



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2012

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Anna-Fleur PETITDEMANGE

le 26 Novembre 2012

**PREVALENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES
PERSONNES PRISES EN CHARGE DANS LES RESEAUX DE SANTE
PERSONNES AGEES EN LORRAINE**

ETUDE TRANSVERSALE SUR 1241 CAS.

Examineurs de la thèse :

M. F. PAILLE	Professeur	Président
M. M. KLEIN	Professeur	Juge
Mme. C. PERRET-GUILLAUME	Professeur	Juge
M. P. DI PATRIZIO	Professeur Associé	Juge
Mme. E. ABRAHAM	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président,

Monsieur le Professeur François Paille

Professeur de Thérapeutique

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous vous en remercions.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre respect et de notre profonde admiration.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Marc Klein

*Professeur d'Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques et gynécologie
médicale*

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous vous assurons de notre grande gratitude.

A notre Maître et Juge,

Madame le Professeur Christine Perret-Guillaume

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du Vieillissement

Nous vous sommes reconnaissants de l'intérêt que vous avez bien voulu témoigner à ce travail par votre présence dans ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus grand respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Paolo Di Patrizio

Professeur Associé, Médecin Généraliste

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous y avez porté.

A notre Directeur de Thèse et Juge,

Madame le Docteur Eliane Abraham

Docteur en Médecine et Médecin coordinateur du réseau Gérard Cuny

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Nous vous remercions de vos précieux conseils et de votre soutien dans la réalisation de ce travail.

Que celui-ci soit l'occasion de vous témoigner notre gratitude.

A tous mes Maîtres de stages, chefs de services, chefs de cliniques, praticiens hospitaliers qui m'ont tant apportés au cours de mon internat.

A tous ceux qui ont participé à ma formation.

Au service d'Epidémiologie et Evaluation Clinique du CHU de Nancy et plus particulièrement à Madame le Docteur Latache pour l'aide apportée dans la réalisation de ce travail.

A Jérôme Decrion pour ses conseils apportés dans l'élaboration de ce travail.

A tous les intervenants des réseaux gérontologiques de Lorraine pour leur participation et leur disponibilité.

A tous les médecins qui m'ont accordés leur confiance en me permettant de les remplacer et plus particulièrement à Madame le Docteur Lopes, Monsieur le Docteur Robert, Madame le Docteur Robert, Monsieur le Docteur Houttman et sa femme Martine pour son accueil, Madame le Docteur Couval, Monsieur le Docteur Cassi, Madame le Docteur Form-Bosment et Monsieur le Docteur Frossard.

A mes parents, merci pour votre présence et votre soutien qui m'ont permis d'arriver jusque là.

A ma grande sœur Elvire. Merci d'être là.

A mes frères Rodolphe et Léopold qui m'ont appris l'humour et l'auto dérision, grâce à vous la susceptibilité je ne connais pas.

A mon beau frère Didier pour la 206 essence et ses repas.

A mes belles sœurs Johanne et Aurélie.

A tous mes neveux et nièces sans qui les Dimanches seraient trop calmes.

Aux liens tous particuliers avec ma famille d'Housseras.

A Arnaud, Vivi et Zaza pour tous ses bons moments passés et à venir.

A Claire, Lise et Marie, mes amies d'enfance. A tous nos souvenirs et bien d'autres encore !

A Marie-Carole, Chloé et Laurence qui sont devenues de véritables amies.

A Cécile pour « l'appel à une amie ».

A tous les autres : Pierre, Isa, Elise et ceux que j'oublie, pour leur amitié.

A Servane pour les agréables moments passés à Metz

A Aurélien pour ton soutien et ta patience de tous les instants et particulièrement pendant ces deux dernières années, promis cette fois c'est la dernière.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES.....	17
LISTE DES ABREVIATIONS.....	24
I. INTRODUCTION.....	26
II. GENERALITES.....	29
A. Les personnes âgées.....	30
1. Le vieillissement de la population.....	30
2. Comment définir la population des personnes âgées ?.....	31
2.1 L'âge.....	31
2.2 Les notions de dépendance, de perte d'autonomie et de fragilité.....	31
2.2.1 La dépendance et la perte d'autonomie.....	31
2.2.2 La notion de fragilité.....	33
2.3 Le parcours de vie des personnes âgées.....	36
3. L'évaluation gérontologique standardisée et les réseaux gérontologiques.....	36
3.1 L'évaluation gérontologique standardisée (EGS).....	36
3.2 Les réseaux gérontologiques.....	37
3.2.1 A qui s'adresse les réseaux gérontologiques « personnes âgées » ?.....	37
3.2.2 Quels sont les objectifs des réseaux gérontologiques ?.....	37
B. L'Alcool.....	38
1. Définitions des conduites d'alcoolisation.....	38
1.1 Le non-usage.....	38
1.2 L'usage.....	38
1.3 Le mésusage.....	38
1.3.1 L'usage à risque.....	38
1.3.2 L'usage nocif.....	39

1.3.3 L'usage avec dépendance.....	39
2. Evaluer la consommation d'alcool.....	39
2.1 « Verre standard » et « unité alcool ».....	39
2.2 La consommation déclarée d'alcool (CDA).....	40
3. Etat de la consommation d'alcool en France.....	40
C. L'Alcool et les personnes âgées.....	41
1. Les particularités des conduites d'alcoolisation du sujet âgé.....	41
1.1. La non consommation.....	41
1.2 La consommation d'usage ou socialement réglée.....	41
1.3 Le mésusage.....	42
1.3.1 L'usage à risque : la personne âgée à un risque individuel particulier.....	42
1.3.1.1 Une augmentation de la sensibilité à l'alcool.....	42
1.3.1.2 L'alcool et les médicaments.....	42
1.3.2 L'abus ou usage nocif.....	43
1.3.2.1 Les conséquences sociales.....	43
1.3.2.2 La tolérance de l'entourage.....	43
1.3.2.3 Les conséquences physiques.....	45
1.3.2.4 Les conséquences psychiques.....	48
1.3.3 L'usage avec dépendance.....	48
1.3.3.1 Deux formes d'alcoolisme du sujet âgé.....	49
1.3.3.2 Une sémiologie du sevrage particulière.....	49
1.3.3.3 Les critères du DSM-IV et de la CIM-10.....	49
2. Epidémiologie du mésusage d'alcool chez les personnes âgées.....	51
2.1 Epidémiologie du mésusage d'alcool chez les personnes âgées à domicile.....	51
2.2 Epidémiologie du mésusage d'alcool chez les personnes âgées à l'hôpital.....	51
2.3 Epidémiologie du mésusage d'alcool chez les personnes âgées en institution.....	51

3. Les principales caractéristiques sociodémographiques du consommateur âgé.....	53
3.1 Le mode de consommation des personnes âgées.....	53
3.2 Les facteurs de risque du mésusage d'alcool chez les personnes âgées.....	53
4. Le repérage.....	53
4.1 Les difficultés du repérage.....	53
4.2 Les outils disponibles.....	54
4.2.1 La consommation déclarée d'alcool (CDA).....	54
4.2.2 Les questionnaires.....	55
4.2.3 Les marqueurs biologiques.....	59
4.3 Les Conséquence du repérage.....	60
4.3.1 La prévention primaire.....	60
4.3.2 La prévention secondaire.....	61
4.3.2.1 L'intervention brève.....	61
4.3.2.2 Efficacité de l'intervention brève chez les personnes âgées.....	61
4.3.3 Prévention tertiaire et soins : les personnes âgées dépendantes.....	62
III. ETUDE.....	64
A. Historique.....	65
B. Objectif de l'étude.....	65
C. Matériel et Méthode.....	66
1. Choix de la méthode.....	66
2. L'outil.....	67
2.1 La réalisation du questionnaire.....	67
2.2 Les données.....	67
2.2.1 Les variables du « questionnaire alcool ».....	67
2.2.2 Les données de l'EGS.....	69

2.2.2.1 Les troubles nutritionnels.....	69
2.2.2.2 Les affects dépressifs.....	69
2.2.2.3 Les troubles cognitifs.....	70
2.2.2.4 La perte d'autonomie.....	70
D. RESULTATS.....	71
1. Les données recueillies.....	71
2. Les caractéristiques de la population.....	71
2.1. Les données épidémiologiques.....	72
2.1.1 L'âge, le sexe et la situation matrimoniale.....	72
2.1.2 Les catégories socioprofessionnelles.....	72
2.2. Les données psychosociales et cliniques	72
2.2.1 Les données psychosociales.....	73
2.2.2 Les données cliniques.....	74
2.2.2.1 L'anxiété et les affects dépressifs.....	74
2.2.2.2 Les troubles nutritionnels.....	74
2.2.2.3 Les troubles des fonctions supérieures.....	74
2.2.2.4 Les antécédents de chute.....	74
2.2.2.5 La prévalence des groupes iso ressources.....	75
3. Description de la consommation d'alcool.....	75
3.1. Les consommateurs et les non consommateurs.....	75
3.1.1 La consommation.....	75
3.1.2 Les données épidémiologiques	76
3.1.3 Les données psychosociales et cliniques.....	78
3.2. Les consommateurs ayant un mésusage.....	80
3.2.1 La consommation.....	80
3.2.2 Les données épidémiologiques	81

3.2.3 Les données psychosociales et cliniques	84
IV. DISCUSSION.....	88
A. Les limites de l'étude.....	89
1. Les biais de recrutement.....	89
2. Les biais de mémorisation et les biais de déclaration.....	89
3. Les biais d'interrogation et les biais de subjectivité de l'enquêteur.....	89
4. Les biais de non-réponse.....	89
5. Les biais de classement.....	90
6. La méthode statistique	90
7. Un mésusage évalué uniquement sur la consommation d'alcool déclarée.....	90
B. Les caractéristiques de la population.....	90
1. Les caractéristiques sociodémographiques.....	90
1.1 L'âge.....	90
1.2 Le sexe.....	91
1.3 La situation matrimoniale.....	92
1.4 Les catégories socioprofessionnelles.....	92
2. Les données psychosociales.....	94
2.1 Le soutien de l'entourage.....	94
2.2 Les problèmes familiaux.....	96
2.3 Les problèmes de couple.....	96
2.4 Les problèmes de voisinage.....	97
3. Les données cliniques.....	98
3.1 L'anxiété.....	98
3.2 Les affects dépressifs.....	98

