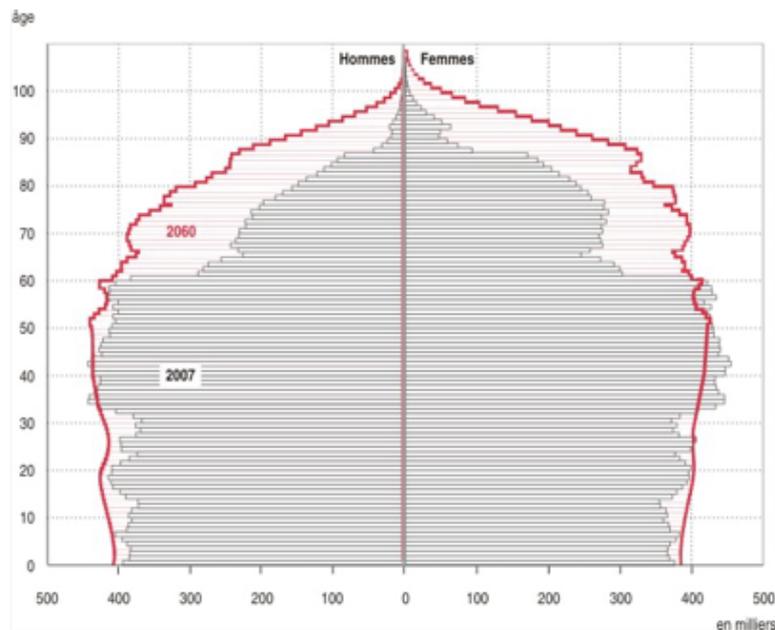


Figure 10 : Pyramide des âges en France en 2007 et en 2060 (53)

En outre, le vieillissement s'accélère rapidement. Par exemple, la France a eu 150 ans pour s'adapter à l'augmentation de 10 à 20% de la part des plus de 60 ans, ce qui correspond à un sixième de la population. On estime à l'heure actuelle qu'un pays comme la Chine n'aura que 20 ans pour le faire (52).

L'espérance de vie à la naissance correspond au nombre moyen d'années restant à vivre pour une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. En 2009, en France, elle est de 84 ans et demi pour les femmes et de 77,8 ans pour les hommes, ce qui correspond à une augmentation de trois ans pour les hommes et deux ans pour les femmes en l'espace de 10 ans (54) (Figure 11).

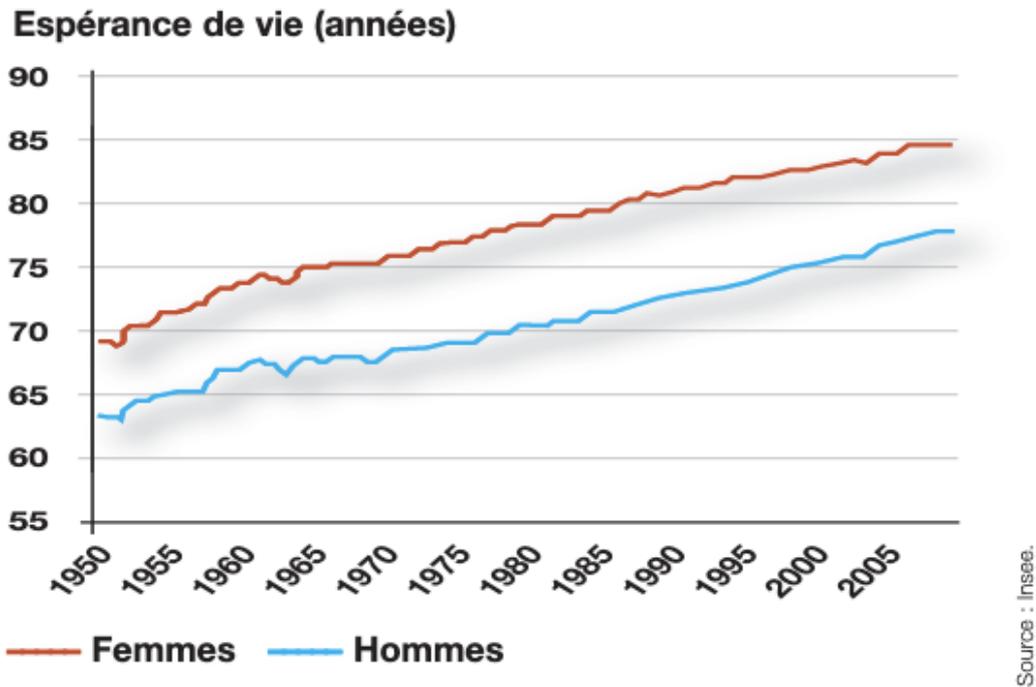


Figure 11 : Espérance de vie de 1950 à 2005 (54)

Un autre critère intéressant à étudier pour connaître la qualité de vie des séniors est l'espérance de vie sans incapacité (ESVI), qui représente le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre en étant autonome pour les actes de la vie quotidienne. L'ESVI augmente plus que l'espérance de vie en France et est estimée à 64,2 ans pour les femmes et 63,1 pour les hommes (54).

Le niveau d'éducation est également en train d'évoluer dans cette tranche d'âge. En effet, entre 1982 et 1999, la proportion de personne âgée non diplômée a diminué de moitié et cette tendance va continuer dans ce sens (55).

La proportion de personne âgée vivant seule est bien différente en fonction du sexe. En 2004, 42% des femmes de plus de 65 ans sont mariées contre 75% des hommes. Cela peut être expliqué par une plus forte mortalité chez les hommes et la différence d'âge moyen entre les conjoints.

En 2008, en France, 96% des séniors ont consulté un médecin généraliste au cours de la dernière année. De plus, le nombre d'hospitalisations augmente avec l'âge du fait des nombreuses maladies chroniques et des poly-pathologies.

1.2.1.2. Le vieillissement physiologique

Le vieillissement correspond au « produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Il entraîne une dégradation progressive

des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès » (52). Néanmoins, ces modifications n'évoluent pas pour tout le monde de la même façon et l'âge physiologique n'a que peu de rapport.

Il existe de nombreux facteurs influençant le vieillissement en bonne santé : l'environnement fait partie des facteurs les plus importants et influence très tôt le vieillissement (dès l'enfance). Il favorise également la mise en place d'habitudes de vie équilibrées. Si ces conduites sont poursuivies tout au long de la vie, alors les facteurs associés au vieillissement seront diminués. Les caractéristiques génétiques sont également à prendre en compte : de nombreux gènes sont impliqués dans le vieillissement. À l'échelle chromosomique, la taille des télomères situés à l'extrémité des chromosomes diminue à chaque cycle de répétition cellulaire. À partir d'un certain seuil, la division ne peut plus se faire. Ainsi la taille des télomères rentre en compte dans le phénomène de vieillissement, une personne ayant des télomères plus longs vieillira moins vite (54). Il existe certaines maladies génétiques entraînant un vieillissement prématuré, ce qui confirme le rôle important de la génétique dans le vieillissement. Enfin les caractéristiques personnelles (par exemple le sexe, la famille où nous sommes nés) rentrent également en compte. Cela entraîne des inégalités de santé tout au long de notre vie, qui expliquent les disparités en termes de santé à un âge avancé (52).

De plus, le vieillissement peut s'accompagner d'un syndrome gériatrique, qui se caractérise par l'apparition de plusieurs états de santé qui ne constituent pas réellement des pathologies distinctes, comme la fragilité, les chutes, les escarres, qui sont souvent le résultat de plusieurs problèmes sous-jacents.

L'âgisme s'est développé depuis plusieurs décennies. Ce mot renvoie aux discriminations envers les personnes âgées, dues à des stéréotypes comme le fait que toute personne âgée est dépendante et constitue donc un fardeau pour ses proches. Or, les sujets âgés amènent de multiples contributions. C'est une tranche d'âge ayant une grande diversité d'expérience ainsi que des inégalités de santé (52).

D'un point de vue économique, le vieillissement va entraîner un coût socio-économique important, à cause de l'augmentation du nombre de retraites chez les « baby-boomers » et de la hausse des dépenses de santé due aux différentes pathologies en lien avec le vieillissement. Des mesures préventives pour limiter le développement de ces pathologies et du handicap qui peut en découler semblent indispensables : une alimentation saine, une diminution de la consommation d'alcool, une activité physique régulière, un suivi régulier chez le médecin traitant sont des mesures primordiales à mettre en place pour avoir un vieillissement « réussi » (52).

I.2.2. Repérer et évaluer la consommation d'alcool chez les personnes âgées

I.2.2.1. Généralités

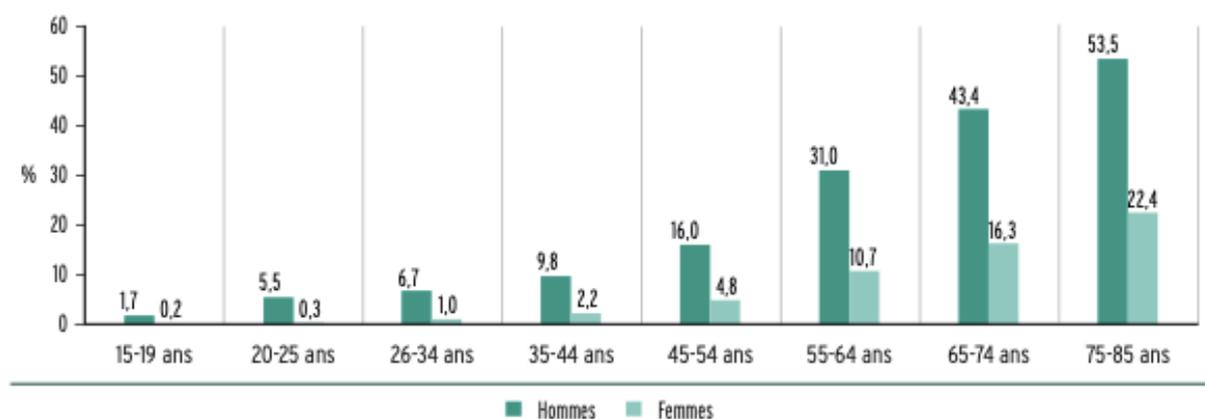
Historiquement, l'alcool est rarement associé à la vieillesse et le mésusage d'alcool chez la personne âgée est représenté de manière négative, ce qui tend à négliger sa prise en charge (56). Pourtant, l'alcool est la substance la plus consommée par les personnes âgées.

Le médecin traitant a donc un rôle central dans le repérage des conduites d'alcoolisation chez la personne âgée, qui peut être isolée sur le plan familial et social. Le médecin de famille peut être confronté au déni du patient, à des attitudes négatives envers le patient en difficulté avec l'alcool, à des difficultés thérapeutiques, à l'absence de critères diagnostiques précis chez la personne âgée et aux difficultés d'interprétation des marqueurs biologiques (56). Malheureusement, en France, le repérage et les outils à utiliser sont peu étudiés chez les séniors, probablement car les soignants passent outre la consommation d'alcool et les personnes âgées ne perçoivent pas forcément leur usage d'alcool. D'après une étude réalisée en France incluant 162 médecins généralistes, 75% déclarent ne pas être à l'aise pour aborder le sujet de l'alcool et qu'ils n'ont pas de critères objectifs pour évaluer leur consommation. 85% pensent même que leurs patients seraient « indignés » de leurs questions (57). Discuter d'alcool avec un sénior reste donc un sujet tabou pour les médecins généralistes. Un autre résultat intéressant mis en lumière lors de cette étude est le fait que les médecins généralistes considèrent que le dépistage de l'alcool chez la personne âgée prend trop de temps. Un manque de formation dans ce domaine est également à déplorer. Les médecins traitants traitent souvent les complications somatiques et psychiatriques quand elles sont là, mais avouent faire peu de prévention en amont. La prévention primaire semble donc difficile pour un grand nombre de médecins pour cette problématique dans cette tranche d'âge (58).

Selon l'INPES, en 2017, 26% des personnes de 65 à 75 ans déclarent consommer de l'alcool quotidiennement (59). La prévalence de consommateur d'alcool augmente avec l'âge (Figure 12). La proportion de consommateurs à risque chronique est semblable à celle du reste de la population avec l'utilisation de l'AUDIT-c (9,3%) (59) (cf I.2.2.3.). De plus, la consommation de vin par semaine augmente avec l'âge : plus d'une personne âgée sur deux déclare en consommer (Figure 13). Au-delà de 75 ans, il n'y a que peu de données dans la littérature car l'addiction chez les sujets âgés est considérée comme un facteur déterminant de leur âge et est donc dissimulée. Il n'existe également que peu d'études évaluant les effets toxiques de l'alcool chez les personnes âgées. La mortalité imputable à l'alcool chez les personnes de plus de 65 ans est évaluée à environ 30 000 décès par an (59). Les quelques études réalisées en France retrouvent que dans les hôpitaux, il y aurait 6 à 9% des personnes

âgées alcoolodépendantes. Dans les services d'urgence, les chiffres peuvent atteindre les 14% (59).

D'autres études réalisées aux États-Unis retrouvent des prévalences de consommation d'alcool entre 15 et 24% chez les séniors, ce qui est supérieure à la consommation dans la population générale. Néanmoins, il est possible que ces résultats ne puissent pas être généralisés à d'autres pays ou d'autres cultures. La façon dont les sujets répondent aux questions de dépistage peut varier entre l'Amérique du Nord et les autres pays, en fonction de l'outil utilisé. Les chiffres sont donc très variables à cause de la méthodologie utilisée dans les différentes études et des définitions utilisées pour quantifier la consommation d'alcool. Au Québec, il a été retrouvé qu'une personne âgée sur dix dépasse les seuils de consommation quotidienne. Les sujets à plus hauts revenus consomment plus que les faibles revenus (25% versus 13% au Québec) (60).



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Figure 12 : Usage quotidien d'alcool en fonction de l'âge et du sexe en France (59)

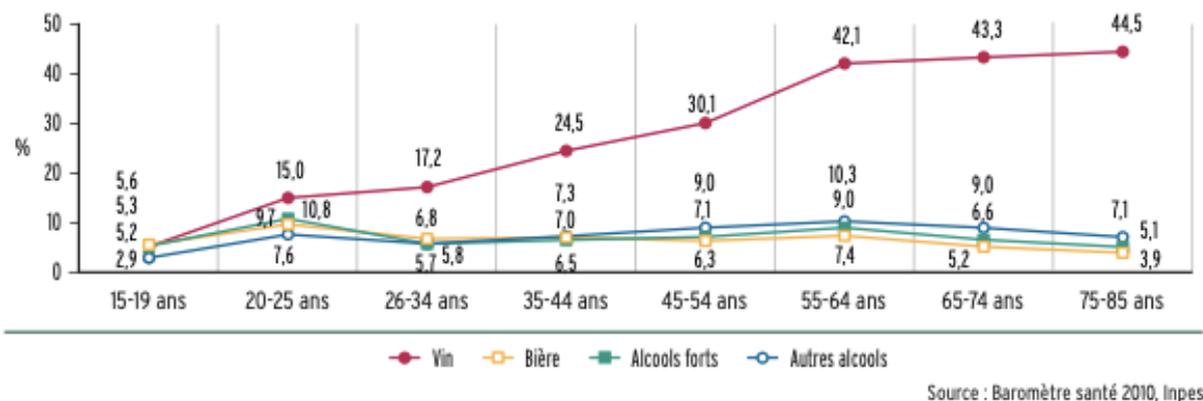


Figure 13 : Usage hebdomadaire d'alcool en fonction de l'âge et du type d'alcool (59)

I.2.2.2. Modalités de consommation

Le vieillissement entraîne de nombreuses modifications qui ont comme conséquence une diminution de la tolérance aux effets de l'alcool.

L'évaluation de la consommation d'alcool chez la personne âgée doit être bien différente de celle de la population générale pour plusieurs raisons :

- Une diminution du volume hydrique par diminution de la masse maigre au profit du volume de distribution des substances liposolubles par augmentation de la masse grasse chez la personne âgée, modifiant le métabolisme de l'alcool ;
- L'existence de poly-pathologie et donc de poly-médication, rendant la personne âgée plus sensible aux effets toxiques de l'alcool (61) ;
- Une sensibilité cellulaire du système nerveux central de la personne âgée ;
- Une diminution de la concentration d'alcool déshydrogénase dans l'estomac, conduisant à une augmentation de l'alcoolémie.

Aux États-Unis, les recommandations d'alcool à ne pas dépasser ont été adaptées aux personnes âgées : les limites qui ont été fixées sont d'un verre par jour (sept verres par semaines) et d'un maximum de trois verres en une seule occasion (11).

En France, chez les séniors, c'est une consommation régulière de vin qui est préférée. Néanmoins, l'étude réalisée par Blazer et ses collaborateurs, aux États-Unis, entre 2005 et 2006, sur plus de 4200 personnes interrogées, a permis de retrouver que 11% des personnes âgées de plus de 65 ans avaient présenté une consommation à risque au cours du dernier mois et 6% une consommation ponctuelle excessive d'alcool (62). C'est donc également un véritable problème de santé publique dans cette tranche d'âge. Dans cette étude, la consommation ponctuelle d'alcool est associée fréquemment à une consommation de tabac

ou de drogues illicites, ainsi qu'au fait d'être séparé ou veuf. Malheureusement, il n'existe que peu d'études épidémiologiques en France qui documentent les modalités de consommation d'alcool chez les personnes âgées (55). De plus, il faut s'attendre à une augmentation du nombre de personnes consommant de l'alcool dans cette tranche d'âge dans les prochaines années voire décennies étant donné l'augmentation du nombre de personnes âgées.

L'étude PAQUID a permis de montrer que plus de 40% des personnes de plus de 65 ans consommait $\frac{1}{4}$ de litre de vin par jour et environ 15%, $\frac{1}{2}$ litre ou plus de vin par jour. Une autre étude réalisée en 2012, a évalué la consommation d'alcool de 100 patients de plus de 75 ans hospitalisés en unité de soins aigus gériatriques. 44% présentaient des troubles liés à la consommation d'alcool. Une autre information révélée par cette étude est que peu de patients présentant un trouble lié à l'alcool avaient été interrogés dans le passé sur leur consommation d'alcool (63).

Les systèmes de classification développés pour évaluer les problèmes de dépendance à l'alcool utilisent les mêmes critères de diagnostic pour tous les groupes d'âge. Or, ils ne sont probablement pas valables pour le sujet âgé et donc le taux de prévalence est sous-estimé (64).

Nous pouvons distinguer classiquement deux types d'alcoolisme chez la personne âgée :

- Un alcoolisme dit précoce ou ancien, c'est-à-dire ayant débuté avant 65 ans. Il est retrouvé dans deux tiers des cas. Ceux sont généralement des buveurs ayant augmenté leur consommation en raison de facteurs environnementaux négatifs.
- Un alcoolisme à début tardif, c'est-à-dire ayant débuté après 65 ans. Il est observé dans des situations comme l'isolement, la retraite, le décès du conjoint, la non-intégration à la vie institutionnelle (65).

De plus, le médecin doit être vigilant face à certaines situations chez la personne âgée :

- Un relâchement physique, une diminution de l'activité sociale, un isolement social ou familial, des événements de vie douloureuse, une perte d'autonomie ;
- Une atteinte psychiatrique telle qu'un syndrome dépressif ou une anxiété, ou des troubles du sommeil ;
- Des chutes à répétition ;
- Une présentation peu commune d'une affection somatique, la présence de plusieurs pathologies invalidantes ;
- Une dénutrition.

Des facteurs prédictifs d'une consommation d'alcool ont également été retrouvés : le sexe masculin, le tabagisme, les événements de vie négatifs et les problèmes sociaux. Il est donc intéressant d'avoir une attention toute particulière chez nos patients pour cibler le dépistage d'une consommation excessive d'alcool. De plus, il existe un nombre important de personnes qui augmentent leur consommation en vieillissant du fait d'une augmentation du temps libre, d'une augmentation de leur revenu et du décès de leurs proches. L'objectif d'un repérage précoce est d'éviter la survenue d'éventuelles complications et donc d'améliorer notre prise en charge chez ces patients.

I.2.2.3. Validité des différents questionnaires

Comme chez l'adulte plus jeune, un interrogatoire accompagné d'un examen clinique minutieux et de tests biologiques est peu spécifique pour repérer une consommation d'alcool excessive en soins primaires. En effet, une augmentation des transaminases n'est observée que chez 50% des alcooliques et est le marqueur d'une complication hépatique. La consommation déclarée d'alcool (CDA) peut être utile si le sujet âgé ne présente pas de troubles cognitifs. C'est un moyen simple et rapide d'évaluer la fréquence et la quantité d'alcool consommé, en respectant une formulation de question la plus ouverte possible, comme par exemple « que consommez-vous comme boissons lors d'une journée normale ? » (66). Néanmoins cette méthode peut comporter des biais de mémorisation et il faut donc cibler des périodes de référence courte, mais dans ces cas-là, elles peuvent ne pas être représentatives de la consommation d'alcool.

Nous devons donc nous aider des questionnaires pour être le plus objectif possible.

Nous allons aborder dans un premier temps les différents questionnaires qui existent pour évaluer la consommation d'alcool, puis nous verrons quel questionnaire est le plus fiable chez la personne âgée :

- L'AUDIT : C'est un questionnaire qui a été mis au point par l'OMS pour évaluer les différentes consommations d'alcool avec 10 questions (Annexe 2). Il est simple à mettre en place, fiable et reproductible (67). C'est le questionnaire le plus utilisé dans les études scientifiques. Pour chacune des 10 questions, il existe une cotation de 0 à 4 en fonction des réponses. Un score supérieur à 8 chez l'homme et 7 chez la femme révèle un mésusage d'alcool. Il a une sensibilité à 97% et une spécificité à 78% (45). Il existe une version raccourcie, l'AUDIT-c, qui reprend les trois premières questions. Un score supérieur à 4 chez les hommes et 3 chez les femmes doit faire évoquer un mésusage (68). D'après la SFA, c'est le test à utiliser pour le dépistage des consommations alcooliques en soins primaires (65). Il n'y a malheureusement que peu d'études évaluant sa fiabilité chez la personne âgée. Nous pouvons néanmoins citer

l'étude de Powell et McInnes réalisée en 1994, sur 99 patients de plus de 65 ans présentant une consommation problématique d'alcool, hospitalisés en Australie, où il a été retrouvé une diminution de la sensibilité et une spécificité inchangée (69).

- Le CAGE/DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) : C'est un outil d'évaluation du dépistage de l'alcool, comprenant 4 questions (Figure 14). Il a une sensibilité de 84% et une spécificité de 95%. Un score supérieur à 2 révèle une consommation d'alcool à risque (70). Il a l'avantage d'être rapide et simple d'utilisation. Il faut réduire la consommation le plus tôt possible afin de ne pas évoluer vers la maladie alcoolique.

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

Figure 14 : Questionnaire CAGE-DETA

- Le questionnaire FACE (Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien) : C'est un auto-questionnaire mis en place par l'Haute Autorité de Santé (HAS) pour les médecins généralistes pour repérer les consommations à risque. Il est simple, facile d'utilisation et peut être utilisé dans le but de réaliser des interventions brèves. Il se compose de 5 questions (Figure 15) (71).

					Score
① A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	une fois par mois ou moins <input type="checkbox"/>	2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/>	2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
② Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?					
Un ou deux <input type="checkbox"/>	trois ou quatre <input type="checkbox"/>	cinq ou six <input type="checkbox"/>	sept à neuf <input type="checkbox"/>	dix ou plus <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
③ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
④ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
⑤ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?					
Non <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
TOTAL					

Figure 15 : Questionnaire FACE

- Le MAST-G (*Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric*) : C'est un auto-questionnaire spécifique pour évaluer la consommation d'alcool chez la personne âgée (72). Il est composé de 24 questions. Malheureusement, il investigate peu les comorbidités. De plus, sa version gériatrique n'est pas validée en français (66).
- L'ARPS (*Alcohol Related Problems Survey*) : C'est un outil très prometteur dans le repérage des consommations alcooliques chez la personne âgée. Il intègre le repère des comorbidités et la prise des médicaments, ce qui semble indispensable dans le dépistage d'alcool chez le sujet âgé. Pour le moment, il n'est pas traduit en français. L'une de ces principales limites est qu'il comporte 60 questions et semble donc moins adapté à la prévention primaire par le médecin généraliste (73).

L'AUDIT a été conçu pour dépister une consommation excessive d'alcool par le médecin généraliste. Le point négatif de ce test peut être la durée de passation du questionnaire. Ainsi il a été développé la version courte, l'AUDIT-c, qui semble être un bon compromis. De plus, il semble que l'AUDIT soit supérieur au CAGE/DETA et au MAST pour le dépistage d'une consommation d'alcool chez la personne âgée (74). Les seuils pour l'AUDIT pour définir un mésusage chez le senior sont probablement inférieurs à 8, mais il n'a pas été retrouvé de consensus pour le moment. Nous pouvons également reprocher à l'AUDIT que

les trois premières questions s'intéressent à la quantité d'alcool consommée. Chez le sujet âgé, cette quantité est souvent moins importante et la dangerosité est souvent due aux modifications physiologiques du vieillissement et à la poly-médication (34).

Le CAGE est plutôt utilisé pour repérer des mésusages d'alcool sur la vie entière et il semble donc peu indiqué pour le dépistage d'une consommation à risque dans cette tranche d'âge. De plus, il est rare que le sénior présente des syndromes de sevrage et il peut arriver que l'entourage ne soit pas présent, ce qui rend la deuxième question un peu obsolète. Ces questions sont donc moins pertinentes chez le sujet âgé. Le questionnaire FACE développé en France semble peu spécifique pour les personnes âgées. Néanmoins, chez les médecins généralistes utilisant déjà ce questionnaire, il est conseillé de poursuivre son utilisation même chez les séniors (66).

Le système ARPS, mis en place par Fink et ses collègues, semble supérieur aux autres questionnaires, mais il n'existe pour le moment aucune version française et sa mise en place semble complexe pour le dépistage en prévention primaire compte tenu de la nécessité d'un ordinateur pour analyser les résultats à l'aide d'un programme informatique (66,75).

I.2.3. Les complications spécifiques d'une consommation d'alcool chez la personne âgée

L'alcool serait responsable de 195 000 décès par an en Europe, même si ces chiffres sont difficiles à confirmer compte tenu du peu d'études réalisées. Les complications spécifiques d'une consommation d'alcool chez la personne âgée sont donc également difficiles à connaître pour les mêmes raisons.

Les complications du sujet âgé peuvent être classées en deux catégories. Nous étudierons d'une part les complications dues à une consommation aiguë puis nous aborderons les complications en lien avec une consommation chronique.

I.2.3.1. Complications retrouvées lors d'une consommation d'alcool aiguë

Les complications d'une alcoolisation aiguë arrivent en général à des consommations beaucoup plus faibles chez le patient âgé que chez l'adulte jeune, en raison des modifications physiologiques citées précédemment. L'alcoolisation aiguë chez la personne âgée évolue en trois phases développée dans le premier paragraphe : une phase d'excitation psychomotrice, une phase d'incoordination, puis le coma. Des troubles du rythme, notamment l'arythmie cardiaque par fibrillation atriale, peuvent être découverts lors d'une alcoolisation massive. Des chutes, des syndromes confusionnels et des troubles comportementaux peuvent être également rencontrés. Devant tout syndrome gériatrique, une consommation excessive d'alcool devrait être évoquée. Le « réflexe iatrogène » est maintenant souvent évoqué dans les syndromes gériatriques. Le médecin devrait également avoir le « réflexe alcool » (76).

I.2.3.2. Complications retrouvées lors d'une consommation chronique

Elles correspondent aux complications somatiques et psychiatriques que nous avons abordées dans le chapitre précédent. Les complications liées à l'alcool peuvent être confondues avec des pathologies somatiques (cardiopathies, hypertension artérielle, troubles digestifs...) ou psychiatriques (troubles du sommeil par exemple) préexistantes. La consommation d'alcool est un facteur de risque modifiable de nombreuses pathologies.

Chez le sujet âgé, il faut néanmoins insister sur les complications orthopédiques, en lien avec l'ostéoporose et les chutes à répétition. Ces chutes entraînent souvent une perte d'autonomie, pouvant se traduire par une hospitalisation, une mise en établissement pour personnes âgées et pouvant aller jusqu'au décès.

De plus, les cancers ORL sont souvent fréquents en lien avec une co-addiction au tabac.

Les complications neurologiques ne sont pas rares et entraînent une perte d'autonomie. Une étude réalisée à Los Angeles en 2003, sur 161 sujets de plus de 60 ans, a permis de montrer une incapacité sur les activités de la vie quotidienne plus fréquente chez des personnes ayant consommé plus de sept verres par semaine au cours des trois derniers mois (77).

Les troubles cognitifs sont très fréquents chez la personne âgée et il est souvent difficile de savoir si c'est en lien avec une consommation d'alcool ou un autre facteur comme la prise de certains médicaments ou un vieillissement physiologique. Le trouble neurocognitif majeur lié à l'alcool est variable selon les études. L'alcool pourrait contribuer à près d'un quart des troubles neurocognitifs majeurs, en créant des lésions cérébrales et en diminuant par conséquent la réserve cognitive (34).

Le syndrome confusionnel et les hallucinations sont également plus fréquents chez la personne âgée, en lien souvent avec une consommation de benzodiazépines dans le cadre d'une anxiété. Le syndrome dépressif serait 5 fois plus fréquent chez les personnes âgées alcoolo-dépendantes. Cette dépression disparaît en général après le sevrage. Le risque d'actes suicidaires est également augmenté dans cette tranche d'âge dû à des actes impulsifs au cours d'une alcoolisation. Les plus de 65 ans représentent 28% des morts par suicide. Avant le passage à l'acte, il n'est pas souvent retrouvé de souffrance psychique chez les séniors. Le médecin se doit d'être d'autant plus vigilant chez les sujets âgés et doit aller rechercher une consommation d'alcool et des signes de dépression (78).

I.2.4. Spécificités de la prise en charge de la personne âgée souffrant d'un TUA

Il est important de rappeler que l'âge avancé n'est pas une contre-indication à la prise en charge du sevrage alcoolique par abstinence ou diminution de la consommation.

Les recommandations chez les sujets âgés estiment qu'il ne faut pas dépasser plus d'un verre standard par jour ou pas plus de 7 verres standards par semaine (79).

Chez la personne âgée, il faut mettre en place initialement des mesures peu contraignantes. Dans un premier temps, il faudra réduire les facteurs de risque d'une consommation d'alcool, comme l'isolement social. Il faudra réaliser des entretiens brefs afin d'apporter des informations claires et précises au patient sur les risques d'une consommation excessive. Ces entretiens comprennent une évaluation de la consommation d'alcool, une information sur les effets délétères de l'alcool à court et à long termes, les seuils à ne pas dépasser et un renforcement du rôle du patient (45).

Les classifications DSM-5 et CIM-10, citées précédemment, ne sont pas applicables chez la personne âgée, à cause des changements du statut social, du passage à la retraite, des bouleversements du mode de vie et du vieillissement physiologique (80).

Depuis plusieurs décennies, différentes campagnes publicitaires de prévention de l'alcool sont mises en place. Ces publicités concernent essentiellement les populations jeunes (par exemple les actions de prévention sur la sécurité routière). À l'heure actuelle, il n'existe aucune campagne de prévention sur la consommation d'alcool chez la personne âgée.

L'enquête PAQUID a également révélé que plus de 31% des personnes âgées vivant au domicile et plus de 42% vivant en institution consommaient des benzodiazépines. Une consommation d'alcool chez le sujet âgé peut potentialiser ces effets secondaires : des effets sédatifs pouvant être responsables d'un ralentissement psychomoteur et de confusion mentale, des effets myorelaxants pouvant entraîner des chutes à répétition et des effets paradoxaux, notamment une excitation psychomotrice. L'utilisation des benzodiazépines au long cours serait plus fréquente chez le sexe féminin et au cours de l'avancée en âge. Au-delà de cette classe thérapeutique, il existe de nombreuses interactions entre l'alcool et les médicaments, comme par exemple, la prise de traitement anticoagulant majorant le risque de saignement avec la prise d'alcool, ou le risque d'hypoglycémie avec certains médicaments antidiabétiques. D'après une étude québécoise, en 2011, les sujets âgés consomment en moyenne 5,5 médicaments par jour (60). De plus, l'alcoolodépendance peut favoriser une inobservance thérapeutique.

L'addiction à l'alcool chez la personne âgée peut être associée à une addiction au tabac. 5,5% des personnes âgées en France présentent une addiction au tabac. Parmi ces personnes, 16% auraient une dépendance à l'alcool (34).

De plus, il a été démontré dans de nombreuses études un lien entre le stress et les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, benzodiazépines). Il est donc impératif de rechercher toutes les addictions lors de la prise en charge du patient alcoolodépendant pour avoir une approche globale.

La prise en charge comprend schématiquement trois phases : un temps de travail motivationnel, un temps de sevrage et un temps de la récupération (34).

- Le temps motivationnel : L'entretien motivationnel est une prise en charge qui peut être réalisée par un médecin généraliste formé ou par un psychiatre. Ce moment doit être un temps pour encourager le patient à changer son comportement vis-à-vis de l'alcool. C'est un moment de dialogue entre le praticien et son patient. Il est important de rechercher les comorbidités somatiques et psychiatriques au cours de cet entretien. L'entretien doit se conclure par des propositions concrètes ;
- Le temps du sevrage : Le sevrage d'un patient âgé alcoolodépendant nécessite souvent une hospitalisation pour une surveillance médicale du fait principalement de son âge et des facteurs de vulnérabilité qui en découlent. La prescription de benzodiazépine doit être très prudente et est évaluée au cas par cas ;
- Le temps de récupération : Il correspond au suivi post-sevrage. Une évaluation régulière est nécessaire.

D'un point de vue thérapeutique, l'acamprosate et la naltrexone n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché pour l'alcoolisme de la personne âgée. De même, le disulfirame n'est pas conseillé chez le sujet âgé à cause de l'effet antabuse pouvant entraîner un syndrome confusionnel et des troubles cardiovasculaires.

L'accompagnement psychologique avec les thérapies cognitivo-comportementales a donc une place privilégiée dans cette tranche d'âge, ainsi que les réunions d'association d'anciens buveurs (81).