3.3 Les troubles nutritionnels.....	99
3.4 Les antécédents de syndrome confusionnel.....	100
3.5 Les troubles du comportement.....	100
3.6 Les antécédents de chute.....	101
3.7 Les troubles cognitifs.....	101
3.8 Les groupes iso ressources.....	102
C. La consommation d'alcool.....	103
1. Les consommateurs et les non consommateurs.....	103
1.1 Les non consommateurs.....	103
1.2 Les consommateurs.....	104
1.2.1 L'échantillon.....	104
1.2.2 La consommation.....	105
1.2.3 Les quantités d'alcool consommées.....	106
1.2.4 Le site.....	106
1.3 Les différences statistiquement significatives.....	106
1.3.1 Le sexe.....	106
1.3.2 La situation matrimoniale.....	106
1.3.3 Le soutien de l'entourage.....	107
1.3.4 L'anxiété.....	107
1.3.5 Les antécédents de chute.....	107
1.3.6 Les troubles nutritionnels.....	108
1.3.7 Les troubles cognitifs.....	109
1.3.8 Les groupes iso ressources.....	109
1.4 Les différences non statistiquement significatives	110
2. Les consommateurs ayant un mésusage.....	110
2.1 La prévalence du mésusage d'alcool.....	110

2.1.1	La prévalence du mésusage selon les seuils retenus par l' OMS.....	110
2.1.2	La prévalence du mésusage selon le seuil retenu par l'AGS.....	112
2.2	Un mésusage caractérisé par une consommation importante.....	112
2.3	Les différences statistiquement significatives.....	112
2.3.1	Le site.....	112
2.3.2	Le sexe.....	114
2.3.3	L'âge.....	115
2.3.4	Le soutien de l'entourage.....	116
2.3.5	Les troubles du comportement.....	116
2.3.6	Les troubles nutritionnels.....	117
2.4	Les différences non statistiquement significatives.....	118
2.4.1	La situation matrimoniale.....	118
2.4.2	Les catégories socioprofessionnelles.....	119
2.4.3	L'anxiété et les affects dépressifs.....	118
2.4.5	Les groupes iso ressources.....	120
2.4.6	Les Troubles cognitifs.....	121
V.	CONCLUSION.....	122
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	125
VII.	ANNEXES.....	142
	Annexe 1 : Les différents seuils utilisés pour définir la consommation excessive...	143
	Annexe 2 : Les questionnaires de repérage d'un mésusage d'alcool.....	147
	Annexe 3 : Les questionnaires de l' EGS.....	150

LISTE DES ABREVIATIONS

ALCAD :	Alcool et Autres Addictions
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
CNAV :	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
AGGIR :	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
EGS :	Evaluation Gérontologique Standardisée
CIM-10 :	Classification Internationale des Maladies de 1992
DSM-IV :	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux de 1994
ESPS :	Enquête Santé et Protection Sociale
CDA :	Consommation Déclarée d'Alcool
AGS :	American Geriatrics Society
NIAAA :	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
SFA :	Société Française d'Alcoologie
ISPA :	Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et d'autre Toxicomanie
OFDT :	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
CAGE :	Cut Down, Annoyed, Guilty Feelings, Eye Opening
DETA :	Diminuer, Entourage, Trop, Alcool le matin
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MAST :	Michigan Alcohol Screening Test
AUDIT :	Alcohol Use Disorders Identification Test
FACE :	Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien
ANPA :	Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme
IPPSA :	Institut de Promotion de la prévention secondaire en Addictologie
g :	grammes
CDT :	Transferrine Déficiente en Carbohydrates

γ GT :	Gamma-glutamyltransférases
VGM :	Volume Globulaire Moyen
MNA :	Mini Nutritional Assessment
GDS :	Geriatric Depression Scale
MMSE :	Mini Mental State Examination
CSP :	Catégories Socioprofessionnelles
RD :	Risque de Développer une Dépression
HAS :	Haute Autorité de Santé
HRS :	The Health and Retirement Study
ELSA :	English Longitudinal Study of Aging

I. INTRODUCTION

"Dans la mesure où il dérange moins, le patient âgé qui s'alcoolise peut passer inaperçu" (Engelberts 1984). En effet la société est moins concernée par les conséquences de cette alcoolisation que pour les adultes plus jeunes : pas d'arrêt ni d'accident de travail, pas ou peu de retrait de permis et pas d'ivresse sur la voie publique. Le coût de ce trouble est essentiellement individuel (atteinte de la qualité de vie, majoration d'une fragilité) et la réduction associée de l'espérance de vie n'est pas prise en considération. En effet, les personnes âgées sont particulièrement fragiles aux effets nocifs de l'alcool et une consommation excessive augmente le risque de chute, de troubles cognitifs, de confusion et de perte d'autonomie. De plus, l'association d'une consommation avec des traitements médicamenteux ne peut qu'amplifier les risques existants et en créer de nouveau. Elle peut être également une source de conflit et de maltraitance.

Avec le vieillissement de la population, une augmentation du nombre de personnes âgées en difficulté avec l'alcool est attendue dans la prochaine moitié du 21ème siècle, certains auteurs parlent « d'épidémie silencieuse » (Sorrocco, 2006). En partant de ce postulat, le repérage du mésusage d'alcool chez les personnes âgées, jusque là négligé, devient un véritable enjeu de santé publique.

A l'heure actuelle, il existe peu d'études s'intéressant aux problèmes liés à l'alcool chez les personnes âgées. La majorité des études sont réalisées aux États-Unis et l'utilisation de ces données chiffrées, en comparaison à la situation française, se heurte à des différences qui renvoient à des aspects socioculturels (place de l'alcool et notamment du vin dans notre société) et historiques (existence de la prohibition aux États-Unis). De plus, les critères d'âge des populations étudiées et les définitions du mésusage de la consommation d'alcool sont très hétérogènes. Ainsi, on retrouve une grande variabilité des prévalences en fonction des équipes et des critères choisis. En France, la majorité des études a été réalisée parmi des populations hospitalisées ou vivant en collectivité (foyer logement, maison de retraite) dont les habitudes de vie, l'âge moyen, la dépendance et la morbidité diffèrent de celles de la population vivant à domicile.

Or, cette population de plus en plus importante ne doit pas être oubliée. En effet, le maintien à domicile des personnes âgées est une priorité croissante des pouvoirs publics et le souhait le plus fréquent des personnes concernées. Mais l'avancée en âge, la perte d'autonomie et la dépendance constituent un obstacle à ce choix. Les réseaux gérontologiques apportent une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes désirant vivre à domicile en

assurant des conditions optimales par une prise en charge globale (sanitaire et sociale) et coordonnée.

Suites aux difficultés rencontrés par les intervenants des réseaux concernant des situations d'alcoolisation de personnes âgées de plus en plus nombreuses et complexes, le réseau gérontologique Gérard Cuny et le réseau ALCAD (alcool et autres addictions), ont initié une réflexion sur la problématique « alcool et personnes âgées ». Ce travail a donné lieu à une journée de formation rassemblant des intervenants en gérontologie et en alcoologie dans un échange de pratiques de prises en charge. Cette réflexion a également proposé une recherche systématique de la consommation d'alcool des personnes âgées nouvellement incluses dans le Réseau Gérard Cuny sur le Grand Nancy, puis cette démarche de repérage s'est étendue aux autres réseaux gérontologiques lorrains afin de mesurer l'ampleur du problème à une plus grande échelle.

Cette étude permet d'évaluer la prévalence de la consommation d'alcool d'un échantillon de la population accueillie par les réseaux gérontologiques de Lorraine. Elle permet également de rechercher une association entre une consommation excessive d'alcool et certaines données épidémiologiques, psychosociales et cliniques.

Tout d'abord nous nous attacherons à décrire la situation actuelle concernant la consommation d'alcool des personnes âgées en nous intéressant aux données épidémiologiques et aux particularités de cette consommation d'alcool. Puis nous présenterons l'étude et les résultats. Enfin, nous discuterons des particularités épidémiologiques, psychosociales et cliniques de notre population et de sa consommation d'alcool.

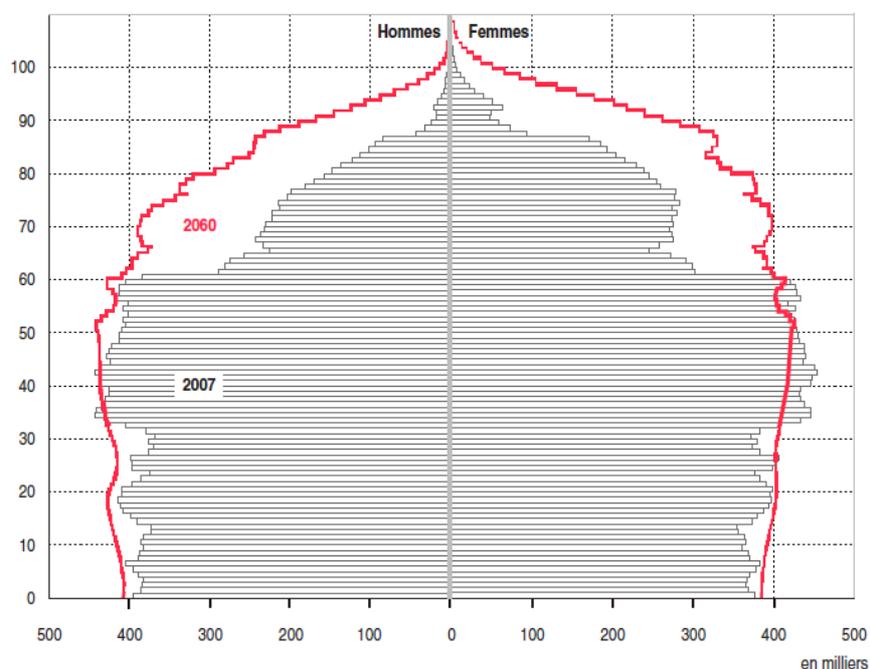
II. GÉNÉRALITÉS

A. LES PERSONNES AGEES

1. Le vieillissement de la population

Au premier janvier 2012 la population française est estimée à 65,35 millions d'habitants. Actuellement les personnes de plus de 65 ans représentent 17,1 % de la population générale soit 11,2 millions. L'espérance de vie augmente également : fin 2011 l'espérance de vie des hommes âgés de 60 ans est de 22,5 ans et celle des femmes âgées de 60 ans est de 27,3 ans (INSEE bilan démographique 2011). Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au premier janvier 2060, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions, soit une hausse de 80 % en 53 ans. L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans de 1,3 à 5,4 millions ⁽¹⁾. Ces données démographiques aux conséquences sociales et économiques certaines, nous rappellent que la question de la préservation de l'autonomie du sujet âgé est déterminante.

Figure 1. Pyramide des âges en 2007 et 2060 en France métropolitaine.



Sources : Insee, estimation de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060.

2. Comment définir la population des personnes âgées ?

2.1. L'âge

Il n'existe pas de consensus pour définir les « personnes âgées ». Le plus souvent l'âge et la sortie de la vie active définissent ce statut. L'organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition de la personne âgée fondée sur cette notion d'âge barrière : ainsi, devient une personne âgée toute personne atteignant l'âge de 60 ans ⁽²⁾. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées. Néanmoins, il faut bien reconnaître que ce type de définition connaît ses limites. Les problématiques de la gériatrie (polypathologie, perte d'autonomie, fragilité, chronicité, dépendance) concernent relativement peu d'individus âgés de 60 à 70 ans. Ceci explique largement pourquoi le langage permettant de désigner cette population s'est considérablement enrichi. En 1985, le National Institute of Aging lance aux États-Unis le premier programme de recherche focalisé sur les « oldest old ». C'est à cette époque que naît la distinction conceptuelle des personnes âgées en trois âges démographiques, les « young old » (65-74 ans), les « old old » (75-84 ans) et les « oldest old » (85 ans et plus). Neugarten (1996) a élaboré le modèle jeune-vieux et vieux-vieux pour les personnes de plus de 55 ans. Soixante-quinze ans est l'âge de transition généralement accepté pour le passage d'une catégorie à l'autre. Les membres de cette tranche d'âge sont très différents et en fait, une personne âgée de 65 ans peut avoir davantage de points communs avec une personne de 45 ans qu'avec une personne de 80 ans. C'est pourquoi d'autres critères sont indispensables pour définir la population des personnes âgées et les travaux en gérontologie des dernières années ont proposé une autre analyse de la vieillesse, qui, au-delà de l'âge biologique, prend en compte le statut fonctionnel.

2.2. Les notions de dépendance, de perte d'autonomie et de fragilité

2.2.1. La dépendance et la perte d'autonomie

La dépendance est un terme aujourd'hui couramment employé pour parler des difficultés liées au vieillissement, mais ni sa définition, ni son usage ne font l'objet d'un consensus ⁽³⁾. La dépendance est un concept qui recouvre plusieurs dimensions: mentale, physique, économique, sociale, cognitive et émotionnelle ⁽⁴⁾. Il est d'abord utilisé par le monde médical et les gériatres dans les années 1970. Il est rapidement repris par la sphère politique dans les

années 1980 et oriente le débat sur la prise en charge des personnes âgées « dépendantes ». L'article L. 232 de la loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (loi APA ⁽⁵⁾) définit une personne dépendante comme « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental ». Cet article entretient la confusion entre dépendance et perte d'autonomie. En effet, il définit le concept de dépendance par sa seule dimension « médicale ». La grille de mesure « AGGIR » (pour Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources), retenue pour mesurer la perte d'autonomie des personnes âgées, entretient également cette confusion. Dix-sept activités sont étudiées et pour chacune plusieurs réponses sont possibles (ne fait pas, ne fait pas spontanément, habituellement, correctement, totalement ou le fait seul correctement et en totalité). Le résultat est un classement de la personne selon ses capacités à réaliser des gestes de la vie quotidienne à un instant « t » : la visite d'évaluation (Tableau 1).

Tableau 1. Classement des G.I.R

Le GIR 1 : il correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie.

Le GIR 2 : il regroupe les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante et celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

Le GIR 3 : il correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessite quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles, n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

Le GIR 4 : il comprend les personnes âgées n'assumant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules. Elles n'ont pas de problèmes locomoteurs, mais doivent être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

Le GIR 5 : il comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 : il se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Il existe 6 niveaux de « dépendance » : le groupe iso-ressources 6 (GIR 6) réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie alors que le groupe iso-ressources 1 comprend les personnes âgées dites « dépendantes » qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) créée en 2002 est attribuée par le conseil général aux personnes estimées en GIR 1 à 4.

2.2.2. La notion de fragilité

La définition la plus simple correspond à l'impossibilité de répondre de façon adaptée à un stress qu'il soit médical, psychologique ou social. La fragilité constitue un état d'équilibre précaire entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie et la dépendance, l'existence ou l'absence de ressources et enfin, la présence ou non d'un entourage ⁽⁶⁾.

En 1994, dans son ouvrage, Linda P Fried ⁽⁷⁾ propose une approche plus médicale en utilisant l'expression de « syndrome de fragilité ». Elle définit cinq critères de fragilités qui reposent essentiellement sur la composante physique de la fragilité. La perte de poids, une faible vitesse de marche, la baisse de la force musculaire, l'épuisement général et une diminution de l'activité physique et de la dépense énergétique sont analysés. Si le patient présente 3 ou plus des ces 5 critères, il est considéré comme fragile. Ces critères sont actuellement largement utilisés dans les études cliniques pour caractériser les patients fragiles.

En 2003 Strawbridge et son équipe proposent d'autres critères d'évaluation de la fragilité (neuro-musculaire, nutritionnel, cognitifs et sensoriel). Une étude réalisée en 2004 par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) dont le but est de parvenir à une meilleure appréciation des personnes âgées en situation de fragilité à domicile en France a permis la construction d'un indicateur de fragilité en se référant aux enseignements de Strawbridge et de Guillely. Au final, quatre dimensions sont retenues par la CNAV pour isoler les personnes fragiles de celles qui ne le seraient pas: les difficultés ou troubles physiques, les difficultés de mobilité ou capacités motrices, les capacités sensorielles ou troubles de l'ouïe et de la vue et enfin les capacités cognitives ou troubles de la mémoire. Sur ce modèle les personnes sont dites « fragiles » lorsqu'au moins deux des quatre dimensions retenues (physique, motrice, sensorielle ou cognitive) sont atteintes ⁽⁸⁾ (Tableau 2).

Tableau 2. Les critères de fragilités retenus par la CNAV

4 dimensions	Dimension atteinte
<p>Difficultés physiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficience motrice : paraplégie, hémiplégie, monoplégie, amputation d'un membre, fracture du col du fémur, déficience du tronc, tremblements, mouvements involontaires. - Déficience viscérale ou métabolique : rénale, respiratoire, cardio-vasculaire, organes digestifs, endocrinienne, métabolique, immunité. 	<p>Au moins deux déficiences motrices ou deux déficiences viscérales ou deux déficiences métaboliques.</p> <p>Ou</p> <p>Au moins une déficience motrice et au moins une déficience viscérale ou métabolique.</p>
<p>Capacités motrices :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pouvez vous monter ou descendre un étage d'escalier sans l'aide d'une autre personne ? -Sortez-vous de votre domicile sans aide ? -Quelle est la plus longue distance que vous pouvez parcourir seul (inclus : canne, béquille ou fauteuil roulant) sans être incommodé et sans vous arrêter ? 	<p>Atteinte de la capacité motrice si une réponse est positive.</p> <p>Si moins de 200 m.</p>
<p>Capacité sensorielle</p> <ul style="list-style-type: none"> -Voyez-vous bien de près avec vos lunettes ou vos lentilles si vous en avez ? -Entendez-vous ce qui se dit dans une conversation (si besoin avec l'aide de votre appareil auditif) 	<p>Atteinte de la capacité sensorielle si les deux réponses sont positives.</p>
<p>Capacité cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vous arrive t-il de ne plus vous souvenir à quel moment de la journée nous sommes ? -Avez vous des difficultés à trouver votre chemin ? 	<p>Atteinte de la capacité cognitive si une réponse est positive.</p>

De nombreux questionnaires de repérage de la fragilité existent, mais actuellement aucun d'entre eux n'est validé pour les personnes âgées vivant à domicile ⁽⁹⁾. Certains réseaux de gériatrie prévoient d'expérimenter une grille de repérage de la fragilité au domicile afin de valider un outil commun. Cette grille est une adaptation de la grille Belge SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire de l'Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission) validée pour le moment uniquement en milieu hospitalier ⁽¹⁰⁾.

En l'absence de définition consensuelle, il est difficile de statuer sur la prévalence exacte du syndrome de fragilité. Les principales études épidémiologiques ont été réalisées aux Etats-Unis et au Canada (Tableau 3). La prévalence de la fragilité dans la population des personnes âgées de plus de 65 ans varie de 7 % à 26 % ⁽¹¹⁾ ⁽¹³⁾ et croît avec l'âge pour atteindre 30 % chez les plus de 80 ans ⁽¹¹⁾.

Tableau 3. Prévalence du syndrome de fragilité en fonction des études et des critères choisis.

Nom de l'étude	Critères de fragilité	Population	Prévalence
Cardiovascular Health Study ⁽¹¹⁾	Fried et al.	5317 sujets vivant à domicile ≥ 65 ans Sous groupe ≥ 80 ans	6,9 % 30 %
Inchianty study ⁽¹²⁾	Fried et al. adaptés	827 sujets vivant à domicile ≥ 65 ans	6,5 %
Prescribing Events Project ⁽¹³⁾	Fried et al. adaptés	754 sujets vivant à domicile ≥ 70 ans	25,7 %
Hispanic Established Population ⁽¹⁴⁾	Fried et al. adaptés	621 sujets vivant à domicile ≥ 70 ans	20 %
Canadian Study of Health and Aging ⁽¹⁵⁾	Rockwood et al. Activité physique, dépendance et cognition	9008 sujets vivant à domicile 65-74 ans 75-84 ans ≥ 85 ans	7 % 17,5 % 36,6 %

2.3. Le parcours de vie des personnes âgées

Les parcours de vie sont extrêmement différents selon l'âge des personnes, mais plus encore selon leur état de santé et leur niveau de dépendance ⁽¹⁶⁾. Deux ouvrages ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾ présentent les résultats d'une étude Suisse, nommée SWILSO-O menée par le centre interfacultaire de gérontologie de l'Université de Genève, dans laquelle deux cohortes d'octogénaires ont été suivies, l'une pendant dix ans (1994-2004) et l'autre pendant cinq ans (1999-2004). Ces chercheurs ont montré que les dernières étapes de la vie s'organisent selon quatre itinéraires. Pour 40 %, le chemin conduit de l'indépendance à l'étape de fragilité, puis au décès sans qu'il y ait installation durable dans la dépendance. Les autres (40 % des cas), en revanche, voient leur fragilisation s'aggraver au point de déclencher des formes de dépendance chronique. Les deux autres itinéraires sont peu suivis. Le premier consiste à rester indépendant jusqu'à quelques mois du décès (15 %), le deuxième impliquerait de basculer de l'indépendance dans la dépendance sans transiter par l'étape de fragilité ; cet itinéraire est presque déserté (environ 5 % des cas).