Sur le plan socio-environnemental, la honte de la personne âgée alcoolique conduit très souvent à un repli sur soi et à un isolement social. La société, ayant un regard jugeant négatif, renforce le sentiment de culpabilité. Le médecin doit mettre en place des aides pour lutter contre cet isolement et améliorer la qualité de vie : la mise en place d'une infirmière à domicile pour la délivrance des médicaments, le portage des repas, la mise en place d'une aide-ménagère sont des moyens de surveillance et de maintien de l'abstinence (80).

I.2.5. Quels sont les actions à mettre en place ?

La prévention primaire des addictions fait partie des actions à mettre en place pour améliorer la qualité de vie des aînés, pour augmenter l'espérance de vie sans incapacité et

pour diminuer la survenue des complications. Depuis plus de 30 ans, de nombreuses recommandations pour prévenir les problèmes d'addiction, ciblant certains publics, notamment les adolescents, ont été mis en place. Des programmes gouvernementaux se sont engagés contre la consommation d'alcool, avec comme objectif une réduction globale de la consommation d'alcool. De plus, d'autres recommandations pour le « bien vieillir » ont émergé depuis plusieurs années : une activité physique régulière, une alimentation équilibrée, la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse sont des choix stratégiques adoptés par les gouvernements successifs. Une politique de vaccination antigrippale est également mise en place pour limiter la survenue de complication chez la personne âgée. Or, la question de la consommation d'alcool ou même de tabac chez le sujet âgé ne rentre pas dans cette politique de prévention, alors que nous avons déjà vu que cette tranche d'âge est en pleine expansion et que le problème des addictions est bien présent (82).

De plus, la consommation d'alcool pose des problèmes de santé publique à cause de deux discours diamétralement opposés : d'une part, la consommation d'alcool est mauvaise pour la santé et d'autre part, la consommation de vin est associée à un effet bénéfique sur le risque d'infarctus du myocarde, message largement relayé par les alcooliers et la filière viticole. Certains patients connaissent par cœur ce refrain. En tant que médecin, nous devons connaître les recommandations et avoir un discours ferme auprès de nos patients. Les différentes études retrouvent en effet une courbe en J entre la consommation d'alcool et la morbi-mortalité coronarienne. Les non-buveurs auraient donc un risque plus important de survenue de maladie coronaire, mais ces propos sont à nuancer. En effet, nous ne savons pas si c'est l'absence totale d'alcool qui augmente le risque, ou si dans cette catégorie, les sujets ne sont pas des anciens buveurs qui ont arrêté l'alcool à cause d'un risque élevé de maladie coronarienne. De plus, cet « effet bénéfique » du vin est retrouvé sur une consommation très modérée d'alcool (10 à 30 g d'alcool pur par jour pour les hommes et 10 à 20 g d'alcool pur par jour chez les femmes). C'est donc une zone de consommation très étroite (83).

Il est également important de rappeler que la consommation d'alcool entraîne de très nombreuses complications, d'autant plus chez le sujet âgé (augmentation du risque de syndromes gériatriques (cf I.2.1.2), majoration du risque de handicap et de nombreuses pathologies, aggravation des symptômes physiques, modification des effets médicamenteux, augmentation des décès). Les modalités de consommation sont également importantes à connaître. Une consommation excessive en une seule fois a montré une augmentation d'infarctus du myocarde et donc un risque accru de décès coronarien (83).

Les conseils à inculquer aux personnes âgées rejoignent donc les recommandations du « bien vieillir ». Il n'y a pour le moment aucun programme officiel pour la prévention des risques d'une consommation d'alcool chez le sujet âgé.

Fink a proposé un programme de prévention et d'éducation sur la consommation d'alcool chez la personne âgée. 209 personnes âgées ont participé à l'élaboration d'un programme d'éducation pour sénior intitulé *A Toast To Health in Later Life !*, mettant l'accent sur la relation entre l'alcool et la consommation accrue de médicaments, l'évolution des préoccupations médicales et psychosociales et les éventuelles altérations de l'autonomie. Une évaluation pré et post-intervention a été réalisée sur 101 sujets âgés à l'aide d'un auto-questionnaire. Les résultats de cette étude ont montré une amélioration significative des connaissances après intervention. Les personnes âgées étaient prêtes à se documenter sur la prévention des problèmes liés à l'alcool. Les informations étaient délivrées à l'aide d'un livret (36 pages) et d'une brochure (moins détaillée). Il n'a pas été trouvé de différence significative entre les deux lors de l'évaluation post-questionnaire. Il a également été prouvé que 75% des sujets préféreraient bénéficier de conseil de prévention par des documents écrits, plutôt que des conseils délivrés par une personne. Les séniors sont donc prêts à lire des informations sur les relations entre la consommation d'alcool, la santé et les médicaments (84).

I.3. Problématiques des troubles de l'usage d'alcool et leurs complications dans les institutions pour personnes âgées

Tout médecin généraliste est confronté à la problématique de la consommation d'alcool chez la personne âgée résidente en EHPAD. Il n'est pas toujours facile d'aborder ce thème et de pouvoir monter des projets de soins, du fait d'un probable manque de connaissance et de formation.

De plus, la personne âgée qui s'alcoolise « dérange » moins que la personne jeune et donc nous nous intéressons moins aux conséquences de cette alcoolisation. En effet, l'ivresse sur la voie publique ou le retrait de permis ne concernent pas cette catégorie de personnes. Les conséquences sont essentiellement individuelles, avec une majoration des complications dues à l'alcool et une dégradation de la qualité de vie, pouvant être la cause ou la conséquence d'un usage d'alcool. En fait, cette consommation d'alcool est probablement multifactorielle.

L'alcoolisme du sujet âgé est plus apparent en institution qu'à domicile car il est plus surveillé et qu'il peut avoir plus de conséquences néfastes notamment sur le plan social. Néanmoins, les répercussions d'une alcoolisation peuvent être tolérées, négligées, déniées selon les soignants et les institutions.

Nous aborderons dans un premier temps les généralités concernant les EHPAD, puis nous nous intéresserons plus précisément à la consommation d'alcool dans ces établissements et aux différentes problématiques qui en découlent en fonction des croyances des soignants et des familles puis nous étudierons les spécificités des prises en charge à mettre en place dans ces institutions.

I.3.1. Généralités sur les EHPAD

I.3.1.1. Épidémiologie

Les EHPAD ont été créés en France en 1999 par la réforme des établissements pour personnes âgées. Ces structures ont un engagement de qualité des soins grâce à une convention signée avec le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le nombre de personnes âgées augmente en France grâce à l'allongement de l'espérance de vie. Par conséquent, le nombre de sujets âgés dépendants augmente aussi. En France, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a connu un nombre de bénéficiaires rapidement croissant pour atteindre 1,2 millions de sujets âgés en 2010 (Figure 16). On estime qu'en 2060, il y en aura quasiment le double (85). En 2011, près de 700 000 personnes résidaient en institution, ce qui correspond à 10% des plus de 75 ans et 23% des plus de 85 ans. En 2013, l'âge moyen des résidents en EHPAD en France est de 86 ans et 71% étaient des femmes. Il est estimé que la proportion de personnes âgées en EHPAD va être plus rapide qu'au domicile,

passant de 35% de personnes vivant en EHPAD en 2010 par rapport à la population de sujets âgés à 37% en 2040, ce qui correspond à 375 000 personnes supplémentaires (86) !

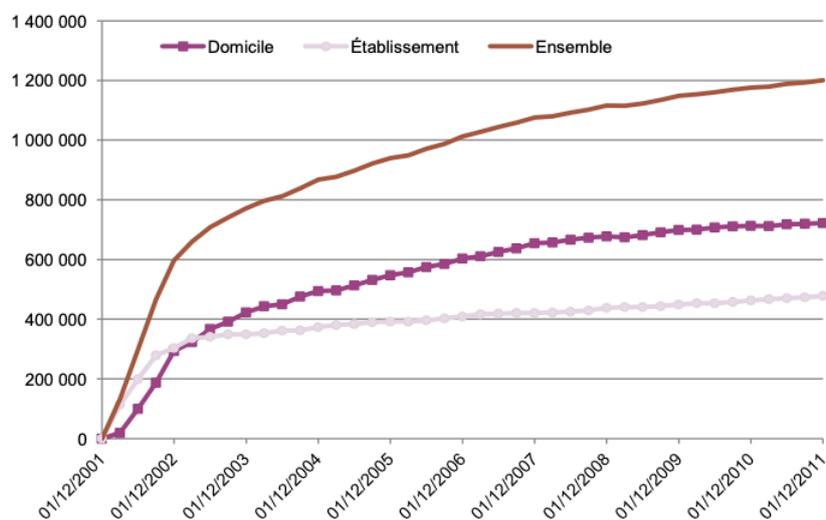


Figure 16 : L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA (85)

En nous intéressant aux pathologies que les personnes âgées ont avant d'entrer en EHPAD, nous pouvons constater que près de la moitié des aînés avait été pris en charge pour une maladie cardio-neurovasculaire et un tiers pour un problème de trouble neurocognitif majeur (85). Les pathologies retrouvées entre les différents EHPAD sont assez proches et les personnes rentrant en EHPAD avaient généralement plus de pathologies que les patients vivant à leur domicile pour le même âge.

D'après une étude réalisée dans huit EHPAD de la région Centre Val de Loire en 2018, il a été retrouvé que malgré de nombreux facteurs d'insatisfaction et de démotivation ressentis par le personnel des établissements, ces derniers continuent à s'impliquer dans leurs tâches professionnelles. Ils affirment « aimer leur métier » car ils sont « au service » des personnes âgées dépendantes (87). Néanmoins, il a été retrouvé un fort taux d'absentéisme dans ce secteur avec souvent des difficultés de recrutement, ce qui peut entraver la prise en charge globale et individuelle des résidents.

De plus, les sujets entrant en EHPAD sont de plus en plus dépendants, souvent à la suite du décès du conjoint ou de chutes à répétition. Ils sont donc obligés d'entrer en institution et sont donc moins bien préparés. Les soins prodigués par les équipes paramédicales (soins de *nursing*, transferts des patients par exemple) sont donc de plus en plus lourds, réduisant

ainsi les autres relations sociales. Tous ces facteurs font qu'il est plus difficile de dépister et de prendre en charge un problème de consommation d'alcool chez les résidents (87).

I.3.1.2. Notions de dépendance et perte d'autonomie

La notion de dépendance est assez récente en France. Elle a été introduite à partir des années 1970 dans le monde médical et 1980 dans le domaine politique et est de plus en plus présente avec notamment la réforme de la dépendance lancée en 2010 par Nicolas Sarkozy. Le système de santé a également créé récemment une cinquième branche de la Sécurité sociale portant sur le risque lié à la perte d'autonomie chez les aînés. L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes serait le défi du XXI^{ème} siècle pour certains scientifiques (88).

La notion de dépendance est difficile à définir. Elle a été définie en 1970 par Yves Delomier avec une vision négative : « le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie » (89), ce qui renvoie donc à l'incapacité de vivre seul. Cette définition est reprise dans la loi du 24 janvier 1997 qui crée la prestation spécifique dépendance (PSD), avec une image tout aussi négative : la dépendance est « définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière » (90). En 2001, la loi sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a repris cette définition et y a ajouté la perte d'autonomie. Il existe donc une confusion entre dépendance et perte d'autonomie. Pourtant le premier terme correspond à une incapacité à accomplir seul les actes de la vie, tandis que le second renvoie au droit de se fixer seul ses propres lois.

La mesure de la dépendance en France est faite actuellement par la grille Autonomie gérontologique groupes iso-ressources (AGGIR), qui permet de classer les personnes âgées en 6 catégories, allant des degrés d'incapacité physique et psychique les plus invalidants (GIR 1 et 2) au moins invalidants (GIR 5 et 6) et permettant d'attribuer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (89). Malheureusement, cette classification renvoie une image négative d'incapacité et donc d'exclusion alors que le sens premier de dépendance devrait refléter la solidarité envers les aînés.

I.3.1.3. Notion de fragilité

La notion de fragilité est également un concept récent qui s'est développé aux États-Unis dans les années 1980. Depuis un peu plus de 20 ans, il a fait son apparition en France chez les gériatres. Le syndrome de fragilité correspond « à l'impossibilité de répondre de façon adaptée à un stress qu'il soit médical, psychologique ou social ». La fragilité correspond à un état d'équilibre précaire avec le risque qu'une incapacité apparaisse lors d'un événement aigu

(Figure 17). Il s'agit donc de personnes âgées à haut risque d'institutionnalisation (91). Cette notion n'est pas irréversible et il est donc intéressant de connaître les facteurs favorisant cette fragilité :

- Un âge avancé ;
- Une mauvaise alimentation, responsable d'une dénutrition et d'une déshydratation ;
- Un manque d'activité, entraînant une asthénie, des troubles de la marche ;
- Des facteurs génétiques ;
- Des facteurs immunologiques ;
- Des changements hormonaux ;
- Des poly-pathologies et donc une poly-médication ;
- Des facteurs environnementaux (isolement social, consommation d'alcool ou de tabac...).

80% des personnes âgées présentent une fragilité au cours de leur vie (91).

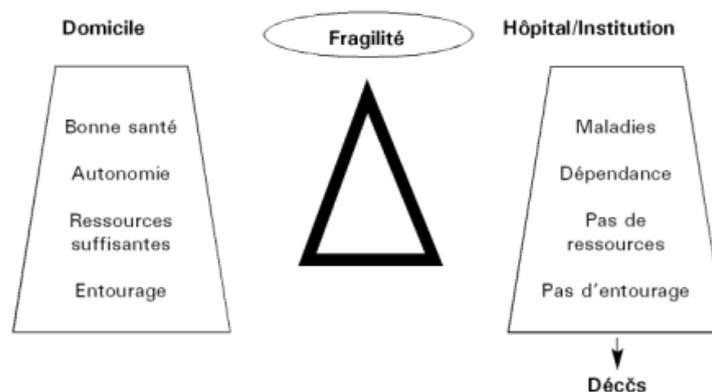


Figure 17 : Concept de fragilité (91)

L'entrée en institution n'est pas souhaitée par les personnes âgées dans environ 75% des cas, mais est nécessaire du fait du manque de ressources à domicile ou de l'impossibilité des familles d'aider leurs proches (88).

I.3.2. Alcool et EHPAD

L'alcool est la drogue la plus consommée en France par la personne âgée. C'est la substance psychoactive la plus facile à trouver en établissement (92). Les différents troubles

de l'usage d'alcool (usage simple, usage à risque, usage nocif et dépendance) sont également retrouvés chez la personne âgée, mais à des doses plus faibles.

I.3.2.1. État des connaissances actuelles

La prévalence de la consommation d'alcool est difficile à évaluer du fait du peu d'études qui ont été faites sur ce sujet, des difficultés à les dépister et des différentes méthodologies utilisées dans les études. Une des difficultés supplémentaires est que cette tranche d'âge est très hétérogène et donc difficile à définir comme nous l'avons vu auparavant. De plus, entre deux tiers et trois quarts des résidents présentent des troubles cognitifs ; ce qui rend le dépistage encore plus difficile (55).

Néanmoins, il est reconnu que cette consommation est au moins aussi élevée, voire supérieure, que chez les personnes âgées au domicile (93). Les chiffres de prévalence varient de 0 à 25% selon les études, certaines allant même jusqu'à 70%. Le plus souvent les chiffres avancés sont de l'ordre de 10 à 20%. La consommation d'alcool est certainement plus visible en EHPAD qu'au domicile, mais elle semble méconnue ou cachée, car probablement dérangeante pour le personnel soignant et pour la famille (94).

Une étude a été réalisée dans huit EHPAD du Nord Pas-de-Calais en 2005, incluant 368 sujets, et a permis de déterminer que 67,7% des personnes consommaient de l'alcool de manière quotidienne et 18,2% des résidents présentaient une consommation excessive d'alcool, c'est-à-dire supérieure à trois verres d'alcool par jour (94).

Des caractéristiques des consommateurs en EHPAD ont pu être retrouvées :

- Une consommation plus élevée est observée chez les sujets plus jeunes ;
- Les résidents ayant des revenus plus élevés et ayant bénéficié d'une éducation consomment également davantage ;
- Les personnes âgées vivant seules, séparées ou célibataires sont également plus à risque de consommer ;
- Les aînées présentant une dépendance au tabac peuvent avoir une co-dépendance à l'alcool ;
- Ce sont plus souvent les hommes qui consomment davantage, même si cela a tendance à être moins vrai en avançant en âge (40% des consommateurs excessifs étaient des femmes). Plus nous avançons en âge, plus le sexe ratio se rapproche de 1.

Ces caractéristiques ont également été observées dans une grande étude réalisée aux États-Unis incluant plus de 12 000 personnes âgées en 2003 ; ce qui pourrait donner des pistes pour cibler les personnes à dépister en EHPAD (95).

Une autre étude réalisée en Loire-Atlantique en 2004 a comparé la consommation d'alcool chez les plus de 75 ans en médecine générale et en institution. Sur 66 personnes interrogées, en médecine ambulatoire, 32% déclaraient consommer plus de cinq fois par semaine de l'alcool, 17% de manière quotidienne plus de 3 verres par jour et 31% avouaient avoir eu des réflexions de leur entourage (96). En institution, sur 107 résidents, 43% consommaient plus de cinq verres standards d'alcool par semaine, 15% plus de 3 verres par jour. À l'aide du questionnaire AUDIT modifié, il a été retrouvé que 27% des sujets âgés en ambulatoire présentaient une consommation excessive, contre 40% en institution. De même l'alcoolodépendance était suspectée chez 27% des personnes à domicile contre 9% en maison de retraite. Ces résultats suggèrent que les occasions festives en EHPAD sont plus fréquentes qu'au domicile. De plus, il a été évalué que les personnes en institution consommaient en moyenne 2,5 verres de vin par jour délivrés lors des repas (96).