Au final, 80 % des personnes âgées seront fragiles à un moment donné de leur vie, cette étude montre à quel point il est important de les dépister, de les évaluer pour graduer les interventions, anticiper les besoins, prévenir les décompensations et les accompagner dans leurs parcours de soins. Les réseaux gérontologiques ont une place primordiale dans cette mission.

3. L'évaluation gérontologique standardisée et les réseaux gérontologiques

3.1. L'évaluation gérontologique standardisée (EGS)

L'évaluation globale de la personne âgée fragile au plan médical, psycho-social, fonctionnel et environnemental fait appel à l'évaluation gérontologique standardisée (EGS). En utilisant des outils validés, elle permet d'explorer de façon systématique un certain nombre de fonctions : fonctions cognitives, humeur, autonomie, état dentaire, état nutritionnel, fonctions sphinctériennes, marche et équilibre, vision, audition.

De nombreuses études ont démontré que l'utilisation de l'EGS puis l'élaboration d'un plan personnel de soins associé à un suivi, améliore la survie et le maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées ⁽¹⁹⁾. Cette évaluation difficilement réalisable au cabinet du médecin généraliste, nécessite le plus souvent une équipe pluridisciplinaire : médecin gériatre,

infirmière, assistance sociale, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute intervenant au domicile. Les réseaux gérontologiques répondent à ces exigences.

3.2. Les réseaux gérontologiques

3.2.1. A qui s'adressent les réseaux de santé « personnes âgées » ?

Les missions des réseaux gérontologiques sont définies par la circulaire DHOS/UNCAM du 15 mai 2007 du référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées ». Un réseau de santé « personnes âgées » s'adresse prioritairement à des personnes de 75 ans et plus, vivant et souhaitant rester ou retourner à leur domicile.

Plusieurs situations peuvent se présenter, soit il existe des pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique rendant critique le maintien à domicile ou le retour à domicile dans les suites d'une hospitalisation, soit il existe une situation de rupture socio-sanitaire nécessitant le recours à des aides. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée sont également concernées. L'accès aux services d'un réseau « personnes âgées » peut être ouvert par dérogation à des personnes de moins de 75 ans dès lors que la situation le nécessite. La population des réseaux gérontologiques est donc composée essentiellement de personnes âgées de plus de 75 ans et fragiles.

3.2.2. Quels sont les objectifs des réseaux gérontologiques ?

Tout réseau gérontologique doit impérativement assurer l'évaluation et le suivi des personnes âgées en situation de risque de rupture socio-sanitaire ou susceptibles de le devenir et particulièrement les personnes isolées. Pour réaliser cette mission le réseau peut être sollicité par les équipes médico-sociales du Conseil Général, les professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, services d'aides à domicile et infirmiers), les établissements de santé (équipes mobiles gériatriques, consultations gériatriques), les CLIC : centre local d'information et de coordination, les assistantes sociales de secteur mais également par la personne âgée elle-même, l'entourage ou la famille.

Dans les suites de ce signalement, le réseau doit assurer à l'aide de l'EGS un diagnostic psycho-médico-social complet (les pathologies, la dépendance, le contexte économique, relationnel, psychologique et l'habitat), pour proposer un plan d'intervention le plus adapté et apporter un soutien aux aidants et intervenants professionnels.

B. L'ALCOOL

1. Définitions des conduites d'alcoolisation

Afin de permettre un travail cohérent des différents partenaires sur la consommation d'alcool, la Société Française d'alcoologie a défini cinq catégories de conduites d'alcoolisation ⁽²⁰⁾.

1.1 Le non-usage

Le non-usage est caractérisé par une absence de consommation de boissons alcoolisées. Il est qualifié de primaire quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, préadolescents, choix durable). Il est qualifié de secondaire lorsque ce non-usage advient après une période de mésusage (il est alors généralement désigné par le terme abstinence).

1.2 L'usage

L'usage est défini par toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème, pour autant que la consommation reste modérée. Le seuil acceptable, a ne pas dépasser choisi par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) correspond à 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne), 14 verres par semaine chez la femme (2 verres par jour en moyenne) et pas plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel. L'OMS recommande ces seuils en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier. En effet, elle précise que ces seuils constituent de simples repères et n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque. Ils doivent être abaissés dans diverses situations, notamment en cas de consommation associée à d'autres produits qui potentialisent les effets psychotropes de l'alcool, les pathologies organiques et/ou psychiatriques et la modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médications associées, de l'état psychologique et des situations physiologiques particulières (états de fatigue par exemple) ⁽²¹⁾. Le passage de l'usage aux différentes formes de mésusage s'opère généralement dans un continuum dans des conditions qui restent à étudier de façon pluri et trans disciplinaire.

1.3 Le mésusage

1.3.1 L'usage à risque

L'usage à risque est défini par toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à une dépendance ou à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court,

moyen et/ou long terme. L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS s'il existe une situation à risque et/ou un risque individuel particulier. L'usage à risque peut se présenter sous deux formes : ponctuelle (risque aigu) ou régulière (risque chronique).

1.3.2 L'usage nocif

L'usage nocif est défini par toute conduite d'alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychologique ou social induit par l'alcool, et l'absence de dépendance à l'alcool. Cette définition ne fait pas référence à des seuils de consommation. Cette catégorie correspond à la définition de « l'utilisation nocive pour la santé » dans la classification internationale des maladies de 1992 (CIM-10) et à la définition de l'« abus » dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de 1994 (DSM-IV) (Annexe 1).

1.3.3 L'usage avec dépendance

L'usage avec dépendance est défini par toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à des seuils de consommation ni par l'existence de dommages induits, qui sont cependant fréquemment associés. Cette catégorie correspond à la définition du « syndrome de dépendance » dans la classification internationale des maladies de 1992 (CIM-10) et de la « dépendance à une substance » dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de 1994 (DSM-IV) (Annexe 1).

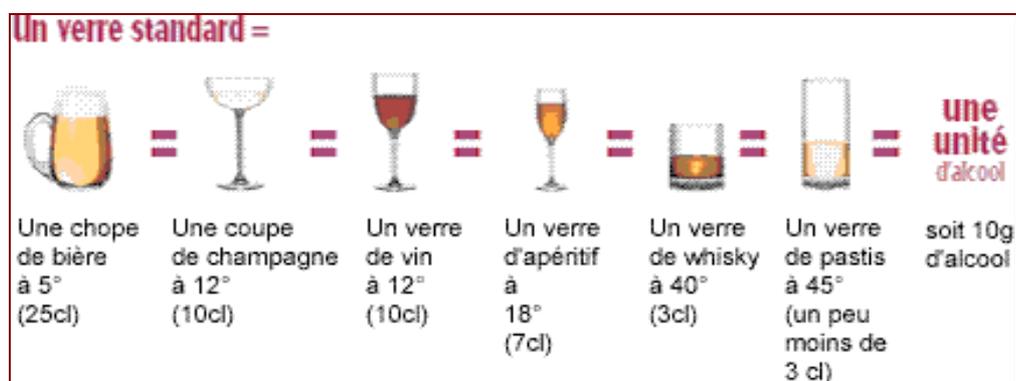
2. Evaluer la consommation d'alcool

2.1 « Verre standard » et « unité alcool »

Le « verre standard » est l'unité retenue pour mesurer la consommation d'alcool. Elle permet d'évaluer la quantité d'alcool ingérée de façon indépendante du type de boisson consommée. Ainsi, la taille des verres versés dans les commerces, est inversement proportionnelle à la teneur en alcool de la boisson. En France, on considère qu'il y a sensiblement autant d'alcool dans un verre de spiritueux, de vin ou de bière, soit environ 10 grammes d'alcool pur en moyenne par verre ⁽²¹⁾. Cependant, au domicile, les verres sont souvent versés plus généreusement, contenant plus de 10 g d'alcool. Si le « verre standard » est l'unité de consommation internationalement reconnue, elle n'est cependant, pas définie de façon univoque en France et à l'étranger. A l'étranger, le contenu en alcool d'un « verre standard »

diffère notablement de pays en pays (7,9 g en Grande-Bretagne, 12 g aux USA, 13,6 g au Canada, plus de 20 g au Japon). En raison de l'imprécision de l'unité « verres standard », l'Académie Nationale de Médecine recommande que les messages destinés à la population générale doivent exprimer les limites de consommation à ne pas dépasser, non en « verres standard », mais en « unités alcool », qui correspondent donc à 10 grammes d'éthanol en France ⁽²²⁾ (Figure 2). Malheureusement cette recommandation n'est pas appliquée et le « verre standard » reste l'unité utilisée pour la consommation déclarée d'alcool (CDA).

Figure 2. Les équivalences unité alcool et verre standard



2.2 La consommation déclarée d'alcool (CDA).

La CDA est un moyen simple pour mesurer la consommation, il évalue le nombre de « verres standard » par jour-type de consommation, ainsi que le nombre de jours avec alcool par semaine sur la période considérée. Pour obtenir facilement une consommation déclarée d'alcool, il faut faire préciser systématiquement pour tout nouveau patient sa consommation quotidienne au même titre que celle du tabac, de ses antécédents personnels, familiaux, et de ses habitudes alimentaires. Une question simple « que buvez-vous au repas ? » est acceptée sans problème si elle s'intègre dans un questionnaire systématique en dehors de tout aspect moralisateur. De plus, beaucoup de malades n'ont pas réellement conscience que leur consommation pose un problème et n'ont de ce fait pas de difficulté à l'exprimer.

3. Etat de la consommation d'alcool en France

Malgré une consommation en baisse depuis les années 1960 ⁽²³⁾, l'alcool reste la substance psycho active la plus consommée en France, qui se situe aujourd'hui au sixième rang mondial de consommation moyenne d'alcool par habitant, derrière le Luxembourg, la Hongrie,

l'Irlande, la République Tchèque et l'Allemagne. Selon le Baromètre santé 2005 environ 8 % des français âgés de 15 à 75 ans peuvent être considérés comme ayant une consommation chronique risquée d'alcool. Selon l' OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), seulement 7 % des personnes de 18 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boissons alcoolisées. Au cours des douze derniers mois, 15 % des 18-75 ans disent avoir bu tous les jours, 35 % au moins une fois par semaine et 37 % moins d'une fois par mois. L'usage quotidien s'avère presque trois fois plus fréquent parmi les hommes que parmi les femmes (23 % vs 8 %) et touche essentiellement les générations âgées (45 % des 65-75 ans contre 3 % des 18-25 ans) ⁽²⁴⁾. L'alcoolisation excessive est directement responsable d'environ 30 000 décès par an, auxquels il faut ajouter une morbidité très importante, organique, mais aussi psychologique, sociale et familiale.

C. L'ACCOOL ET LES PERSONNES AGEES

1. Les particularités des conduites d'alcoolisation du sujet âgé

Les sujets âgés ont des particularités que l'on peut préciser dans les cinq catégories de conduites d'alcoolisation définies par la Société Française d'Alcoologie ⁽²⁵⁾.

1.1 La non consommation

L'enquête santé et protection sociale 2002 (ESPS) ⁽²⁶⁾ estime que la prévalence des non consommateurs en population générale est de 16 % pour les hommes et de 32 % pour les femmes. Cette prévalence augmente avec l'âge, en effet pour les personnes âgées de plus de 80 ans, elle est de 21 % pour les hommes et de 52 % pour les femmes ⁽²⁷⁾. La plupart des personnes âgées non consommatrices le sont, soit par convictions religieuses, soit secondairement après une période de consommation excessive. D'autres ont choisi d'arrêter leur consommation d'alcool pour des raisons de santé. Les raisons de santé les plus souvent citées sont : une incompatibilité avec la prise de médicaments et/ou une pathologie liée à l'âge (diabète, cholestérol, accident cardio-vasculaire). Christian Vigne parle d'un effet lénifiant dû à l'âge ⁽²⁸⁾.

1.2 La consommation d'usage ou socialement réglée

Si l'on se réfère aux recommandations de l'OMS, le seuil toléré de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme et de 14 verres par semaine chez la femme, ne doit-il pas être abaissé pour les personnes âgées fragiles qui souvent présentent au moins une des

situations à risque (prise médicamenteuse, pathologie(s) organique(s), trouble cognitif)? Des seuils spécifiques et un guide de bonne pratique ont été proposés pour les 65 ans et plus par l'American geriatrics society (AGS) qui définit la consommation à haut risque comme supérieure à 7 verres par semaine ou supérieure à 3 verres par occasion (un verre standard aux USA correspond à 12 g d'alcool pur). L'AGS suit dans ces recommandations celles du National institute on alcohol abuse and alcoholism (NIAAA) ⁽²⁹⁾. A ce jour en France, aucune recommandation à notre connaissance, n'existe pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Mais si l'on considère les recommandations de l'OMS, n'est-il pas légitime de se référer au seuil retenu par les Etats-Unis pour les personnes âgées ?

1.3 Le mésusage

1.3.1 L'usage à risque : la personne âgée a un risque individuel particulier

L'usage à risque est défini par toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à une dépendance ou à un quelconque dommage. Il inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS s'il existe une situation à risque et/ou un risque individuel particulier et les personnes âgées ont pour plusieurs raisons sous-citées un risque individuel particulier.

1.3.1.1 Une augmentation de la sensibilité à l'alcool

La sensibilité à l'alcool augmente avec le vieillissement donc, pour une quantité identique d'alcool ingérée, le sujet âgé présente une alcoolémie plus élevée que le sujet jeune. Les taux élevés d'alcoolémie chez le sujet âgé sont en rapport avec une diminution du volume hydrique dans lequel l'alcool est dilué. Les personnes âgées sont également plus sensibles sur le plan cérébral où les effets sont plus importants pour une même alcoolémie. En conséquence, elles sont exposées à un risque élevé d'intoxication alcoolique et d'effets indésirables pour une même quantité d'alcool consommée ⁽³⁰⁾.

1.3.1.2 L'alcool et les médicaments

Il est à noter qu'en général au-delà de 65 ans la majorité des sujets âgés absorbent quotidiennement entre deux et sept médicaments différents par jour. De nombreuses études ^{(31) (32) (33) (34)} se sont intéressées aux interactions alcool-médicaments chez les séniors, et elles ont conclu que ces interactions peuvent être particulièrement préjudiciables. En effet, l'alcool perturbe la vidange gastrique, l'absorption intestinale et accélère l'oxydation hépatique entraînant une modification de l'action de certains médicaments. Il augmente les effets de

l'insuline et des sulfamides hypoglycémiantes provoquant des hypoglycémies. Sans oublier que l'alcool augmente l'effet sédatif des psychotropes et majore les troubles de la vigilance. C'est pourquoi il est nécessaire de repérer ces patients afin de les informer des risques d'une telle association. L'institut Suisse de prévention de l'alcoolisme et d'autre toxicomanie (ISPA) a mené en mars 2009 une campagne d'information sur les interactions alcool-médicaments, notamment auprès des seniors en diffusant une liste de médicaments impliqués (Tableau 4). L'AGS a également pris en considération ces interactions pour définir son seuil de consommation d'alcool chez les personnes âgées ⁽²⁹⁾.

1.3.2 L'abus ou usage nocif

L'abus ou l'usage nocif est défini par toute conduite d'alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage (social, psychique ou médical) induit par l'alcool, et l'absence de dépendance à l'alcool. A la différence de l'adulte jeune, ces dommages ne sont pas reconnus ou sont moins facilement identifiables chez les personnes âgées, c'est pourquoi les critères du CIM-10 ou du DSM-IV de l'abus ou usage nocif sont moins adaptés aux personnes âgées.

1.3.2.1 Les conséquences sociales

En général, les critères du DSM-IV applicables à l'usage abusif précisent que les habitudes de consommation doivent conduire à l'incapacité de remplir ses obligations professionnelles ou sociales, ou se dérouler dans des situations physiquement dangereuses, ou aboutir à des problèmes judiciaires. Ces classifications qui permettent d'évaluer les sujets plus jeunes sont difficiles à appliquer chez les personnes âgées qui sont à la retraite, souvent seules ou isolées avec des contacts sociaux limités ^{(35) (36) (37)}.

1.3.2.2 La tolérance de l'entourage

Si l'abus d'alcool donne souvent lieu à des critiques et à la désapprobation de l'entourage chez le sujet jeune, le regard porté sur les personnes âgées est souvent différent. La famille et l'entourage ont le plus souvent des attitudes et des comportements habilitants. En effet, sous prétextes que la personne âgée n'a plus beaucoup de temps pour profiter de la vie, elle peut s'autoriser ce « dernier plaisir » et consommer la quantité d'alcool désirée ⁽³⁵⁾. Ces facilitateurs mettent la personne âgée à l'abri des conséquences de ses actes parfois même la famille encourage cette consommation en achetant de l'alcool ou en servant un verre supplémentaire ou un verre bien rempli. A l'inverse, cette consommation peut être source de conflit et donner lieu à de la maltraitance.

Tableau 4. Liste des effets spécifiques des interactions alcool-médicaments, proposée par ISPA en Mars 2009.

Type de médicament	Effets associés à la consommation d'alcool
Anesthésiants	Diminution de l'effet anesthésiant, risque de lésions hépatiques
Antalgiques	Affaiblissement des fonctions du système nerveux central
Anti inflammatoires	Irritation et saignement de l'estomac et du tube digestif
Antibiotiques	Nausée, vomissement, migraine, possibilité de convulsions, diminution de l'effet du traitement
Anticoagulants	FD : potentialisation de l'effet anticoagulant, avec risque important d'hémorragie CC : diminution du potentiel anticoagulant, avec risque de thrombose
Antidépresseurs	Potentialisation de l'effet sédatif, diminution des aptitudes mentales
Antidiabétiques	FD : prolongation de l'effet hypoglycémiant CC : diminution de l'effet hypoglycémiant Dans les deux cas : nausées, migraines, réactions sévères et imprévisibles
Antiépileptiques	FD : augmentation du risque d'apparition d'effets secondaires CC : diminution de l'effet antiépileptique même en période d'abstinence
Antihistaminiques	Potentialisation de l'effet sédatif, somnolence et perte d'attention, étourdissements
Antihypertenseurs	Potentialisation de l'effet hypertenseur, forte réduction de la pression sanguine
Antiulcéreux	Augmentation de la disponibilité de faibles doses d'alcool.
Capsules à libération prolongée	capsule dissoute plus rapidement, principe actif libéré sans délai
Neuroleptiques	FD : potentialisation de l'effet sédatif, diminution du potentiel de coordination, difficultés respiratoires CC : lésions hépatiques
Somnifères	Forte potentialisation de l'effet des somnifères, dépression du système nerveux central
Tranquillisants	Potentialisation de l'effet sédatif, diminution des capacités d'attention et d'appréciation

FD : consommation d'une forte dose d'alcool, CC : consommation chronique d'alcool,

FD et CC sont précisées en cas d'effets différents.

Source : alcoweb

1.3.2.3 Les conséquences physiques

- ◆ Les chutes et fractures

La présentation d'un patient âgé alcoolisé est souvent atypique, et les complications physiques peuvent être confondues avec les syndromes gériatriques ⁽³⁵⁾. Les complications somatiques les plus fréquentes concernent les traumatismes et les fractures (notamment de la hanche et de la face) ⁽³⁸⁾. Ainsi, une consommation de 14 verres ou plus par semaine augmenterait de 25 % le risque de chute ⁽³⁹⁾. En terme de gravité, une association significative a été retrouvée entre une consommation élevée d'alcool et les chutes avec blessure conduisant à une hospitalisation ou à la mort chez les femmes de plus de 60 ans ^{(38) (40)}. L'alcool favorise la survenue de fractures du fait de la majoration des troubles de l'équilibre préexistants et des chutes qu'il occasionne mais aussi en tant que facteur d'ostéoporose ^{(41) (42)}.