1.3.2.2. Les facteurs favorisant la consommation d'alcool

Comme nous l'avons abordé auparavant, il existe deux sortes d'alcoolisme : l'alcoolisme ancien ayant débuté plus tôt dans la vie du patient et l'alcoolisme tardif qui peut débiter au moment de l'entrée en institution (97).

Cette différence peut faire penser que dans le cadre d'un alcoolisme tardif, l'entrée en EHPAD est mal vécue par la personne âgée et qu'elle présente des difficultés pour s'intégrer dans son nouvel habitat et au milieu institutionnel qui est parfois ressenti comme maltraitant ou infantilisant.

De plus, nous pouvons également penser qu'il existe des personnes entrant en EHPAD à cause de problèmes liés à l'alcool à domicile et que l'institution pourrait représenter un cadre de surveillance pour la consommation. Effectivement, les effets physiques d'une consommation excessive d'alcool tout au long de la vie peuvent refléter un grand nombre de complications pour lesquelles les personnes âgées sont placées en institution.

Une étude allemande a mis en avant que les problèmes d'alcoolisation étaient plus souvent une cause qu'une conséquence de l'entrée en EHPAD. En effet, sur 1922 résidents, il a été démontré qu'un nombre élevé de résidents présentant une consommation excessive d'alcool (7,4%) avait été admis en EHPAD (98).

La consommation d'alcool est souvent considérée comme un élément normal de la vie sociale des adultes. Aux États-Unis, certaines maisons de retraite autorisent des « heures de

cocktail » pour permettre une interaction sociale entre les résidents, avec comme conviction que l'alcool est une aide pour la sociabilité (99). Néanmoins, ces programmes peuvent exacerber involontairement des problèmes d'alcool de certains résidents à cause d'un encouragement à la consommation d'alcool.

I.3.2.3. Quels sont les différents modes d'accès à l'alcool ?

L'alcool est accessible pour les résidents par différents moyens en fonction du règlement des EHPAD :

- Il peut être proposé lors des repas dans certains établissements (dans ce cas la consommation est souvent régulée). C'est le rituel du verre de vin à table ou du pichet de vin à disposition sur les tables. Les modalités de consommation d'alcool en EHPAD sont en général des consommations quotidiennes, contrairement aux sujets jeunes qui préfèrent une consommation festive. Cependant, cela peut être aussi proposé lors de repas festifs et donc une consommation plus importante peut être rapportée ;
- Il peut venir également de l'extérieur, soit être amené par les familles, les amis, des professionnels de santé, d'autres résidents ou être acheté par le résident s'il est valide. C'est souvent une consommation cachée faite dans la chambre du résident ;
- Pour les plus autonomes, une consommation à l'extérieur, dans un bar par exemple, peut être envisagée (92).

De plus, en fonction des établissements, l'alcool peut être ou ne pas être autorisé à table. Dans certains établissements, il peut même être prescrit par le médecin.

Ces différents modes d'accès à l'alcool peuvent entraîner des complications. Nous pouvons imaginer qu'un résident présentant des troubles cognitifs puisse consommer tous les verres d'une table ou un pichet entier et présenter des troubles du comportement difficiles à gérer et à comprendre par les équipes soignantes. Cet exemple peut déboucher sur une prescription de traitements psychotropes (ou à une majoration du traitement), potentiellement iatrogènes.

De plus, dans cette population, le risque de complications liées à l'alcool apparaît souvent dès le premier verre compte tenu souvent de l'âge élevé, des nombreuses comorbidités et des poly-médications.

Dans une étude réalisée dans la Marne, dans 19 EHPAD, correspondant à 2385 résidents évalués et un âge moyen de 86 ans, 83% des personnes âgées consommaient cinq médicaments et plus. Les antidépresseurs étaient la classe médicamenteuse la plus prescrite (47%). Les psycholeptiques arrivaient en seconde position (100). Les interactions médicamenteuses avec l'alcool sont donc à prendre en compte lors de la prise en charge

d'une personne âgée en EHPAD et il est également intéressant pour le médecin traitant de réévaluer l'intérêt de tous les médicaments pris par son patient. En effet, le réflexe « iatrogénie » fait partie du programme « bien vieillir » (cf. I.2.1.2.).

I.3.2.4. Quelles sont les problématiques soulevées par une consommation d'alcool dans les EHPAD ?

L'entrée en institution crée une nouvelle dynamique chez la personne, passant d'une relation purement familiale à une relation étroite avec le personnel soignant de l'EHPAD. L'alcoolisation de la personne âgée en institution peut engendrer différentes réactions de la part des soignants allant de l'exclusion à l'acceptation. De plus, elle est souvent méconnue pendant de nombreuses années car il s'agit d'un sujet tabou.

I.3.2.4.1. Problématiques pour les soignants

La notion de souffrance en lien avec la consommation d'alcool est souvent négligée dans cette tranche d'âge. Le manque de connaissance et les représentations négatives que le soignant s'est fait à partir de son regard sur l'alcool entraîne une dénégation et donc une limitation de l'accès aux soins (101). Il semblerait qu'environ un tiers des sujets âgés en souffrance avec l'alcool soit identifié et seulement un dixième abordé avec les soignants (102). C'est donc le reflet des difficultés que les soignants peuvent rencontrer pour aborder ce sujet.

Généralement, le vieillissement associé à une consommation d'alcool, ne diminue pas les souffrances physiques et psychologiques. Nous ne pouvons donc pas accepter une consommation d'alcool sous prétexte qu'elle est soi-disant bénéfique et qu'« il ne reste pas longtemps à vivre au sujet âgé » (92). En effet, la notion de « dernier plaisir » est souvent mise en avant par les soignants, ce qui constitue souvent un raccourci sur les modalités de consommation chez la personne âgée. Une tolérance de consommation d'alcool est souvent acceptée chez la personne âgée contrairement à la consommation chez le sujet jeune. Certains auteurs pensent à tort que le risque de développer des complications est quasi nul à partir d'un certain âge (cf I.2.5.).

De plus, les effets « bénéfiques » psychoactifs de l'alcool diminuent lors d'une alcoolodépendance pour laisser place à des souffrances physiques, psychiques et sociales. La problématique qui en découle pour les soignants est de pouvoir proposer à une personne âgée un sevrage d'alcool dans ce contexte théorique du dernier plaisir et donc prendre en charge l'éventuelle souffrance des conséquences de sa consommation. Les attitudes des soignants peuvent donc être l'évitement ou le déni de cette consommation. Les soignants peuvent également mettre en place des sortes de punitions ou d'interdictions de sortie pour la personne qui consomme de l'alcool. Au contraire, dans certaines situations, les soignants et la famille peuvent s'allier envers le résident, pour tenter de le « ramener » à un meilleur

comportement grâce à une consommation d'alcool raisonnée. Aucun établissement ne peut prétendre d'en être préservé (102).

I.3.2.4.2. Problématiques pour les résidents et les familles

La société semble accorder peu d'intérêt à la problématique alcoolique chez le vieillard. La famille peut d'ailleurs avoir différentes attitudes, allant de la complicité dans la consommation d'alcool avec ses aînés ou au contraire un refus catégorique d'une consommation. Elle peut également attendre de la mise en institution un contrôle de la consommation d'alcool qui semblait difficile à gérer au domicile.

Lors de la mise en institution, le sujet âgé doit faire le deuil du « chez soi ». Il va devenir dépendant d'une institution. Ce changement est souvent vécu de manière négative auquel s'ajoutent la dégradation de l'image de soi et la perte de ses proches, ce qui induit une véritable « blessure narcissique » (92). La consommation d'alcool peut donc être présentée comme un moyen de lutter contre cette situation d'entrée en EHPAD et le syndrome dépressif qui peut en découler. Néanmoins, il arrive souvent de rencontrer des personnes âgées vivant en EHPAD présentant un syndrome dépressif non traité, essayant de s'auto-médiquer avec l'alcool. De même lors d'un sevrage, le syndrome dépressif chez la personne âgée peut perdurer. Ce changement de vie chez l'aîné peut donc entraîner une véritable souffrance qu'il faut rechercher.

I.3.3. Faut-il interdire l'alcool en institution ?

Il est important de rappeler que toute personne âgée consommant de l'alcool ne présente pas une souffrance en lien avec sa consommation. A priori, il n'y a donc pas de raison d'interdire l'alcool en maison de retraite à condition de respecter certaines règles et de ne pas méconnaître une éventuelle souffrance (102).

L'alcool fait partie intégrante de notre histoire et de notre culture depuis de nombreux siècles (cf. I.1.2.) et il est peu probable que cela change à l'avenir. Par contre, ce qui va changer, c'est que le nombre de personnes âgées va augmenter et en conséquence le nombre de résidents en EHPAD. Nous pouvons donc penser que les problèmes liés à l'alcool vont s'aggraver et que la question de l'interdiction de l'alcool en institution semble primordiale.

Pour répondre à cette question, il faut savoir qu'en donner une seule réponse est impossible. Dans un premier temps, nous pouvons nous référer au texte de loi et notamment à la loi du 4 mars 2004 du code de la santé publique qui dit que : « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix (...) La vie privée se définit tout d'abord au regard de l'identité du sujet qui ne se réduit pas à son état civil, mais s'étend à sa personnalité, son histoire, sa culture, son exercice professionnel passé

ou présent, sa scolarité, ses habitudes de vie, ses liens familiaux ou sociaux, ses convictions philosophiques ou religieuses » (103). C'est la notion de liberté individuelle.

Les situations qui justifient une restriction des droits d'une personne sont définies par la nécessité de soins sans consentement. La Haute Autorité de Santé propose pour apprécier la sévérité des troubles mentaux de rechercher un risque suicidaire, un risque d'atteinte potentielle à autrui, une prise d'alcool ou de toxique, un délire, des hallucinations, des troubles de l'humeur et un degré d'incurie. Elle recommande également de tenir compte de facteur de dangerosité lié au cumul de facteurs de risque, notamment l'âge supérieur à 75 ans (104) ; ce qui peut être présent dans certaines alcoolisations aiguës du sujet âgé.

L'autre notion importante pour répondre à cette question est l'obligation de soins et de sécurité dans tout établissement hospitalier ou médico-social (101). Comme nous l'avons déjà abordé auparavant, la consommation d'alcool chez la personne âgée peut entraîner de lourdes conséquences somatiques et psychiatriques ainsi que des interactions avec de multiples médicaments. Les effets d'une alcoolisation aiguë peuvent entraîner une « levée d'inhibition », pouvant induire des comportements inappropriés. Parfois, il peut même exister un trou de mémoire responsable par la suite de troubles anxieux.

L'alcool peut également avoir un effet relaxant, permettant au sujet de faire face à des situations de stress à répétition vécues en EHPAD. La fin de vie approchant, le deuil du conjoint, la solitude, les carences affectives sont des facteurs de souffrance chez la personne âgée (103).

La consommation d'un verre de vin fait souvent partie des mœurs. C'est un moment convivial et cela peut faire partie des habitudes sociales d'intégration dans un groupe. La fonction sociale de l'alcool en institution est ici mise en valeur. Parfois, dans les représentations communes, un alcool tel que le vin ou la bière n'est pas réellement considéré comme de l'alcool, en comparaison aux « alcools forts » (79).

Dans une étude aux États-Unis, plus de la moitié des résidents avaient été autorisés à une consommation d'alcool dans leur établissement. Près de 80% de ces institutions avaient réussi à avoir des informations sur la consommation de leurs résidents (quantité de boisson, type de boisson...) (99). Cela sous-entend que les établissements peuvent autoriser l'alcool tout en essayant de contrôler les quantités consommées. D'après cette enquête, une certaine confusion pouvait néanmoins exister entre les différents établissements : certains exigent du personnel qu'il stocke et délivre l'alcool selon un protocole comme la délivrance des médicaments, d'autres autorisent l'alcool pendant des « heures de cocktail » pour sociabiliser les résidents. C'est donc un exemple de vision contradictoire entre l'alcool en tant que drogue et l'alcool en tant que boisson sociale. Plus de la moitié des structures demandaient l'accord

du médecin avant de servir de l'alcool aux résidents (99). Les établissements interdisant l'alcool ont tout de même reconnu la possibilité de consommation d'alcool lors de sortie.

Le problème de l'alcool en institution pose également une question environnementale : Faut-il regrouper les patients abstinentes avec les patients buveurs ? Les séparer induit une sorte de répartition entre buveurs et non buveurs. Les mettre ensemble peut inciter un ancien buveur à consommer de l'alcool. Ce problème de choix de place à table touche une nouvelle fois à la liberté de choisir.

Il semblerait qu'une restriction individuelle chez les patients présentant des troubles de l'usage d'alcool avec des complications soit plus bénéfique qu'une restriction collective. Cela implique un projet de soin avec le résident, l'ensemble des professionnels de santé et la famille. Il doit exister une cohérence relationnelle dans les équipes de soin pour une prise en charge optimale, étant donné que le sujet âgé doit déjà lutter contre son problème d'addiction. Cette stratégie permet également d'éviter la consommation clandestine d'alcool.

Pour conclure, il semble essentiel de trouver un juste milieu. Il existe une confrontation entre deux droits fondamentaux lors de l'admission en EHPAD : d'une part, la personne bénéficie pleinement de ses droits, du respect de sa dignité et d'une liberté de choisir et d'autre part, l'établissement doit garantir une sécurité aux différents résidents. C'est donc un équilibre entre sécurité et autonomie (105). Ainsi, une discussion avec un projet de soins entre le résident et les intervenants en EHPAD est indispensable. Un compromis entre le règlement propre à chaque EHPAD et une souplesse d'organisation pour pallier les besoins des résidents semble être un bon accord.

I.3.4. Prise en charge de l'alcoolodépendance en institution

Il semble impossible de reproduire la prise en charge ambulatoire ou hospitalière du sevrage du patient alcoolique au résident d'EHPAD. Nous aborderons dans un premier temps les barrières de cette prise en charge, puis nous nous intéresserons aux particularités de cette prise en charge que ce soit dans l'objectif d'une abstinence à l'alcool ou d'une diminution de la consommation.

I.3.4.1. Les difficultés de prise en charge en établissement

Ces groupes de personnes âgées génèrent de grandes difficultés chez les soignants. C'est en effet un sujet tabou et par conséquent difficile à aborder avec nos aînés. L'alcoolisme étant sous-diagnostiqué, il est donc sous-traité. L'offre de soin reste malheureusement faible, par fatalisme et pessimisme des soignants (106). D'une part, il existe souvent un manque de considération de la part des soignants et donc une démarche dite palliative participant aux difficultés de prise en charge du patient alcoolique et entraînant un déni vis-à-vis de la

consommation d'alcool. D'autre part, il ne faut pas étiqueter trop rapidement un patient alcoolique sous prétexte qu'il présente des antécédents d'alcoolodépendance.

Une enquête téléphonique (111 entretiens téléphoniques), réalisée dans un état d'Amérique du Nord, a permis de retrouver qu'il existe un contraste entre les problèmes d'alcool chez les résidents et la fréquence de ces problèmes identifiés, suggérant une forte tendance du personnel des EHPAD à ne pas reconnaître les problèmes d'alcool des sujets âgés. Trois quart des répondants ont indiqué qu'aucun membre du personnel de leur établissement n'a reçu de formation spécialisée en matière d'alcool (99). Un autre résultat intéressant est qu'un peu plus de la moitié des établissements recueillait des informations sur l'alcool au moment de l'admission dans l'établissement. Presque toutes les personnes interrogées reconnaissaient que l'alcool est une maladie. Ces mêmes personnes n'ont pas indiqué qu'un nombre significatif de résidents souffraient de problèmes à cause de l'alcool. Pourtant, lorsque ces personnes ont été interrogées de manière indépendante sur les problèmes liés à l'alcool en général, la majorité a reconnu qu'ils connaissaient les facteurs de risque pouvant entraîner une consommation problématique. Cette incohérence entre le modèle de la maladie et le modèle social de la consommation d'alcool participe certainement au faible niveau de prise en charge. Il faut donc tenir compte des multiples influences de l'alcool, en tant qu'amélioration de l'interaction sociale, en tant que moyen d'automédication dans la douleur, en tant qu'antidote inefficace à la dépression et à la solitude et en tant que dépendance.

Une autre barrière dans la prise en charge du résident en EHPAD est le respect de l'âge. L'image que l'on se fait de l'aîné est d'une part celle de la sagesse, la transmission du savoir et d'autre part, celle de la fragilité, de la dépendance. Effectivement, il n'est pas facile de traiter de ce sujet chez les sujets âgés qui peuvent nous renvoyer à notre propre vécu avec nos parents ou nos grands-parents. Notre histoire de vie avec l'alcool peut également être un frein à une prise en charge adéquate. Il est très souvent relaté un manque de connaissances et de formations des soignants pour faire face à ses situations (92).

De plus, la tolérance à l'alcool est moins bonne avec le vieillissement et les complications telles que des chutes sont plus fréquentes chez la personne âgée consommant de l'alcool. Les anciennes habitudes de consommation qui ne présentaient pas de difficulté à l'âge adulte peuvent devenir problématiques avec l'avancée en âge. Donc, même lorsque les habitudes de consommation ne suggèrent pas un problème de dépendance, les sujets âgés peuvent avoir des risques importants pour leur santé et engendrer des complications. Il est important de rappeler qu'une consommation excessive d'alcool peut mimer une pathologie somatique ou cognitive et qu'il est donc essentiel de rechercher un trouble de l'usage d'alcool.

I.3.4.2. Quelles sont les mesures à mettre en place dans les institutions ?

Reconnaitre la souffrance face à l'alcool constitue un premier pas vers les soins. Les problèmes d'alcoolisation sont souvent reconnus qu'au moment des complications psychiques et physiques.

Il est recommandé que lors de toutes complications chez le sujet âgé, le médecin doit évaluer le niveau de dépendance à l'alcool notamment lors de troubles du caractère, d'une irritabilité, de troubles de l'humeur, de l'anxiété, de troubles du sommeil, de troubles du comportement, de l'agressivité, d'une dénutrition, de chutes, de douleurs chroniques, de difficultés sociales, d'une incapacité dans les actes de la vie quotidienne ou des effets imprévisibles à certains médicaments (92).

Le médecin traitant a donc un rôle central dans cette démarche. Un dépistage clinique est donc essentiel avec un interrogatoire complet. Les marqueurs biologiques semblent être encore moins spécifiques que chez le sujet plus jeune et sont donc peu utiles dans cette reconnaissance de souffrance d'une consommation d'alcool.

Nous pouvons également être aidés par certains questionnaires, déjà cités auparavant (cf I.2.2.3.). Les infirmiers et de manière plus générale les équipes paramédicales des EHPAD sont également une aide précieuse dans ce travail de dépistage. En effet, l'infirmier peut entretenir une relation privilégiée avec les résidents de par son contact quotidien et des soins prodigués. Un travail multidisciplinaire est donc indispensable dans cette prise en charge.

Les personnes âgées ayant des problèmes d'alcool n'ont pas forcément l'aide des soignants, non pas par refus de soins ou par négligence, mais par difficulté d'en parler (102). La réponse, souvent maladroite, apportée par le soignant va de la permissivité, c'est-à-dire l'ignorance vis-à-vis des alcoolisations et ses complications, à la coercition, qui peut prendre la forme de punition ou d'exclusion de l'établissement (94).

Il ne faut pas avoir une représentation négative de la consommation d'alcool chez la personne âgée, sinon, nous aurons tendance à la négliger. Une des démarches parfois adoptées à ne surtout pas reproduire consiste à prendre en charge seulement le trouble cognitif du sujet âgé grâce à des thérapeutiques ou le menacer d'exclusion de la structure si sa consommation est excessive, sans prendre en charge le patient dans sa globalité.

Une prise en charge globale comprend une prise en charge somatique avec la recherche des atteintes liées à l'alcool, psychologique, dans le but d'améliorer son bien-être, iatrogénique en prenant en compte les associations entre l'alcool et les médicaments et enfin sociales. Il est important d'aller rechercher avec le patient l'historique de son alcoolisation ce qui permettra de retrouver le ou les facteurs déclencheurs de cette consommation d'alcool. Il

peut également être intéressant de travailler sur l'évaluation des risques encourus ainsi que les conséquences individuelles et collectives.

Lors d'un sevrage en alcool, il est préférable de le réaliser directement dans l'EHPAD en fonction de la capacité de l'établissement à pouvoir le faire. Les services hospitaliers pour la prise en charge des addictions ont montré leurs limites dans cette tranche d'âge, car les cures durent 4 à 5 semaines et peuvent perturber profondément le patient. Une prise en charge par des équipes de gériopsychiatrie peut être une alternative, car elles sont plus compétentes dans la prise en charge globale du sujet âgé. Une prise en charge psychothérapique peut également aider le patient avec comme objectif final une amélioration de l'image de soi.

Une prescription de benzodiazépine peut être envisagée initialement. Elle doit être limitée dans le temps et être réévaluée tous les jours, pour limiter l'apparition des effets secondaires. L'hyperhydratation n'est pas nécessaire chez la personne âgée (92).

L'abstinence est la règle chez le patient alcoolodépendant. Lors d'un usage nocif d'alcool chez la personne âgée, l'abstinence n'est pas forcément nécessaire, une diminution de la consommation d'alcool peut être un objectif c'est-à-dire une consommation contrôlée selon les recommandations chez la personne âgée.

Cette prise en charge globale est également une prise en charge individuelle, adaptée à chaque patient. Le rôle des soignants des EHPAD est donc indispensable car ils ont souvent tissé un lien avec les résidents permettant une aide précieuse dans le sevrage et dans le maintien de cette abstinence. De plus, il est important que toute l'équipe connaisse les projets de soin d'un résident, car cela permet par exemple d'éviter de proposer un verre de vin à table chez un patient abstinent. L'institution peut donc être une aide au maintien de l'abstinence accompagnée de l'entourage familial et amical, voire même d'autres résidents, qui doivent être inclus dans le projet de soins quand cela est possible. Les groupes d'échange peuvent être difficiles à mettre en place chez les personnes âgées (comme par exemple les alcooliques anonymes).

Il doit donc exister une véritable cohésion entre l'équipe soignante, permettant de mettre en place un travail commun au sein de l'établissement. Malheureusement, il n'y a que peu de formation à ce sujet pour les différents acteurs de santé. Il est admis qu'il pourrait être intéressant qu'au moins un membre du personnel soit formé pour pouvoir délivrer les informations utiles aux résidents et aux autres soignants.

De plus, la prévention globale est au centre de cette prise en charge. En effet, il convient de rechercher et de prendre en charge les pathologies liées au vieillissement (par exemple la diminution de certaines capacités sensorielles), les états dépressifs, en lien parfois

avec des situations de deuil, ce qui permettra d'éviter la recherche des effets euphoriques et de la levée d'inhibition de l'alcool. Le projet de vie à l'entrée en institution devrait également être abordé.

D'après l'étude réalisée par Merrick et ses collaborateurs aux États-Unis, il est important de connaître les populations à risque de consommation d'alcool en maison de retraite pour pouvoir leur proposer un dépistage et des informations individuelles (95). Il est recommandé de cibler les habitudes de consommation chez ces patients. Par exemple, si la consommation se situe au moment des repas, il faut proposer une intervention et une éducation dans ces lieux. Il faut donc aider la personne à prendre conscience des risques de la consommation d'alcool car très souvent les sujets âgés définissent la consommation excessive supérieure aux recommandations de la NIAAA (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*). Un dépistage universel dans les EHPAD peut également être réalisé.

Pour finir, si une consommation d'alcool pour un résident est acceptée dans un établissement, il faut que toute l'équipe soit en accord avec cette décision. Il est en effet inconcevable que certaines personnes d'une équipe acceptent une consommation d'alcool et que d'autres la punissent. C'est donc un travail de discussion, avec comme objectif final, que le résident puisse « bien vieillir ».

II. Protocole de 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.

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 et somatiques, à la consommation de psychotropes, aux troubles cognitifs et à la recherche d'une perte d'autonomie, en comparant toutes ces données entre les consommateurs et non-consommateurs d'alcool.

Cette partie traitera donc de la description de l'étude et de son protocole, 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 (79). 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 (7,59,76).

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% buvaient 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 (34). 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 à propos de leur consommation excessive et 27% avaient une dépendance probable.

Dans notre département, selon une pré-étude réalisée en 2011 (107), 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 (108). Le fait de voir dans l'avancée en âge une permission à la consommation est un paradoxe et ne peut qu'aggraver une dégradation physique et cognitive (108).

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 poly-médication, entre autres) (cf 1.2.2.2.). Ces principales complications sont les chutes et traumatismes, les états confusionnels et les troubles psycho-comportementaux. De même, l'ivresse délirante serait plus fréquente (76). 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 (109), 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 (34). 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 (18,110).

On estime que 30 000 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 (76).

Le vieillissement amène des modifications physiologiques et est corrélé à une poly-pathologie 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 (61,102).

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 (102). Comme en ambulatoire, l'alcool est la substance psychoactive que peut 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 (102).

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 (102). Cependant, le chiffre global de 10 à 20% est le plus souvent retenu (92). 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 (101).

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 (97).

Interdire l'alcool dans les institutions ? Deux notions s'affrontent : la liberté individuelle inscrite dans la loi du 4 mars 2004 et la notion d'obligation de soins et de sécurité dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux (101). D'après Porcheron et ses collaborateurs (103), 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 (111).

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 (29,61,77,109,112,113). 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'études 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 les modalités de recrutement. La dernière partie permettra d'évoquer les échelles utilisées tout en justifiant de 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 4). 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'exclusion, 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 de non-inclusion auront été appliqués. Il s'agit en effet 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 présente des critères d'inclusion et de non-inclusions proches des nôtres, seulement 46% des sujets en établissements étaient finalement incluables ; ce qui représenterait par rapport au nombre de lits initial (3223) uniquement 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 et 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 4 : 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 de non-inclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été élaborés pour être les plus représentatifs possibles de la population française vivant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Nous nous sommes également inspirés 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 dans le département de la Haute-Vienne, depuis au moins 6 mois ;
- Vivant en EHPAD où leurs résidents peuvent avoir accès à une consommation d'alcool ;
- Avoir un score au MMSE (*Mini-Mental State Examination*) 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 ;
- Les sujets pour lesquels la communication orale impossible ;
- Les sujets en 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 d'évaluation

Lors de la conception de cette étude, nous souhaitions 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 (Annexe 1). 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 seuil 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 2) (91). Il permet de couvrir plusieurs dimensions : les consommations, les comportements qui y sont associés mais également les problèmes induits. Les états de dépendance mais également les consommations à risque sur les 12 derniers mois peuvent être aisément repérés. Le questionnaire permettrait de détecter des formes moins sévères d'alcoolisme, ce qui peut être le cas chez le sujet âgé. Il a montré une validité dans plusieurs pays et cultures différentes (67). 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, et respectivement de 95% et 85% pour les personnes ayant eu un problème dans l'année passée (67).

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 (68). 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*) (114). Il a également été validé pour le dépistage des consommations à risque et de la dépendance chez les personnes présentant des troubles psychiatriques (114,115). 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 (116). Dans cette population, sa sensibilité serait de 66,7% et sa spécificité de 95,3% pour un *cut-off* situé à 8 (116). Ces auteurs le classent 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 (116). Chez les vétérans âgés, il a été trouvé, en revanche, une supériorité du MAST (version gériatrique) et du CAGE par rapport à l'AUDIT (117). 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 3). 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 (118). 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 2 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 (119).

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 4) (120). 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 (121).

Conçue au début des années 1990, la grille AGGIR (Annexe 5) permet d'évaluer l'autonomie 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 (122). 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 (123).

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 l'étude, 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 leur consentement.

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

Premièrement, l'âge, le sexe, le niveau d'études et la profession antérieure du participant 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 1). Les personnes obtenant un score inférieur à 15 seront exclues d'office.

Afin de comparer l'autonomie et la dépendance 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.

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 serait 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. À partir de ces résultats, le pourcentage de sujets consommateurs d'alcool en EHPAD sera calculé.

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

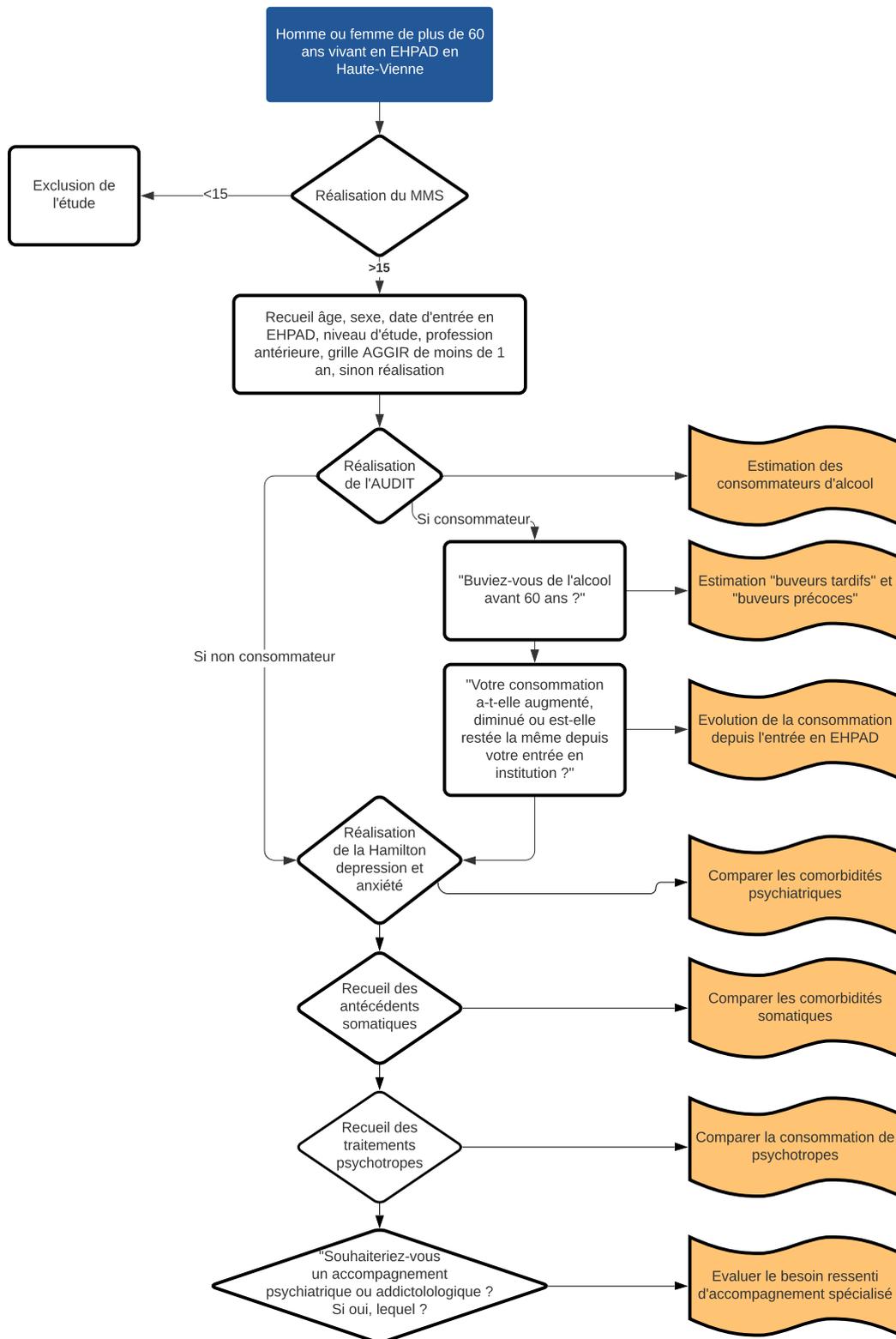


Figure 18 : Résumé du déroulement de l'étude ConsoEHPAD

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 1 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 sources 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 5 : 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 Dépression</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'études 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 en cas d'absence ou de grille trop ancienne ;
- 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 : cardio-vasculaires, 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, antidépresseurs, antipsychotiques) ;
- 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 et 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 de l'étude

Cette étude n'a malheureusement pas pu être réalisée à cause du contexte sanitaire actuel. Nous ne pouvons donc pas présenter les résultats de l'étude dont le protocole vient d'être décrit. Néanmoins nous pouvons discuter et critiquer la méthodologie utilisée, aborder les différents biais potentiels de cette étude, ainsi que les perspectives d'avenir.

II.7.1. Au regard de la littérature internationale

L'abus d'alcool est responsable de 49 000 décès par an en France (15). Le Limousin fait partie des régions où la consommation d'alcool est la plus élevée. La consommation excessive d'alcool est responsable de nombreuses répercussions somatiques, psychiatriques, familiales et sociales. L'alcoolisation chez la personne âgée est un véritable problème de santé publique compte tenu de l'expansion démographique dans cette tranche d'âge. L'alcool est la drogue la plus consommée par les sujets âgés.

L'étude PAQUID a permis de montrer que plus de 40% des personnes de plus de 65 ans consommaient $\frac{1}{4}$ de litre de vin et environ 15% $\frac{1}{2}$ litre ou plus de vin par jour (11).

Plusieurs études aux États-Unis ont permis de proposer des recommandations sur la consommation d'alcool à ne pas dépasser chez les personnes âgées, du fait d'une diminution de la tolérance d'alcool avec le vieillissement : les limites de consommation d'alcool sont d'un verre par jour (sept verres par semaine) et de maximum trois verres en une seule occasion (124).

À partir de 75 ans, les études sur la consommation d'alcool sont quasi-inexistantes car les problèmes d'addiction sont souvent dissimulés. Pourtant les complications chez les personnes âgées sont présentes à des taux d'alcoolémie bien plus faibles que chez l'adulte.