- ◆ Les risques cardio-vasculaires

Concernant les maladies cardio-vasculaires, une consommation modérée d'alcool diminue le risque de maladies coronariennes ⁽⁴³⁾ et celui d'accident vasculaire cérébral ischémique ⁽⁴⁴⁾. Mais diminuer sa consommation d'alcool contribue également à réduire sa pression artérielle ⁽⁴⁵⁾ et par conséquent son risque cardio-vasculaire. Suite à une large méta-analyse, l'équipe de Christopher Bulpitt ⁽⁴⁶⁾ conclut que le patient hypertendu, âgé de plus de 60 ans et consommant plus de 16 verres par semaine doit réduire sa consommation d'alcool. Les études épidémiologiques ^{(47) (48)} retrouvent de façon permanente cette courbe en J montrant le rôle bénéfique d'une consommation modérée d'alcool sur le risque cardio-vasculaire. La prise d'une boisson quotidienne est associée à une diminution de ce risque, bien entendu dans ces articles, il n'est pas suggéré aux patients abstinents de commencer à boire quotidiennement. Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer cet effet protecteur : l'alcool améliore le profil lipidique, il diminue la résistance à l'insuline, la coagulation sanguine, l'inflammation et possède des propriétés anti-oxydantes ^{(49) (50)}.

- ◆ Les complications digestives et la dénutrition

Les complications somatiques digestives les plus retrouvées sont, comme chez l'adulte jeune, la dyspepsie, les gastrites, les pancréatites et les cirrhoses hépatiques ^{(51) (52)}. Les troubles gastro-intestinaux sont un des motifs les plus fréquents de consultation des consommateurs âgés aux services d'urgence des hôpitaux ^{(36) (53)}.

Lors d'une consommation excessive et prolongée d'alcool les troubles nutritionnels sont souvent au premier plan. La prise d'alcool influence le statut nutritionnel de façon directe, en se substituant à la prise alimentaire, mais également de façon indirecte, par malabsorption due aux pathologies liées à cette consommation ⁽⁵⁴⁾ et aux troubles comportementaux qu'elle provoque. Par ailleurs, à consommation égale d'alcool, les patients malnutris ont un pic d'alcoolémie plus rapidement élevé, plus étalé dans le temps que les individus correctement nourris ⁽⁵⁵⁾. Dans la littérature, on retrouve une forte prévalence de la dénutrition dans la population âgée, elle est d'environ 4 % au domicile ⁽⁵⁶⁾, 30 % en soins de longue durée et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ⁽⁵⁷⁾ et de 50 % à l'hôpital en court séjour et en soin de suite et de réadaptation (SSR) ⁽⁵⁸⁾. Ainsi le sujet âgé est particulièrement vulnérable à tous facteurs majorant la dénutrition telle que la prise excessive d'alcool.

- ♦ Les complications neurologiques

Au niveau des complications neurologiques connues, l'alcool peut être directement neurotoxique ⁽⁵⁹⁾ et induire une démence alcoolique, une encéphalopathie de Wernicke, un syndrome de Korsakoff, une polynévrite des membres inférieurs et une névrite optique. Chez les personnes âgées, les complications neurologiques sont souvent moins graves, mais réelles. En effet, l'alcool peut également accélérer ou majorer les troubles cognitifs liés à l'âge. Selon les données d'imagerie par résonance magnétique nucléaire, l'alcool est responsable d'une atrophie cortico-sous-corticale plus importante chez les sujets âgés comparativement aux sujets abstinents de même âge ⁽⁶⁰⁾ ⁽⁶¹⁾ et, pour un nombre identique d'années de consommation, le sujet âgé présente davantage de lésions que le sujet jeune ⁽⁶²⁾. Le mésusage chronique d'alcool affecte également les structures qui interviennent dans la régulation de la posture et de l'équilibre (cervelet, noyaux du tronc cérébral, zones sous-corticales et corticales) majorant le risque de chute. Cependant, de nombreuses études épidémiologiques prospectives ont montré qu'une consommation modérée d'alcool était associée à un risque plus faible de développer une démence ⁽⁶³⁾ ⁽⁶⁴⁾. Suite à leur large méta-analyse, l'équipe de Edward J Neafsey et de Michael A Collins ⁽⁶⁴⁾ retrouve qu'une consommation modérée (2 verres / jour pour les hommes et 1 verre / jour pour les femmes) semble effectivement réduire le risque de démence et de déclin cognitif chez les sujets âgés alors qu'une consommation abusive de boissons alcoolisées (de 3 à 4 verres / jour) est associée à un risque accru de démence et de troubles cognitifs.

- ◆ Diabète et hyper uricémie

Chez les patients diabétiques, une consommation excessive d'alcool conduit à une aggravation des complications du diabète comme la neuropathie ⁽⁶⁵⁾ ⁽⁶⁶⁾ et la rétinopathie diabétique ⁽⁶⁷⁾. La consommation d'alcool peut être aussi la cause d'un mauvais contrôle glycémique en cas de consommation de boissons alcoolisées sucrées, et elle est associée à une mauvaise observance du traitement diabétique mais également à des comas hypoglycémiques parmi les consommateurs excessifs mais aussi modérés d'alcool ⁽⁶⁸⁾ ⁽⁶⁹⁾.

Cependant une consommation régulière d'un à deux verres par jour d'une boisson alcoolisée non sucrée apparaît tolérable dans le diabète de type 1 ou 2 dans la mesure où elle ne perturbe pas l'équilibre métabolique et semble contribuer à une amélioration du risque cardiovasculaire. Au-delà de ce niveau de consommation, l'alcool majore les risques d'hypoglycémies et de neurotoxicité ⁽⁷⁰⁾. L'alcool est communément reconnu comme étant un facteur aggravant de l'incontinence urinaire en raison de son action diurétique. Mais très peu d'études se sont intéressées à ce sujet et encore moins chez les personnes âgées. La consommation, quelle que soit la quantité, de bière ou de liqueur est associée à une augmentation du risque de survenue de crise de goutte ⁽⁷¹⁾. En comparaison avec l'absence de consommation d'alcool, le fait de boire une bière par jour augmente le risque de crise de goutte de 50 %.

1.3.2.4 Les conséquences psychiques

Plusieurs similitudes existent entre les consommateurs d'alcool ayant débuté à un jeune âge et les consommateurs d'alcool ayant débuté à un âge avancé. Selon une étude, ces deux groupes sont susceptibles de prendre une consommation pour apaiser les sentiments de perte, de solitude et de dépression. Ainsi le vieillissement accompagné de ses changements inévitables peut expliquer les habitudes de consommation d'alcool de certaines personnes âgées ⁽⁷²⁾.

Les liens entre l'alcool et l'anxiété sont complexes. En effet un alcoolisme secondaire à un trouble anxieux est difficile à distinguer d'une anxiété compliquant un alcoolisme. La prescription d'anxiolytiques pour ces deux affections ne fait qu'ajouter à la confusion ⁽²⁸⁾. Certains signes tels que l'asthénie, le repli avec désintérêt, la dysphorie avec tristesse, l'irritabilité et les troubles du sommeil sont communs à la dépression et à l'alcoolisme ⁽³⁵⁾.

Le syndrome dépressif majeur serait selon les études trois à cinq fois plus fréquent chez les sujets âgés alcooliques que chez les sujets âgés non alcooliques ⁽⁷³⁾ ⁽⁷⁴⁾. Le taux de suicide est 16 fois plus élevé chez les alcooliques âgés que les sujets âgés sans problème d'alcool ⁽⁷⁵⁾.

En résumé, les dommages sociaux, médicaux ou psychiques induits par l'abus ou l'usage nocif d'alcool chez les personnes âgées sont moins facilement identifiables que chez l'adulte jeune car ils sont trop souvent confondus avec des syndromes gériatriques. Ainsi les situations atypiques, non pathognomoniques, mais qui doivent alerter le médecin et lui faire évoquer la possibilité d'un mésusage d'alcool chez la personne âgée sont résumées dans le tableau 5 ⁽⁷²⁾.

Tableau 5. Signes cliniques pouvant faire évoquer un mésusage d'alcool ⁽⁷²⁾

- Troubles du caractère, irritabilité, agressivité
- Tendance à l'isolement
- Difficultés dans la gestion de la vie quotidienne
- Troubles du sommeil avec une utilisation fréquente d'anxiolytiques, médicaments sédatifs ou hypnotiques
- Troubles mnésiques
- Confusion mentale, propos incohérents
- Dénutrition
- Chutes répétées, accidents ou fractures
- Réaction inattendue à un médicament (psychotrope)
- Echec thérapeutique pour une maladie normalement traitable
- L'incontinence et la régression psychomotrice avec des négligences d'hygiène corporelle qui sont souvent au premier plan
- confusion ou crise convulsive inexplicables en post-opératoire.

1.3.3 L'usage avec dépendance

Les personnes âgées ont également des particularités dans cette catégorie d'usage qui correspond à la définition du « syndrome de dépendance » dans la CIM-10 (1992) et de la « dépendance à une substance » dans le DSM-IV (1994).

1.3.3.1 Deux formes d'alcoolisme du sujet âgé

Il est classique de distinguer deux formes d'alcoolisme du sujet âgé ^{(30) (76)}.

- ◆ Un alcoolisme ancien ayant débuté avant 60 ans et qui se pérennise dans la vieillesse. Il s'agirait plutôt de buveurs excessifs anciens ayant augmenté leur consommation en raison de facteurs environnementaux négatifs. Cette forme s'observe dans 2/3 des cas.

- ◆ Et un alcoolisme à début tardif survenant après 60 ans. Il se retrouve dans 1/3 des cas. Il est réactionnel à des facteurs situationnels tel que l'isolement, la mise à la retraite, l'existence d'une maladie invalidante et/ou douloureuse, la présence au domicile d'un conjoint infirme ou grabataire et la non intégration à la vie institutionnelle ⁽²⁸⁾.

1.3.3.2 Une sémiologie du sevrage particulière

Concernant les manifestations cliniques du sevrage des consommateurs dépendants, les personnes âgées se distinguent également de l'adulte jeune. En effet, les signes de sevrage typiques (agitation psychomotrice, hypertension, troubles du sommeil), sont retardés chez le sujet âgé ⁽⁷⁷⁾ mais également plus importants et de plus longue durée que chez l'adulte jeune et les phénomènes hallucinatoires et confusionnels sont plus fréquents ^{(78) (79)}. Néanmoins, ils peuvent aussi se présenter de manières atypiques avec un tableau aspécifique associant altération de l'état général et refus d'alimentation. Encore une fois ces signes courent le risque d'être méconnus ou attribués à tort à l'âge ou aux troubles cognitifs et d'entraîner un retard diagnostique ⁽⁸⁰⁾.