La prévalence de la consommation d'alcool chez la personne âgée vivant en EHPAD est donc peu évaluée du fait de la difficulté pour la dépister et du fait d'une population très hétérogène. Les chiffres avancés sont de l'ordre de 10 à 20%, mais ils peuvent atteindre jusqu'à 70% dans certaines études, probablement dû aux différentes méthodologies utilisées (94). L'une des seules études que nous avons retrouvée dans la littérature scientifique en France, réalisée dans huit EHPAD du Nord Pas-de-Calais en 2005, a permis de déterminer qu'environ 68% des résidents consommaient de l'alcool de manière quotidienne et 18% plus de trois verres standards par jour (94). Une autre étude réalisée en Loire-Atlantique en 2004 a retrouvé des chiffres assez similaires avec 15% des résidents qui consommaient plus de trois verres par jour. Dans cette même étude, le questionnaire AUDIT modifié (les items concernant le retentissement professionnel ont été remplacés par des items concernant la consommation festive) a été utilisé et il a été déterminé que 40% des résidents présentaient une consommation excessive et 9% une alcoolodépendance (96). Néanmoins, cette étude a été faite sur un petit échantillon, ainsi notre protocole pourrait déterminer si les chiffres avancés par cette étude sont fiables.

De plus, il apparaît dans de nombreuses études un manque de formation de la part des médecins et des soignants pour aborder le sujet de l'alcool avec la personne âgée, ce qui se traduit par des difficultés à repérer la souffrance des aînés consommant des boissons alcoolisées. Les problèmes d'alcoolisme chez la personne âgée étant sous-diagnostiqués, ils sont donc sous-traités. En effet, dans une étude française, 75% des médecins généralistes interrogés déclarent ne pas être à l'aise pour aborder ce sujet (80). Dans ce contexte, la prévention primaire est peu réalisée. En institution, les répercussions d'une alcoolisation peuvent être tolérées, négligées ou déniées par les soignants. Une étude réalisée dans la région Centre Val de Loire en 2018, a révélé que les soins prodigués aux résidents sont de plus en plus lourds, ce qui réduit les interactions sociales avec ces derniers. Néanmoins, les soignants avouent s'impliquer pleinement dans leur travail et « aimer leur métier » (87). Le manque de formation et le temps restreint avec les résidents sont donc préjudiciables pour une prise en charge globale du patient souffrant d'une consommation d'alcool anormale.

Enfin, une étude nord-américaine a montré l'intérêt de connaître les populations à risque de consommer de l'alcool en maison de retraite pour pouvoir leur proposer un dépistage et des informations personnalisées (95).

II.7.2. Au regard de la méthodologie du protocole de recherche

Nous l'avons abordé précédemment, peu de travaux se sont intéressés à la consommation d'alcool chez la personne âgée vivant en EHPAD. Pourtant elle ne semble pas anecdotique, l'alcool étant la substance la plus consommée par les personnes âgées. Les quelques études réalisées ont été faites sur des échantillons de petite taille et donc elles ne sont pas forcément représentatives de la population générale vivant en maison de retraite. De plus, il s'agit d'une population rarement interrogée.

II.7.2.1. Échelles et questionnaires

L'étude la plus comparable à la nôtre et la plus importante réalisée ce jour est l'étude de Leurs et ses collègues, faite dans 8 EHPAD du Nord Pas de Calais en 2005. Il a été retrouvé que 18,2% des résidents présentaient une consommation excessive supérieure à 3 verres standards par jour (94). Ce chiffre a été obtenu à l'aide d'un questionnaire destiné aux résidents où différents items étaient abordés comme le tabagisme, la fréquence des sorties à l'extérieur de l'établissement, la fréquence des visites des proches, la consommation d'alcool classée en nombre de verres standards consommés par jour et le lieu des consommations alcooliques.

La difficulté à décrire la consommation d'alcool chez l'adulte et plus précisément chez la personne âgée nécessite l'utilisation de questionnaires spécifiques pour pouvoir quantifier correctement cette consommation en utilisant une même méthodologie et en pouvant comparer les résultats d'un pays à l'autre (125).

Ainsi nous avons décidé d'utiliser l'AUDIT dans notre étude pour répondre à notre objectif principal car c'est un questionnaire validé, reproductible et relativement simple d'utilisation. Néanmoins, d'après différents travaux, il n'est pas totalement adapté chez la personne âgée (117,124). En effet, les trois premières questions s'intéressent aux quantités consommées. Or, il semblerait qu'elle soit moins discriminante chez le sujet âgé. La dangerosité de l'alcool dépendrait plus des comorbidités et de la poly-médication.

De plus, les modalités de consommation évoluent chez le senior, passant de ponctuelles en grande quantité à quotidiennes en quantité plus faible. Malheureusement dans l'AUDIT qui est axé sur l'usage et ses conséquences, ces critères ne sont pas pris en compte (126). De plus, étant donné qu'il évalue la consommation sur les douze derniers mois, cela suppose une stabilité de la consommation, ce qui n'est pas toujours le cas. Il peut être utile de s'intéresser davantage aux réponses aux questions, plutôt qu'au score obtenu qui semble peu valide chez la personne âgée. D'après les recommandations américaines, le seuil chez la personne âgée serait inférieur à l'adulte, c'est-à-dire maximum un verre standard par jour (sept verres par semaine) et pas plus de trois verres en une seule occasion (37).

Les principales limites de cet auto-questionnaire sont :

- La peur du jugement ;
- Le déni ;
- La méconnaissance du verre standard ;
- Les difficultés pour quantifier la consommation d'alcool.

L'ARPS, créé par Arlène Finck, a tenté de répondre à ces défauts. Ce questionnaire de 60 questions inclut six questions de l'AUDIT et s'intéresse au statut médico-psychiatrique et aux traitements des patients. C'est ce que nous avons essayé de reproduire dans notre protocole, en ajoutant une échelle validée pour la dépendance de la personne âgée, des échelles de dépression et d'anxiété, le recueil de comorbidités somatiques ainsi que les traitements pris par le sujet âgé. L'ARPS n'est pour le moment pas traduit en français et n'est pas facile à utiliser car il nécessite un logiciel informatique (127).

Le MMSE a été utilisé pour l'inclusion des résidents en EHPAD. Il a l'avantage d'être un bon moyen d'évaluer rapidement l'état cognitif d'une personne. Il n'exige ni un examinateur spécialisé ni des circonstances particulières d'examen. Il est largement utilisé dans la littérature médicale (128). Leurs et ses collaborateurs avaient choisi cette même échelle pour leur étude avec un score supérieur ou égal à 15 pour l'inclusion des résidents, ce qui nous permet de nous accorder sur la méthodologie de recherche de la plus grande étude déjà réalisée en France. Il a également été décidé d'utiliser ce *cut-off* car il nous semble que c'était un bon compromis pour que le résident ait la capacité de réaliser par la suite l'auto-questionnaire AUDIT. C'est une bonne échelle pour le dépistage des troubles cognitifs, mais elle est beaucoup moins performante pour réaliser un diagnostic spécifique.

Le « *Montreal Cognitive Assessment* » (MoCA) aurait également pu être utilisé. C'est un test rapide à utiliser, qui permet de dépister les atteintes neurocognitives légères. La spécificité de ce test est néanmoins moins bonne que le MMSE. Il permet donc de dépister une atteinte plus légère de troubles cognitifs (128). D'autres questionnaires peuvent être cités comme le « *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised* » (ACE et ACE-R), qui sont des tests plus longs à mettre en place et relativement récents pour lesquels il manque encore d'étude pour évaluer leurs forces et leurs limites (128). Le BEARNI (*Brief Evaluation of the Alcohol-Related Neuropsychological Impairments*), qui a été développé pour le dépistage des troubles neuropsychologiques suite à l'alcoolodépendance, a une faible spécificité pour les troubles neurocognitifs légers et a donc tendance à les surestimer (129).

La grille AGGIR a également été utilisée dans notre étude pour évaluer le niveau de dépendance des personnes âgées vivant en institution. C'est l'échelle utilisée pour attribuer

l'APA et son test est généralement réalisé lors de l'entrée en EHPAD. Il nous a donc semblé que c'était l'échelle la plus facile à mettre en place dans notre protocole. Elle est parfaitement validée pour mesurer l'état de dépendance. Nous pouvons néanmoins reprocher à cet outil le manque d'intérêt pour évaluer l'environnement matériel et humain de la personne et une reproductibilité moyenne (130). Elle a été également largement critiquée car elle a été conçue à partir d'une étude faite en milieu hospitalier, puis étendue au patient vivant à domicile sans aucune confirmation scientifique dans un but de gestion des ressources sanitaires (131). Nous avons choisi de la refaire si elle datait de plus d'un an, pour que l'évaluation de l'état de dépendance de la personne âgée soit la plus fiable possible.

D'autres échelles auraient pu être utilisées : l'évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL), utilisée dans l'étude de Leurs et ses collègues, qui nécessite un temps de passation d'environ cinq minutes. Néanmoins, elle est plutôt utilisée pour une évaluation de la dépendance modérée et pour des personnes vivant à domicile (132). L'indice de Katz (ou échelle des activités de la vie quotidienne), est un outil parfaitement validé par la communauté scientifique internationale et reproductible pour évaluer le niveau d'autonomie de la personne âgée. Nous pouvons reprocher à cette échelle de ne pas tenir compte des déplacements (131). L'index de Barthel est plutôt utilisé pour le suivi de l'évolution de la dépendance d'un patient, notamment pour les maladies neurologiques (132).

Concernant l'évaluation de la dépression et de l'anxiété, nous avons choisi d'utiliser des échelles d'hétéro-évaluations, la *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) et la *Hamilton Anxiety Scale* (HAM-A). Ce sont des échelles fiables et reproductibles. Nous n'avons malheureusement pas trouvé d'article scientifique sur leur validité chez la personne âgée. La *Geriatric Depression Scale* (GDS) et la *Geriatric Anxiety Scale* (GAS) sont validées chez la personne âgée, mais ce sont des auto-questionnaires et nous voulions éviter les biais liés aux recueils déclaratifs.

Le recueil des antécédents somatiques permettra de comparer les comorbidités somatiques entre les buveurs et les non-buveurs. Il faut donc supposer que le dossier médical soit complété de façon exhaustive à l'entrée en institution et mis régulièrement à jour.

Quant au recueil des traitements psychotropes, il ne semble pas être contestable, étant donné que les ordonnances sont régulièrement renouvelées et que les examinateurs ont des connaissances sur les cinq classes thérapeutiques recherchées.

Les questions concernant les buveurs d'alcool sont « Buviez-vous de l'alcool avant 60 ans ? » et « Votre consommation a-t-elle augmenté, diminué ou est-elle restée la même depuis votre entrée en institution ? ». Elles permettent d'estimer la proportion de buveurs tardifs et précoces, ainsi que l'évolution de la consommation depuis l'entrée en EHPAD. Elles

ont l'avantage d'être simples à comprendre pour la personne âgée voire très âgée, courtes et sans ambiguïté. Elles ont comme principales limites, un biais de mémorisation, un déni et une peur du jugement.

Enfin, nous finissons ce protocole avec la question : « Souhaiteriez-vous un accompagnement psychiatrique ou addictologique ? Si oui, lequel ? » Cette question est une ouverture sur les différentes prises en charge que le sujet aîné pourrait évoquer. Nous pouvons penser que la personne âgée souhaite une prise en charge directement en EHPAD et donc pourrait évoquer la mise en place d'une équipe mobile gériatrique ou psychiatrique spécialisée en addictologie (92,102,106).

II.7.2.2. La population

Nous avons choisi de nous calquer sur l'étude de Leurs et ses collègues et d'inclure la population vivant en EHPAD à partir de 60 ans et non pas 65 ans, même si c'est l'âge le plus souvent avancé pour décrire les personnes âgées dans la littérature (94). Cela permet d'augmenter le nombre de personnes incluses dans cette étude. Néanmoins, ce choix peut également augmenter la prévalence de personnes consommant de l'alcool et entraîner un biais de sélection, car nous avons vu que les personnes plus jeunes consomment plus d'alcool.

De plus, les critères d'inclusion et de non-inclusion de notre étude sont peu restrictifs, ce qui permet de garder une large population et donc d'augmenter sa puissance. En mettant peu de critères restrictifs, nous diminuons les biais de sélection.

Ainsi, nous pouvons initialement inclure dans notre étude 3223 personnes. Néanmoins, en reprenant les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude de Leurs et ses collègues (94), assez proches des nôtres, seulement 46% des sujets en institution étaient finalement incluables, principalement à cause de troubles cognitifs, ce qui représentent pour notre étude 1482 personnes. De plus, il n'est pas certain que tous les médecins coordinateurs des EHPAD du département donnent leur accord pour la réalisation de cette étude, il en est de même pour les participants potentiellement ciblés. Nous sommes partis de l'hypothèse qu'un tiers des établissements répondra favorablement, ce qui correspond à environ 503 sujets. Cela constitue donc un important biais de sélection et donc il semble peu probable que notre étude soit représentative de la population générale en maison de retraite. Nous pouvons néanmoins imaginer que quasiment la moitié des sujets exclus ayant des troubles cognitifs sont plus dépendants et donc ont moins accès à l'alcool. Nous avons donc essayé de prendre un échantillon le plus représentatif possible de la population de personnes âgées vivant en EHPAD en Haute-Vienne.

II.7.2.3. Déroulement de l'étude

Nous avons voulu concevoir une étude simple et logique. La première question qui s'est posée à nous concernant le déroulement du protocole est sa faisabilité. Comme nous l'avons vu, nous avons estimé entre 300 et 500 sujets inclus dans notre étude en fonction de la population cible et des travaux déjà effectués. Elle devra être menée par deux internes sur une période d'environ trois mois.

Une première visite en EHPAD sera réalisée pour remettre les notes d'information aux résidents et pour répondre à leurs éventuelles questions. Cette première visite est également nécessaire pour réaliser un *screening* des participants. La deuxième permettra de récupérer le consentement des participants et de réaliser le questionnaire. Ces deux visites nous semblaient indispensables pour avoir la plus grande participation possible.

Afin de garantir la faisabilité de notre étude, l'URI du CH Esquirol pourra améliorer éventuellement la procédure de notre protocole.

II.7.3. Les biais de l'étude

Notre démarche résulte d'une étude épidémiologique descriptive, donc de faible niveau de preuve scientifique, présentant évidemment des biais.

II.7.3.1. Biais de sélection

Tout d'abord il existe plusieurs biais de sélection :

- Les personnes participant à l'étude ne sont pas représentatives de la population vivant en maison de retraite en France. De par nos critères d'inclusion et de non-inclusion, nous enlevons toutes les personnes ayant un MMSE inférieur à 15, c'est-à-dire présentant des troubles cognitifs modérément sévères à sévères. En reprenant la plus grande étude réalisée en France, cela correspond à quasiment la moitié des résidents des EHPAD ;
- Nous excluons également les maisons de retraites ne servant pas d'alcool à leurs résidents, ce qui constitue un autre biais de sélection. Nous n'avons pas retrouvé d'articles évaluant le pourcentage de maison de retraite n'autorisant pas l'alcool ;
- Le fait d'intégrer des résidents de 60 à 64 ans peut également être un biais de sélection. En effet, d'après l'OMS, cette tranche d'âge n'est habituellement pas l'âge retenu pour définir une personne âgée. Nous n'avons pas trouvé d'articles évaluant le nombre de personnes de 60 à 64 ans en EHPAD, néanmoins, nous pouvons penser qu'il est relativement faible.

- Un autre biais de sélection concerne le questionnaire qui nous permet de répondre à notre objectif principal, l'AUDIT. Étant un auto-questionnaire, il est soumis à un recueil déclaratif et le patient peut sous-estimer sa consommation par peur du jugement ou par déni. De plus, nous excluons secondairement les résidents n'ayant pas réussi à remplir l'AUDIT, ce qui constitue un autre biais de sélection. Néanmoins, il est probablement assez faible.

II.7.3.2. Biais de classement

Les biais de classement sont quasi inévitables, étant donné qu'aucun outil de mesure n'est parfait.

- L'AUDIT présente un biais de mesure. En effet, nous l'avons abordé auparavant, ce questionnaire a été validé pour évaluer la consommation d'alcool chez l'adulte. Son utilisation chez la personne âgée n'est pas totalement validée. D'après une étude australienne, sa sensibilité serait nettement diminuée chez la personne âgée (69). D'après plusieurs scientifiques, le score serait probablement inférieur à 8 pour définir un mésusage chez le sujet âgé.
- Le biais de prévarication fait partie des biais de classement. Le patient peut avoir honte et ne souhaite pas afficher sa consommation.
- L'AUDIT, évaluant la consommation sur les 12 derniers mois, peut présenter un biais de mémorisation. De même, les questions ouvertes sont soumises à ce biais, compte tenu du fait que le résident peut oublier involontairement des consommations d'alcool.
- Les objectifs secondaires présentent également des biais de classement car les échelles *Hamilton Depression Rating Scale* et *Hamilton Anxiety Scale* ne sont pas spécifiques de la personne âgée.
- Enfin, parmi les biais de classement, nous pouvons retrouver des biais liés au mode d'évaluation. En effet, pour les comorbidités somatiques, nous recueillons les antécédents médicaux dans le dossier. Cela suppose qu'il soit rempli correctement et mis à jour régulièrement.

II.7.3.3. Biais de confusion

Des biais de confusion auraient certainement pu être observés. Par exemple, les complications d'une consommation d'alcool peuvent être confondues avec celles liées à la vieillesse ou à d'autres problèmes d'addictions.

II.7.4. Résultats attendus

L'objectif principal de notre étude était de décrire l'usage de l'alcool chez la personne âgée résidant en EHPAD de la Haute-Vienne. Nous pouvons penser qu'elle nous aurait permis de vérifier avec un échantillon plus grand qu'environ 10 à 20% des résidents présentent des difficultés avec l'alcool. Nous aurions peut-être eu des chiffres supérieurs étant donné que nous avons inclus les 60-64 ans dans notre protocole, même si la proportion de personnes vivant en maison de retraite dans cette tranche d'âge est certainement extrêmement faible.

Dans notre étude, après accord avec des addictologues et des psychiatres de la personne âgée, il a été décidé que pour évaluer la fréquence de consommation d'alcool chez la personne âgée, une réponse à la première question de l'AUDIT à 2 (c'est-à-dire une consommation de 2 à 4 fois par mois) ou plus correspondrait à une consommation excessive. En prenant ce seuil, nous risquons de surestimer la proportion de sujet consommant de l'alcool de manière exagérée. D'après les recommandations américaines, un score de 4 (c'est-à-dire 4 fois par semaine ou plus) semble être plus adapté.

Concernant les troubles cognitifs, nous pouvons nous attendre à une plus forte consommation d'alcool chez les sujets ayant un trouble cognitif léger (score inférieur à 26) par rapport aux sujets n'ayant pas de trouble cognitif. Néanmoins, il est possible que cette différence ne soit pas significative, étant donné que nous ne prenons pas en compte les personnes ayant des troubles cognitifs sévères.

Il est probable que nous retrouvions une plus forte consommation d'alcool chez les hommes par rapport aux femmes, comme dans l'étude réalisée par Leurs et ses collaborateurs (94), même si cette prépondérance masculine a tendance à diminuer avec l'avancée en âge.

Concernant le niveau d'études et la profession antérieure, nous pouvons penser que les professions intermédiaires et les cadres sont les classes ayant une plus grande consommation d'alcool, ce qui serait en accord avec les consommations excessives sur l'ensemble de la population française (6).

Pour évaluer leur niveau de dépendance, la grille AGGIR a été utilisée. Il est probable que les personnes ayant une plus grande autonomie consomment plus que les personnes dépendantes étant donné que les sujets valides peuvent sortir de l'établissement et avoir une consommation d'alcool à l'extérieur. Néanmoins cette différence ne sera peut-être pas significative car cette consommation cachée ne sera peut-être pas avouée par le résident.

Nous souhaitons également savoir si cette consommation était de début précoce ou tardive. Dans plusieurs études, il a été retrouvé que la consommation est plus souvent à début précoce et il est probable que nous ayons les mêmes résultats. De plus, peu de travaux ont été faits sur l'évolution de la consommation d'alcool depuis l'entrée en EHPAD. Une étude

allemande a retrouvé que cette consommation était mieux contrôlée en institution qu'au domicile (98). Il est possible que nous ayons des résultats similaires, sans être forcément significatifs, car ce sont des données difficiles à évaluer.

Nous avons également voulu comparer le syndrome dépressif et l'anxiété entre les buveurs et les non-buveurs à l'aide de deux échelles. Dans l'étude de Leurs et ses collaborateurs (94), cette problématique n'a pas été abordée, mais il a été retrouvé de manière significative qu'il y avait plus de personnes consommant de l'alcool, qui vivaient seules, séparées, divorcées ou veuves et qui recevaient moins de visites en EHPAD. Dans d'autres études s'intéressant à la population générale, il a été retrouvé que les sujets consommant de l'alcool présentaient plus souvent des troubles psychiatriques tels que des épisodes dépressifs caractérisés et des troubles anxieux. C'est donc l'une des incertitudes de notre étude, pouvons-nous extrapoler ces résultats à une population vivant en institution ?

Dans l'étude de Leurs et ses collègues, il n'avait pas été retrouvé de différences significatives concernant les symptômes physiques. Il est possible que pour ces symptômes (chutes, troubles digestifs, une perte d'appétit...), les complications d'une consommation d'alcool soient confondues avec celles liées à la vieillesse. Les principaux antécédents médicaux ont également été évalués et il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes hormis pour les cirrhoses du foie. Comme nous l'avons déjà abordé, la consommation d'alcool engendre de nombreuses complications hépatiques, digestives, cardiovasculaires, neurologiques, oncologiques. En recueillant précisément les antécédents médicaux et les comorbidités, nous pouvons penser que notre étude retrouvera des différences significatives entre les buveurs et les non-buveurs.

Concernant le recueil des traitements psychotropes, dans l'étude française, il n'a pas été retrouvé de différences significatives entre les deux catégories (buveurs et non-buveurs) pour la prescription de psychotropes et d'hypnotiques. Nous pouvons penser que c'est la conséquence d'une importante prescription de cette catégorie de médicaments chez le sujet âgé. Le fait de les classer en cinq catégories permettra peut-être de trouver des différences significatives.

II.7.5. Perspectives d'avenir

En aucun cas, nous n'avons mis en place ce travail pour interdire l'alcool ou pour juger les consommateurs ou encore pour incriminer les institutions. L'intérêt était de faire un état des lieux de la consommation en EHPAD en Haute-Vienne et de proposer des axes d'amélioration dans la prise en charge des patients.

Ainsi, cette étude pourrait permettre une prise de conscience de l'ensemble des acteurs de santé, que ce soit les médecins traitants, les médecins coordinateurs, les directeurs

des établissements, les infirmiers et l'ensemble du personnels des EHPAD ainsi que les familles des résidents.

En effet, la consommation d'alcool existe en maison de retraite et elle peut être autorisée, mais une démarche collective est essentielle pour ne pas nuire à la prise en charge du patient. La notion de « dernier plaisir » ou les phrases telles que « il ne lui reste plus longtemps à vivre » devraient être abandonnées par les soignants. Il semble plus adapté de s'intéresser à une éventuelle souffrance physique, psychique ou sociale du résident.

De par sa proximité avec le patient, de sa polyvalence et du lien étroit qu'il a pu tisser avec le patient, le médecin traitant a un rôle central dans la prise en charge des problèmes d'alcoolisation du sujet âgé (133). Bien souvent, le « médecin de famille » suit son patient depuis des années et des années et il a pu suspecter une consommation d'alcool sans jamais oser lui en parler. Il a également pu mettre en place une démarche de soin, qui n'a pas permis au patient de contrôler sa consommation. La mise en institution peut être un moment privilégié pour aborder le sujet de la consommation d'alcool et pour pouvoir mettre en place une prise en charge globale avec l'ensemble du personnel de l'institution. Cela permettrait peut-être d'éviter certaines situations difficiles pour le sujet âgé où la réponse des soignants peut aller de la permissivité à la coercition. Le médecin généraliste pourrait également être aidé par des équipes mobiles de psychiatrie ou de gériatrie, spécialisées en addictologie.

De plus, le débat sur l'interdiction de l'alcool en institution semble caduque. Effectivement, un équilibre entre sécurité et autonomie est nécessaire dans les EHPAD. Le débat actuel devrait davantage porter sur les difficultés pour repérer les consommations pathologiques, sur les problématiques de prise en charge des résidents consommant de l'alcool et sur les mesures à mettre en place pour pallier cette souffrance. Il a été démontré que l'abstinence est impérative chez le sujet alcoolo-dépendant, mais une consommation modérée peut être autorisée, même en institution, chez la personne ne présentant pas de mésusage d'alcool.

Cette prise de conscience est d'autant plus indispensable que nous observons un vieillissement démographique de la population, en lien avec l'amélioration de la qualité de vie et la diminution du taux de fécondité. Ainsi, le vieillissement de la population va entraîner une augmentation de résidents en EHPAD et donc une augmentation potentielle de sujets consommant de l'alcool.

Nous avons choisi de réaliser une étude épidémiologique descriptive car elle a l'avantage d'être peu coûteuse et rapide. De plus, elle n'entraîne aucun risque pour les résidents qui y participent. Elle aurait permis d'évaluer notre hypothèse principale. Elle pourra être reprise et complétée avec la recherche d'une consommation tabagique active ou ancienne

et avec l'évaluation des lieux où les résidents consomment de l'alcool. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude de cohorte, plus longue et plus coûteuse, afin de suivre l'évolution de la consommation d'alcool entre les résidents et la survenue éventuelle de complications psychiatriques ou somatiques.

Une étude en utilisant l'ARPS de Fink, lorsqu'elle sera traduite en français pourra être également un bon complément pour évaluer les différents troubles de l'usage de l'alcool en EHPAD et la souffrance des résidents.

D'autres travaux pourraient également s'intéresser aux effets recherchés par les consommateurs d'alcool dans les EHPAD, afin d'améliorer la prise en charge de ces derniers.

Enfin, il serait intéressant de pouvoir évaluer le rapport coût-utilité d'une amélioration de la qualité de santé chez les consommateurs en EHPAD, ainsi que d'évaluer les éventuelles économies en termes de santé.

Conclusion

Les recommandations de la Société Française d'Alcoologie définissent le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du patient présentant des troubles de l'usage de l'alcool. En effet, les médecins traitants doivent être formés au repérage et au dépistage du patient alcoolo-dépendant.

Le médecin de famille doit pouvoir réaliser une intervention brève. Il doit être au courant que l'abstinence totale n'est pas la seule option thérapeutique dans la prise en charge du patient présentant des TUA. Les études ont montré qu'une amélioration de la qualité de vie et une diminution des risques de complications ont été retrouvées avec une réduction de la consommation d'alcool.

La population âgée est difficile à définir car c'est une population très hétérogène, allant du jeune retraité, sans aucune pathologie, au centenaire, pouvant avoir une perte d'autonomie totale, avec de multiples antécédents et une poly-médication. Il est également constaté une expansion démographique pour cette tranche d'âge qui va se poursuivre dans les prochaines décennies, augmentant par conséquent le nombre de résidents en EHPAD.

Il existe de nombreux obstacles pour définir un mésusage d'alcool chez la personne âgée. D'une part, le vieillissement entraîne de nombreuses modifications qui ont pour conséquence une diminution de la tolérance aux effets de l'alcool. Un usage simple à l'âge adulte peut donc devenir un usage à risque chez le sujet âgé. Les recommandations américaines abaisseraient le seuil du mésusage chez la personne âgée à un verre standard d'alcool par jour (soit sept par semaine), et maximum trois verres en une seule occasion.

D'autre part, il est d'autant plus difficile de catégoriser une consommation d'alcool dans cette tranche d'âge car il n'existe pour le moment aucune échelle validée et reproductible. L'ARPS semble être un bon compromis, il faudra qu'elle soit évaluée quand sa traduction française sera disponible.

Dans un but de dépistage et de prise en charge d'une consommation d'alcool chez la personne âgée, le médecin de famille peut être confronté au déni du patient, à des attitudes négatives envers le sujet âgé, à des difficultés thérapeutiques, à l'absence de critères diagnostiques précis dans cette tranche d'âge, voire à des difficultés d'interprétation des marqueurs biologiques.

Le thème de la consommation d'alcool dans les EHPAD est un sujet trop souvent banalisé, pourtant c'est un véritable problème de santé publique. C'est la drogue la plus consommée par la personne âgée. Elle entraîne de nombreuses répercussions somatiques, psychiatriques, familiales et sociales. Les attitudes des équipes soignantes et des médecins

vont du déni de cette consommation, voire à une certaine indifférence, cachée derrière la notion de « dernier plaisir », ou au contraire, à une attitude punitive, avec menace d'exclusion de l'établissement.

Il existe deux types d'alcoolisme chez le sujet âgé : les buveurs dits précoces qui représentent environ deux tiers des consommateurs et les buveurs tardifs, environ un tiers des sujets. Il est important de connaître les situations qui peuvent alerter chez la personne âgée, comme un relâchement physique, une diminution de l'activité sociale, des chutes à répétitions, une dénutrition, une présentation peu commune d'une affection somatique.

Une prise en charge globale et individuelle des résidents souffrant d'un mésusage d'alcool est indispensable en institution. Cela implique une collaboration entre les différents acteurs de santé, c'est-à-dire entre les médecins traitants et l'ensemble du personnel de la résidence. Effectivement, la consommation d'alcool étant sous-diagnostiquée, elle est également sous-traitée. Néanmoins, il est désormais reconnu qu'il existe d'une part un manque de formation des médecins généralistes en termes de dépistage mais également de prise en charge (notamment pour la réalisation des interventions brèves) et d'autre part, un problème récurrent de sous-effectif du personnel en EHPAD. Ainsi pour garantir une prise en charge optimale, il semble indispensable d'inclure dans cette démarche des équipes mobiles de psychiatrie ou de gériatrie spécialisé en addictologie.

Notre étude n'a malheureusement pas pu être réalisée à cause du contexte sanitaire actuel. Nous sommes partis 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 souhaitons donc décrire l'usage de l'alcool chez la personne âgée résidant en EHPAD en Haute-Vienne. Nous aurions pu également comparer le niveau d'étude entre consommateurs et non-consommateurs, la profession antérieure, l'état de dépendance, l'évolution de leur consommation, les comorbidités somatiques et psychiatriques, la consommation de psychotropes ainsi que le besoin de prise en charge selon le point de vue du patient. Les principaux chiffres avancés font état de 10 à 20% de consommation excessive en EHPAD. Ce travail a comme objectif une prise de conscience des acteurs de santé et des familles, ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins.

De manière assez établie maintenant, les médecins traitants ont le réflexe « iatrogène » lors de la prise en charge du sujet âgé grâce aux nombreuses campagnes de prévention. Il nous paraît important de signaler, après l'étude de la littérature sur l'alcoolisation du sujet âgé et la préparation de l'enquête présentée, sans vouloir en anticiper les résultats de manière trop spéculative, que le réflexe « alcool » devrait désormais faire partie de la démarche de soin de tout patient âgé.

Références bibliographiques

1. Consommation d'alcool en vieillissant - Vieillesse et addictions.
2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Consommation d'alcool. 2018.
3. Nathan PE, Conrad M, Skinstad AH. History of the Concept of Addiction. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016;12(1):29-51.
4. Tsikounas M. Quand l'alcool fait sa pub. *Temps Medias.* 2004;n° 2(1):99-114.
5. 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.* 2017;112:86-93.
6. Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018. :18.
7. Beck F, Richard J-B. La consommation d'alcool en France. *Presse Médicale.* 2014;43(10):1067-79.
8. Michaud P, Fouilland P, Gremy I, Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. Résultats d'un sondage téléphonique en population générale. 2003. 605-608 p.
9. SPF. Bulletin de santé publique alcool en Nouvelle-Aquitaine. Janvier 2020.
10. Kopp P. Le coût social des drogues en France. p.75.
11. Société Française d'Alcoologie (SFA), mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement.
12. Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10^e révision. Haute Autorité de Santé (HAS) 2014.
13. Dano C, Le Geay F, Brière M. Diagnostic et prise en charge des troubles de l'usage d'alcool : données récentes. *L'Encéphale* (2014) 40, 276-285; 2014.
14. Crocq M-A, Guelfi J. Mini-DSM-5 Critères diagnostiques. American Psychiatric Association;

15. Paille F. Alcool Epidémiologie, étiologie, clinique. Addictologie, 2017, Elsevier Masson, Chapitre 9;
16. Smith KW, Gierski F, Andre J, Dowell NG, Cercignani M, Naassila M, et al. Altered white matter integrity in whole brain and segments of corpus callosum, in young social drinkers with binge drinking pattern. Addict Biol. mars 2017;22(2):490-501.
17. Nubukpo P. Système opioïde endogène et stratégies thérapeutiques dans la dépendance à l'alcool. L'Encéphale. déc 2014;40(6):457-67.
18. Naassila M. Bases neurobiologiques de l'addiction à l'alcool. Presse Médicale. juin 2018;47(6):554-64.
19. Paquot N. L'alcoolisme, un modèle d'addiction aux complications somatiques multiples. Rev Med Liège. :9.
20. Dematteis M, Perney P. Complications somatiques de l'alcool. Alcoologie Addictologie. sept 2014;36(3):189-205.
21. Roche Y. Chapitre 23 - Cirrhose hépatique. Elsevier Masson; 2010.
22. Sabbah L, éditeur. 275 - Cirrhose et ses complications. I Elsevier Masson; 2015. p.881-5.
23. Teysse S, Singer MV. Alcohol-related diseases of the oesophagus and stomach. Best Pract Res Clin Gastroenterol. août 2003;17(4):557-73.
24. Bode C. Effect of alcohol consumption on the gut. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2003.
25. Martini H, Dehmas M, Paille F. Complications neurologiques de la consommation d'alcool. EM-Consulte 2016.
26. Derouesné C. Encéphalopathies alcooliques et carentielles. Elsevier Masson, Volume 9; 2012.
27. Dematteis M, Pennel L. Alcool et neurologie. Presse Médicale. juill 2018;47(7-8):643-54.
28. Ewencyk C. Complications neurologiques de l'alcool. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2010;5(3):1-8.