1.3.3.3 Les critères de la CIM-10 et du DSM-IV

Les critères de la CIM-10 et du DSM-IV sont difficilement applicables pour définir la dépendance des personnes âgées. C'est pourquoi Fingerhood ⁽⁸¹⁾ a proposé une modification de ces critères telle que présentée dans le tableau 6. En effet, pour un état équivalent d'intoxication, le sujet âgé consomme des quantités plus faibles que l'adulte jeune (Allen et Landis, 1997). C'est pourquoi la consommation d'alcool chez les personnes âgées est plus susceptible de se traduire par des complications médicales ou psychiatriques ⁽⁸²⁾.

Tableau 6 : Application des critères de diagnostic du DSM-IV pour les adultes plus âgés

Critères	Considérations spéciales pour les adultes plus âgés
Tolérance	Peuvent avoir des problèmes même si les quantités sont faibles à cause d'une sensibilité accrue.
Sevrage	De nombreuses personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool qui ont débuté à un âge avancé ne développent aucune dépendance.
Consommer de plus grandes quantités ou pendant des périodes plus longues que prévues.	Un déficit cognitif accru peut nuire à l'auto-surveillance.
Chercher sans succès à réduire ou à contrôler la consommation.	Aucun changement.
Passer beaucoup de temps à obtenir et à consommer l'alcool et à se rétablir de ses effets.	Des effets négatifs peuvent être présents avec une consommation relativement faible.
Renoncer à des activités à cause de la consommation.	Peuvent avoir moins d'activités, ce qui rend la détection de problèmes plus difficile.
Continuer la consommation en dépit de problèmes physiques ou psychologiques qui en découlent.	Ne savent pas ou ne comprennent peut-être pas que les problèmes sont liés à la consommation, même après avoir obtenu l'avis du médecin.

2. Epidémiologie du mésusage d'alcool chez les personnes âgées

2.1 Epidémiologie du mésusage d'alcool chez les personnes âgées à domicile

A domicile la prévalence des problèmes d'alcool est estimée entre 1 % et 22 %^{(30) (82)}. Certains auteurs prévoient une augmentation de ces chiffres dans la première moitié du 21^{ème} siècle, considérant le problème de mésusage d'alcool comme une véritable « épidémie silencieuse »⁽⁸³⁾. Les critères choisis dans les différentes études pour définir l'âge de la population étudiée et le seuil de mésusage de la consommation d'alcool sont hétérogènes (DSM-IV, CIM-10, CAGE, OMS, AGS : Annexe 1). Ainsi, on retrouve une grande variabilité des prévalences en fonction des équipes et des critères choisis (Tableau 7). De plus, la majorité des études sont réalisées en Amérique du Nord, c'est pourquoi il est difficile de comparer ces résultats et de les généraliser à d'autres cultures. En France l'enquête épidémiologique PAQUID estime que 41 % des sujets âgés de 60 ans et plus consommeraient ¼ litre de vin par jour. Parmi eux 15 % des sujets consommeraient ½ litre ou plus de vin quotidiennement. Dans une autre étude épidémiologique française, 13 % des personnes âgées de plus de 65 ans vues par les médecins généralistes libéraux en consultation, ou en visite une semaine donnée, étaient classés à risque d'alcoolisation⁽⁸⁴⁾.

2.2 Epidémiologie du mésusage d'alcool chez les personnes âgées à l'hôpital

A l'hôpital, ces chiffres se situent entre 11 % et 24 % selon les études américaines⁽⁸³⁾. Dans une étude française, la proportion de patients hospitalisés un jour donné et classés à risque d'alcoolisation excessive retrouvait des chiffres de 15,6 % pour les 65 à 74 ans, 7,7 % pour les 75 et 84 ans et 4,3 % pour les plus de 85 ans. En Lorraine pour des tranches d'âges identiques les taux étaient de 12,8 %, 5,6 % et 3 %⁽⁸⁴⁾. Dans les services de gériatrie la prévalence d'alcool-dépendance est estimée à 9 %⁽⁹³⁾. En revanche l'alcool comme motif d'entrée à l'hôpital concernait 37 % des malades entre 35 et 55 ans, 11 % après 65 ans et seulement 6 % après 75 ans⁽⁹⁴⁾.

2.3 Epidémiologie du mésusage d'alcool chez les personnes âgées en institution

En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les chiffres varient de 0 à 20 %^{(95) (96)}. Dans une étude réalisée chez des personnes âgées de plus de 75 ans en Loire-Atlantique, sur 107 personnes vivants en institution 15 % déclaraient consommées 3 verres et plus par jour⁽⁹⁷⁾. Dans une étude réalisée dans huit EHPAD du Nord

Pas-De-Calais ⁽⁹⁸⁾, parmi les 308 résidents, 67,7 % déclarent une consommation quotidienne et 18,2 % sont des consommateurs excessifs (≥ 3 verres par jour).

Tableau 7. Prévalence du mésusage d'alcool chez les personnes âgées vivant à domicile selon les pays et les critères choisis (critères définis en Annexe 1).

Pays	Auteurs	Définitions	Nombre de sujet	Age	Prévalence
Etats-Unis	Adams and Cox (1995) ⁽⁸⁵⁾	DSMIV (Dépendance à une substance)	Méta-analyse	Méta-analyse	2 à 4 %
Etats-Unis	Callahan, and Tierney (1995) ⁽⁸⁶⁾	CAGE	3954	> 60 ans	10,6 %
Etats-Unis	Adams et al (1996) ⁽⁸⁷⁾	CAGE	5065	> 60 ans	9 % homme 3 % femme
		>14verres / semaine pour les hommes >7 verres / semaine pour les femmes			15 % hommes 12 % femmes
Etats-Unis	Mirand et Welt (1996) ⁽⁸⁸⁾	> 2 verres / jour	6419	> 60 ans	6 %
Etat unis	Lang et al. (2007) ⁽⁸⁹⁾	> 1 verre / jour. (AGS)	10 710 : 4607 6103	> 65 ans	6,5 % : 10,8 % hommes 2,9 % femmes
	HRS*				
Angleterre	ELSA*		2 623 : 1152 1471		23 % : 28,6 % hommes 10,3 % femmes
Brésil	Shiguemi et al (2008) ⁽⁹⁰⁾	CAGE	1563	>65 ans	9,1 %
Allemagne	Weyerer S et al (2009) ⁽⁹¹⁾	OMS	3224	>75 ans	6,5 %
Suisse	Institut Suisse ⁽⁹²⁾	> 2 verres / semaine		>65 ans	24 %

HRS : the Health and Retirement Study (United States)

ELSA : the English Longitudinal Study of Aging (England).

3. Les principales caractéristiques du consommateur âgé

3.1 Le mode de consommation des personnes âgées

Avec l'âge, les quantités d'alcool consommées diminuent ⁽⁹⁹⁾, et le nombre de non consommateurs augmente. Le vin et la bière sont les boissons les plus consommées. Les enquêtes de consommation (INPES : Baromètre santé 2000) montrent qu'avec l'âge les personnes boivent plus fréquemment mais des quantités moindres, surtout parmi les hommes. Les modes de consommation diffèrent entre les jeunes qui consomment essentiellement en fin de semaine de la bière et/ou des alcools forts en quantité importante et les personnes de plus de 65 ans qui consomment quotidiennement, surtout du vin et en quantité moindre. C'est dans la tranche d'âge 65-75 ans que la consommation quotidienne est la plus fréquente : elle concerne alors 65 % des hommes et 33 % des femmes.

3.2 Les facteurs de risque du mésusage d'alcool chez les personnes âgées

De nombreuses études ont montré que les femmes âgées boivent moins que les hommes âgés ⁽³⁶⁾. Dans le rapport Santé Canada 2002 ⁽⁷²⁾ les experts clés ont mentionné que les principaux facteurs de risque pour la consommation excessive d'alcool comportaient : l'expérience de plusieurs pertes, la solitude ⁽¹⁰⁰⁾, le célibat ^{(36) (101)}, l'isolement, les antécédents de consommation, la disparition de structures externes, comme le travail, la consommation d'alcool en situation sociale, l'altération des fonctions cognitives, l'anxiété et la dépression ^{(36) (100) (101)}. Les experts clés ont souligné que l'alcool est attrayant pour les personnes âgées, compte tenu de son acceptation sociale et de sa facilité d'accès. L'alcool peut également servir à gérer une douleur chronique. Les personnes âgées peuvent consommer de l'alcool ou le combiner avec des médicaments pour atténuer des symptômes d'autres affections médicales chroniques. Certains peuvent également croire qu'il les aidera à mieux dormir malgré les preuves de l'effet contraire.

4. Le repérage de la consommation d'alcool des personnes âgées

4.1 Les difficultés du repérage

"Dans la mesure où il dérange moins, le patient âgé qui s'alcoolise peut passer inaperçu" (Engelberts 1984). En effet, comme nous l'avons déjà vu, la société est moins concernée par les conséquences de cette alcoolisation que pour les adultes plus jeunes : pas d'arrêt ni d'accident de travail, pas ou peu de retrait de permis et pas d'agression sur la voie publique. Le coût de ce trouble est essentiellement individuel (atteinte de la qualité de vie, majoration

d'une fragilité) et la réduction associée de l'espérance de vie n'est pas prise en considération. Bien que la majorité des médecins estiment que la consommation d'alcool soit un problème important, celle-ci devient une préoccupation médicale à un stade tardif, lorsque le mésusage devient nocif ou s'accompagne de dépendance. Le manque de formation de temps, et les réticences des médecins à aborder la question de l'alcool sont des obstacles à la prévention précoce ⁽¹⁰²⁾. En effet, selon une étude du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) ⁽¹⁰³⁾ trois médecins généralistes sur quatre déclarent qu'ils se sentent un peu mal à l'aise pour poser des questions sur l'alcool. Les arguments avancés sont l'absence de critères fiables pour repérer les buveurs excessifs et l'absence de formation pour donner des conseils. Certains médecins reconnaissent même ne pas aborder le sujet car ils ne se considèrent pas comme apte à gérer une telle prise en charge ⁽¹⁰⁴⁾. D'après l'enquête de l'Association pour la recherche sur les maladies alcooliques (ARMA) et le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) ⁽¹⁰⁵⁾, seule une petite minorité des généralistes déclare souhaiter travailler avec les consommateurs "à problèmes" et les trois quarts d'entre eux disent "les aimer peu". Donc parler d'alcool reste un sujet tabou et qui dérange, et certains praticiens doutent encore de la pertinence d'une telle intervention chez les personnes âgées. Peu convaincu que le mésusage d'alcool soit véritablement un problème chez les plus âgés, ils ne se sentent en revanche, pas capables de les priver de ce dernier plaisir.