29. Castelain V, Lavigne T, Jaeger A, Schneider F. Manifestations cardiovasculaires des substances récréatives : alcool, cocaïne, amphétamines, ecstasy, héroïne et cannabis. *Réanimation*. 2005;14(3):186-95.
30. Chavagnat J-J, Lévy-Chavagnat D. Conséquences de l'alcoolisation chronique. *Actual Pharm*. 2015;54(543):22-5.
31. Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A, et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(5):296-305.
32. Schlienger J-L. Consommation d'alcool et diabète. *Manuel de Nutrition pour le Patient Diabétique*. Elsevier Masson; 2018 p. 345-52.
33. Bladé J-S, Desramé J, Corberand D, Lecoules S, Blondon H, Carmoi T, et al. Diagnostic des anémies au cours des cirrhoses alcooliques. *Rev Médecine Interne*. 2007;28(11):756-65.
34. Nubukpo P, Laot L, Clément J-P. Addictive behaviors in the aged. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieillesse*. 2012;10(3):315-24.
35. Liu SW, Lien MH, Fenske NA. The effects of alcohol and drug abuse on the skin. *Clin Dermatol*. 2010;28(4):391-9.
36. Arvers Ph. Alcool et poumon : des liaisons dangereuses. *Rev Mal Respir*. 2018;35(10):1039-49.
37. Cognat-Brageot M, Louville P, Limosin F. Comorbidités psychiatriques dans l'alcoolodépendance. :5.
38. Dervaux A, Laqueille X. Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance. *Presse Médicale*. 2018;47(6):575-85.
39. Le Strat Y, Lejoyeux M. Troubles de l'usage de l'alcool. *Manuel de psychiatrie*, 3ème édition. 2017.
40. Recommandations de bonnes pratiques de la Société Française d'Alcoologie. *Mésusage de l'alcool: Dépistage, diagnostic et traitement 2014*.
41. Diaz Gomez C, Milhet M. Repérage précoce intervention brève. *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)*. 2005.

42. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addict Abingdon Engl.*2004;99(7):839-45.
43. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promot.*1997;12(1):38-48.
44. Haute Autorité de Santé (HAS). Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient 2014.
45. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. 2008 p:84.
46. Lejoyeux M. Le sevrage d'alcool. *Formation médicale continue* 2014.
47. Meunier N, Aubin H-J, Berghout C. Prise en charge par le généraliste du patient alcoolodépendant. :7.
48. Paille F. Prise en charge médicamenteuse des troubles de l'usage de l'alcool. *La revue du praticien* 2019.
49. Chevillard L, Vorspan F, Declèves X. Le baclofène dans le traitement du trouble de l'usage d'alcool : données cliniques. *Rev Francoph Lab.* 2019;2019(517):43-8.
50. Boinet T, David CL. Alcoolodépendance chez l'adulte. *Actual Pharm.* 2020;59(595-596):13-7.
51. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. 2015.
52. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Vieillesse et santé. 2018.
53. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) – Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine. 2010.
54. Duron E, Spivac Y, Hanon O, Rigaud A-S. Vieillesse normale. *La revue du praticien*, 2011.
55. Groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie. Recommandations 2013. Comment définir la population des personnes âgées ?
56. Menecier P. Boire de l'alcool et vieillir. *Lettre de psychogériatrie* 2013.

57. Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Rev Prat Med Gen 2012.
58. Santé Publique France. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? 2020.
59. Beck F, Léon C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2014 : 192 p.
60. Educalcool. L'alcool et les aînés. 3^{ème} édition. 2020.
61. Paille F. Groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie (SFA) et de la Société Française de Gérontologie et de Gériatrie (SFGG). Personnes âgées et consommation d'alcool. 2014 p.12.
62. 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. Am J Psychiatry. 2009;166(10):1162-9.
63. 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. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2013.
64. I Johnson. Alcohol problems in old age : a review of recent epidemiological research. Int J Geriatr Psychiatry. 2000 Jul;15(7):575-81;
65. Vigne C. Alcoolisme et addictions en gériatrie. Rev Gériatrie. 2003;3.
66. Société Française d'Alcoologie (SFA) Quels sont les moyens du repérage des risques liés à ces consommations chez les personnes âgées? 2013.
67. 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; 1993.
68. Bush K. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C) An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. Arch Intern Med 1998,158(16):1789;
69. Powell JE, McInness E. Alcohol use among older hospital patients: findings from an Australian study. Drug Alcohol Rev. 1994;13(1):5-12.

70. Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(1):30-9.
71. Haute Autorité de Santé (HAS). Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève: alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Novembre 2014.
72. Knightly R, Tadros G, Sharma J, Duffield P, Carnall E, Fisher J, et al. Alcohol screening for older adults in an acute general hospital: FAST v. MAST-G assessments. *BJPsych Bull.* 2016;40(2):72-6.
73. 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. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(10):1717-22.
74. Young II R, Joung Sung K, Jin Gyu J, Sung Soo K, Dong Hyun C. Usefulness of Alcohol-screening Instruments in Detecting Problem Drinking among Elderly Male Drinkers. *Korean J Fam Med.* 2012.
75. Berks J, McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *Int Psychogeriatr.* 2008;20(06):1090.
76. Maheut-Bosser A, Paille F. Consommation excessive d'alcool chez le sujet âgé : savoir y penser. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 2016;16(95):258-63.
77. Moore AA, Endo JO, Carter MK. Is There a Relationship Between Excessive Drinking and Functional Impairment in Older Persons? *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(1):44-9.
78. Lefevbre des Noettes V. Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie (2014) 14,* 246-251.
79. Clément J-P, Vandiel P. Alcoolisme et autres conduites addictives de la personne âgée. *Psychiatrie de la personne âgée.* Flammarion; 2010. p.307-14.
80. Onen SH. Problèmes d'alcool chez les personnes âgées. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 2008;8(45):9-14.
81. Dar K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? *Advances in Psychiatric Treatment.* 2006, vol.12, 173-18.

82. Société Française d'Alcoologie (SFA). Quelles actions de prévention primaire des risques liés à l'alcool sont adaptées aux personnes âgées ? 2014.
83. Cambou JP. Difficultés et intérêt du dépistage d'une consommation excessive d'alcool en cardiologie : dix réponses « pour la pratique ». Ann Cardiol Angéiologie. 2002;51(6):321-6.
84. Fink A, Beck JC, Wittrock MC. Informing older adults about non-hazardous, hazardous, and harmful alcohol use. Patient Educ Couns. 2001;45(2):133-41.
85. 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. Vol 65, 2017, p.221-230
86. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes. 2013;28.
87. Legros P. L'implication au travail face à la dépendance accrue en EHPAD. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2020;20(118):229-39.
88. Ennuyer B. La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social ? p.11.
89. Ennuyer B. Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. Le sociographe. 2013; 6(5):139-57.
90. Loi n° 97-60 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance - Légifrance 1997.
91. Trivalle C. Le syndrome de fragilité - Rev Med Suisse 2000; volume 4 20925
92. Menecier P, Prieur V, Arèzes C, Menecier L, Rotheval L. L'alcool et le sujet âgé en institution. Gerontol Soc. 2003;26 / n° 105(2):133-49.
93. Menecier-Ossia L, Kholler M, Moscato A, Menecier P. L'alcool en établissement pour personnes âgées. Soins Gériatrie. 2014;19(106):34-6.

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. *Presse Médicale*. 2010;39(12):e280-8.
95. Merrick EL, Horgan CM, Hodgkin D, Garnick DW, Houghton SF, Panas L, et al. Unhealthy Drinking Patterns in Older Adults: Prevalence and Associated Characteristics: unhealthy drinking patterns in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(2):214-23.
96. Chambonet J-Y, Vallier N. Risque alcool chez des personnes de plus de 75 ans en Loire-Atlantique. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, Vol 13, N° 121, 2006/01, pages 10-17, tabl., 18;
97. Pellerin J, Pinquier C, Boiffin A. Alcoolisation des résidents en institution gériatrique. 1999;7.
98. 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*. 1999;33(6):825-30.
99. Klein WC, Jess C. One Last Pleasure? Alcohol Use among Elderly People in Nursing Homes. *Health Soc Work*. 2002;27(3):193-203.
100. Prudent M, Mahmoudi R, Parjoie R, Drame M, Novella J-L. Caractéristiques des résidents en Ehpad dans le département de la Marne - EM consulte. *Soins gérontologie* n°114. 2015.
101. Mautret E, Durand J-P. Conduites d'alcoolisation du sujet âgé en institution. Le point de vue du psychiatre. *La revue de gériatrie*, Tome 37, N°5 2012;
102. Menecier P, Guillemin P, Bernard B, Nasr D, Arèzes C, Afifi A. L'alcoolisme peut aussi exister en maison de retraite. 2006.
103. Porcheron J-B, Bonnifet E, Bernard S, Boulard S, Delgal M-A, Dupont M, Girault N, Omer-talent M. Pour ou contre l'alcool en institution ? *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie* - Tome XIII N°121; 2006.
104. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005.

105. Vialla F. Accueil des personnes âgées en EHPAD : entre liberté et sécurité. Ambivalence mais non ambiguïté du discours juridique. *Médecine Droit*. 2014(128):109-14.
106. Menecier P, Sagne A. Alcool et crise suicidaire du sujet âgé. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2020;S1627483020300921.
107. 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*; 2011.
108. Graziani P. La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. *Drogue Santé Société*. 2011;9(2):49-74.
109. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(8):757-66.
110. Blow FC, Serran AM, Barry KL. Late-life depression and alcoholism. *Curr Psychiatry Rep*. 2007;9(1):14-9.
111. Collomp F, Rabatel C. Faut-il interdire l'alcool en EHPAD ? *Mémoire pour le DIU médecin coordonnateur EHPAD*. Université René Descartes-Paris V. 2008.
112. Laly F, Toulouse O, Duveau J-P, Veysseyre O, Soussy A. Le suicidé âgé. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2009;9(49):23-31.
113. Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5(1):64-74.
114. 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 and Alcohol Reviews*; 2000.
115. Dawe S, Seinen A, Kavanagh D. An examination of the utility of the AUDIT in people with schizophrenia. *J Stud Alcohol*; 744.
116. Berks J, McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *IPG*; 1090.
117. Morton JL, Jones TV, Manganaro MA. Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. *The American Journal of Medicine*; 1996.

118. 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. *J Psychiatr Res.* 1982;17(1):37-49.
119. Furukawa TA, Akechi T, Azuma H, Okuyama T, Higuchi T. Evidence-Based Guidelines for Interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression: *J Clin Psychopharmacol.* 2007;27(5):531-4.
120. Thompson E. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). *Occup Med.* 2015;65(7):601-601.
121. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord.* 1988;14(1):61-8.
122. Groupe « société et vieillissement », séance 3 « mesure de la dépendance ». Mesure de la dépendance - AGGIR - et éligibilité à l'APA (classement en GIR). 2011.
123. Roudier M, Al-Aloucy MJ. Analyse en composantes principales de la grille AGGIR chez les patients âgés déments. *Rev Neurol* 2004;160(5):555-8.
124. Société Française d'Alcoologie (SFA). Recommandations personnes âgées et consommation d'alcool. Introduction. 2014 ; 36(3):225-231
125. Nguyen-Thanh V, Guignard R. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé publique france*; 2019.
126. Michaud P, Lécallier D. Risque alcool chez les plus âgés. *Gérontologie et société* 2003/2 vol.26 p.89-99
127. Fink A, Tsai MC, Hays RD, Moore AA, Morton SC, Spritzer K, et al. Comparing the alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening measures in elderly outpatients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2002;34(1):55-78.
128. Boualame A, Labreure Y, Elfahiri FZ, Adali I, Manoudi F, Asri F. Outils de dépistage du déclin cognitif chez le sujet âgé atteint de trouble bipolaire. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 2020;20(116):91-100.

129. Cabé N, Laniepce 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*. 2016;42(1):74-81.
130. Mesure de la dépendance - AGGIR - et éligibilité à l'APA (classement en GIR). Groupe "société et vieillissement" 2011.
131. Benaim C, Froger J, Compan B, Pélissier J. Évaluation de l'autonomie de la personne âgée. *Ann Réadapt Médecine Phys*. 2005;48(6):336-40.
132. Chassagne P. Evaluation de la dépendance. Elsevier Masson, chapitre 110. 2018
133. Saint-Guily J. Le rôle du médecin généraliste. *Alcoologie-actualité et dossier en santé publique* n°24; 1998.

Annexes

Annexe 1. Le Mini-Mental State Examination (MMSE)	129
Annexe 2. Le questionnaire AUDIT	130
Annexe 3. L'échelle Hamilton Dépression.....	131
Annexe 4. L'échelle Hamilton Anxiété.....	133
Annexe 5. La grille AGGIR	134

Annexe 1. Le Mini-Mental State Examination (MMSE)

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 ». | !___! |
|---------------------------------|-------|

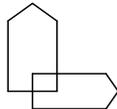
☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- | | |
|---|-------|
| 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 2. 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 3. L'échelle Hamilton Dépression

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
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 ▪ Tension subjective et irritabilité ▪ Se fait du souci à propos de problèmes mineurs 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10 	0 1 2

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage ▪ Peurs exprimées sans qu'on pose de questions 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		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 <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"/>	11	0 1 2 3 4
12 - Symptômes somatiques gastro-intestinaux <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"/>	12	0 1 2
13 - Symptômes somatiques généraux <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"/>	13	0 1 2
14 - Symptômes génitaux : symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absents ▪ Légers ▪ Graves 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14	0 1 2
15 - Hypochondrie <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"/>	15	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) <p style="text-align: center;">A</p> <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) <p style="text-align: center;">B</p> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16	0 1 2 0 1 2
17 - Prise de conscience <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"/>	17	0 1 2
sous-total 2			
TOTAL 1+2)			

Annexe 4. L'échelle Hamilton Anxiété

	0	1	2	3	4
1 État d'inquiétude : Tracas, anticipation du pire, anticipation effrayante, irritabilité	<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"/>				
3 État dépressif : Perte d'intérêt, manque de plaisir dans les loisirs, dépression, réveil matinal, agitation diurne	<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"/>				
5 Peurs – Frayeurs : De l'obscurité, des étrangers, d'être seul, des animaux, de la circulation (auto), des foules.	<input type="checkbox"/>				
6 Intellect : Difficulté de concentration, mémoire défaillante.	<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"/>				
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"/>				
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"/>				
10 Symptômes cardio-vasculaires : Tachycardie, palpitations, douleur thoracique, sensation des pulsations artérielles, impression de faiblesse (ou d'évanouissement), arythmie (extra-systole).	<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"/>				
12 Somatique – musculaire : Douleurs musculaires, sursauts musculaires, raideurs musculaires, secousses myocloniques, grincements des dents, voix hésitante (tremblotante), augmentation du tonus musculaire.	<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"/>				
14 Symptômes respiratoires : Sensation d'oppression, impression d'étouffement, soupirs, dyspnée.	<input type="checkbox"/>				

Annexe 5. 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"/>			<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 cochée 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"/>			
	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"/>			
	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"/>			
	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"/>			
	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"/>			
	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"/>			
8. Déplacements à l'intérieur		<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"/>			
10. Alerter		<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"/>			
12. Cuisine		<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"/>			
14. Transports		<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"/>			
16. Suivi du traitement		<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"/>			

Groupe iso-ressources
Défini par le système informatique

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 : Étude ConsoEHPAD

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée par la personne âgée. Peu d'études s'intéressent à la consommation d'alcool en EHPAD, pourtant c'est un véritable problème de santé publique, qui risque de s'aggraver dans les années à venir avec l'expansion démographique de cette tranche d'âge. Plusieurs obstacles ont été observés pour définir le mésusage de l'alcool chez la personne âgée : d'une part, les modifications physiologiques liées au vieillissement entraînent une diminution de la tolérance à l'alcool et d'autre part, il n'existe pas à l'heure actuelle d'outil de dépistage validé chez le sujet âgé. Le problème de la consommation d'alcool étant sous-diagnostiqué, il est également sous-traité. Pourtant une prise en charge globale et individualisée permettrait une diminution de la souffrance physique, psychique et sociale chez les résidents en EHPAD. Néanmoins, il est reconnu qu'il existe un manque de formation des médecins généralistes et de l'ensemble du personnel des institutions, ainsi qu'un problème de sous-effectif pour améliorer cette prise en charge. Les principaux chiffres avancés dans la littérature sont de l'ordre de 10 à 20% de consommateurs excessifs en institution. Notre étude avait pour but de confirmer ou d'infirmer ces chiffres, mais également de comparer les comorbidités somatiques et psychiatriques, le recours aux traitements psychotropes, ainsi que le niveau de dépendance entre les buveurs et les non-buveurs. Notre travail a comme objectif une prise de conscience des acteurs de santé et des familles, ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins.

Mots-clés : Alcool, EHPAD, Personnes âgées, vieillissement

Alcohol consumption among the elderly in nursing homes: ConsoEHPAD study

Alcohol is the most common psychoactive substance consumed by the elderly. Few studies have focused on the consumption of alcohol in Retirement homes, yet it is a real public health problem that is likely to worsen in the coming years considering the demographic expansion of this age group. Several obstacles have been noticed in defining alcohol misuse in the elderly: on one hand, physiological changes linked to ageing lead to a decrease in alcohol tolerance and on the other hand, there is currently no validated screening tool for the elderly subject. Since the problem of alcohol consumption is under-diagnosed, it is also under-treated. However, a global and individualized care would allow a reduction of the physical, psychological and social suffering of retirement home's residents. Nevertheless, it is recognized that there is a lack of training for general practitioners and for the staff of the institutions, as well as a problem of understaffing to improve this care. The main figures put forward in the literature are in the order of 10 to 20% of excessive consumers in institutions. In this study, our goal was to confirm or reject these figures, but also to compare somatic and psychiatric comorbidities, the use of psychotropic treatments, and the level of dependence between drinkers and no-drinkers. The aim of our work is to raise the awareness of health care providers and families but also to improve the quality of care.

Keywords : Alcohol, Retirement home, seniors, aging