4.2 Les outils de repérage

4.2.1 La consommation déclarée d'alcool (CDA)

La consommation déclarée d'alcool est une pratique validée chez l'adulte jeune. Cependant peu d'études sont parues à ce jour pour l'utilisation de la CDA chez les plus de 65 ans, mais cette méthode reste largement utilisée et est recommandée par l'AGS ⁽²⁹⁾. Bien entendu, la fiabilité de la réponse est fortement corrélée à la formulation de la question, ouverte et non jugeante, mais également à l'absence ou non de troubles cognitifs. Un repérage systématique doit concerner tout nouveau patient, et pour les autres, un questionnement tous les ans au même titre que la consommation de tabac et l'alimentation est préconisé. Un repérage ciblé doit concerner les patients présentant des signes cliniques pouvant faire évoquer une consommation avec mésusage (Tableau 5) ou sur la présence de facteurs prédictifs de mésusage : homme, fumeur, ayant des difficultés sociale et la notion de perte récente. Si le repérage est en faveur d'un mésusage, un questionnaire plus complet, la clinique et les examens biologiques permettent d'en définir le type ⁽¹⁰⁶⁾.

4.2.2 Les questionnaires

Les questionnaires ont pour but de repérer les personnes en mésusage de leur consommation d'alcool. Ils doivent avoir une bonne sensibilité et une bonne spécificité. Ces outils sont validés chez l'adulte jeune mais se pose le problème de leur validité dans des populations plus spécifiques comme celle des personnes âgées. La sensibilité et la spécificité de ces questionnaires retrouvés chez les seniors sont très différentes en fonction des tests et des structures étudiés (Tableau 8).

Tableau 8. Sensibilité et spécificité des différents questionnaires de repérage du mésusage d'alcool chez les personnes âgées en fonction de différentes études.

Questionnaire	Sensibilité	Spécificité
CAGE/DETA		
Centre médical de vétérans EU ⁽¹⁰⁷⁾	63 %	82 %
Consultation en hôpital universitaire (âge>60 ans) ⁽¹⁰⁸⁾	70 %	91 %
Consultation en hôpital universitaire (âge>65 ans) ⁽¹⁰⁹⁾	48 %	99 %
Maison de retraite EU ⁽¹¹⁰⁾	82 %	90 %
Hospitalisation ⁽¹¹¹⁾	15 %	98 %
MAST-G*		
Consultation en hôpital universitaire (âge>65 ans) ⁽¹⁰⁹⁾	52 %	91 %
Maison de retraite (EU) ⁽¹¹⁰⁾	93 %	65 %
Hospitalisation ⁽¹¹¹⁾	50 %	90 %
Short MAST-G		
Soins primaires avec seuil de positivité ≥ 2 ⁽¹¹²⁾	48 %	100 %
Soins primaires avec seuils de positivité ≥ 5 ⁽¹¹³⁾	52 %	96 %
AUDIT-5		
Hospitalisation ⁽¹¹⁴⁾	75 %	97 %
FACE*	Pas de donnée	Pas de donnée

*Détail des questionnaires en Annexe 2.

♦ Le questionnaire CAGE ou DETA

L'un des instruments de repérage le plus connu est le CAGE (Cut Down, Annoyed, Guilty Feelings, Eye Opening)⁽¹¹⁵⁾ validé en français sous l'acronyme DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool le matin)⁽¹¹⁶⁾ (Figure 3). Il est composé de quatre questions, et deux réponses positives dénotent habituellement de l'existence d'un problème attribuable à la consommation d'alcool. Deux études américaines ont montré un intérêt à l'utilisation de ce questionnaire chez les patients âgés de plus de 60 ans⁽⁸⁷⁾⁽¹⁰⁸⁾. Les experts qui ont contribué à la rédaction du rapport santé Canada 2002⁽⁷²⁾ sur le traitement et la réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool, préconisent son utilisation chez les personnes âgées. Il en est de même dans le guide de bonne pratique de l'AGS⁽²⁹⁾. Toutefois, il est suggéré d'accroître sa sensibilité, en abaissant la note de passage à une seule réponse positive dans le cas des personnes âgées⁽⁸¹⁾⁽⁸⁷⁾. Mais le questionnaire CAGE/DETA est moins efficace à domicile qu'à l'hôpital⁽¹¹⁷⁾. De plus rappelons que le libellé des questions est encore une fois peu adapté aux modes de consommation et au vécu des personnes âgées : installation plus lente d'une tolérance à l'alcool, consommation plus faible et un entourage moins présent.

Figure 3. Questionnaire CAGE/DETA :

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 déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

4 / Avez-vous eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolo-dépendance partir de 2 items positifs.

- ♦ Le questionnaire MAST ou sa version gériatrique (MAST-G)

Le Test de dépistage d'alcoolodépendance du Michigan (MAST) ⁽¹¹⁸⁾ et sa version gériatrique (MAST-G) ⁽¹¹⁹⁾ sont également utilisés. Le MAST-G est un questionnaire constitué de 24 questions avec une réponse positive ou négative possible pour chaque question (Annexe 2). Il est considéré comme positif chez les personnes âgées si le score est supérieur ou égal à 5 ⁽¹⁰⁷⁾⁽¹²⁰⁾. Blow et son équipe en 1992 démontrent une sensibilité de 94 % et une spécificité de 78 % dans le dépistage d'abus et de dépendance chez les personnes âgées ⁽¹²⁰⁾. D'autres études américaines ont révélé des sensibilités plus basses ⁽¹⁰⁹⁾⁽¹¹⁰⁾⁽¹¹¹⁾. De plus il reste trop long pour une utilisation aisée en ambulatoire et ne renseigne pas sur la sévérité des problèmes liés à l'alcool. Un questionnaire dérivé, le SMAST-G (short MAST-G) moins long a été développé. Mais sa sensibilité est de l'ordre de 50 % chez les personnes âgées ⁽¹¹²⁾⁽¹¹³⁾. Ces deux questionnaires ne distinguent pas le caractère ancien ou récent de l'alcoolisation et ils repèrent plus l'abus et l'alcoolodépendance que la consommation excessive d'alcool ⁽¹⁰⁹⁾.

- ♦ Le questionnaire AUDIT

Le questionnaire à 10 items du Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), également validé en français ⁽¹²¹⁾ a l'avantage d'isoler les consommateurs excessifs (score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et 7 chez la femme) et les probables consommateurs alcoolodépendants (score supérieur à 12 chez l'homme et 11 chez la femme) (Annexe 2). Les caractéristiques du test sont excellentes chez l'adulte jeune : sa sensibilité est de 92 % et sa spécificité est de 94 %. Son principal défaut est d'être trop long en ambulatoire et difficile à réaliser en salle d'attente en France ⁽¹⁰⁴⁾. Pour dépasser ces problèmes de longueur, deux autres questionnaires ont été créés l'AUDIT C ⁽¹²²⁾ et l'AUDIT 5 ⁽¹²³⁾. Ces deux questionnaires conservent les trois premières questions de l'AUDIT interrogeant sur les quantités, mais comme nous l'avons déjà vu, celles-ci n'ont pas le même caractère discriminant chez le sujet âgé. Même si l'AUDIT ne prend pas en compte les comorbidités des personnes âgées, et que les seuils proposés ne sont pas nécessairement adaptés aux aînés, il est selon certains auteurs ⁽¹²⁴⁾ à utiliser chez les personnes âgées. En effet une étude a montré qu'il était supérieur au CAGE pour cette population ⁽¹¹⁴⁾.

- ♦ Le questionnaire FACE

Le questionnaire FACE (Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien) (Annexe 2) créé et validé en Français pour répondre à la demande des médecins généralistes souhaitant un questionnaire court (5 questions, chacune cotée de 0 à 4) et réalisable en entretien, n'a pas été

testé spécifiquement chez les plus de 65 ans. Il a le même avantage que l'AUDIT à savoir qu'il permet de repérer trois types de consommation (risque faible, risque élevé, alcool dépendance probable).

En conclusion, les données de la littérature ne permettent pas de trancher sur l'utilisation d'un questionnaire en particulier chez les personnes âgées, cependant il semble que l'AUDIT ou le CAGE (modifié à une réponse positive) seraient les plus adaptés et les plus faciles d'utilisation à domicile ⁽¹²⁵⁾.

◆ Un questionnaire pour l'avenir

Même si l'AUDIT ou le CAGE « modifié » sont à priori les outils de repérage à privilégier, le repérage des problèmes d'alcool chez les sujets âgés est actuellement peu performant et la création d'un nouvel outil de dépistage est nécessaire. C'est pourquoi, l'ANPA (Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme) et son programme « Boire Moins C'est Mieux », auquel a succédé en 2006 l'IPPSA (Institut de Promotion de la prévention secondaire en Addictologie), se sont intéressés au développement d'un outil de repérage des consommations à risque chez la personne âgée en milieu ambulatoire (cabinets de médecine générale, centres de santé), l'autoquestionnaire EDDA (« Enquête sur les Dommages Dus à l'Alcool »). Cet autoquestionnaire correspond à la traduction française par le Docteur Dorothée Lecallier et le Docteur Philippe Michaud, de l'autoquestionnaire ARPS (Alcohol-Related Problems Survey) développé par l'équipe américaine du Dr Arlène FINK et Moore en 2000 ⁽³⁴⁾ ⁽¹²⁶⁾ (Figure 4). Ce questionnaire cherche à classer les situations en « non hazardous » (non dangereuse), « hazardous » (dangereuse) et « harmful » (problématique) à l'aide d'un algorithme fondé sur l'étude de Moore ⁽¹²⁶⁾.

Figure 4. EDDA est un questionnaire en 22 questions pouvant comporter des sous questions

- 2 questions sur les problèmes de santé connus ;
- 1 question sur les éventuels symptômes ;
- 1 question sur le tabagisme ;
- 4 questions sur les médicaments utilisés ;
- 3 questions sur la consommation d'alcool ;
- 5 questions sur les éventuelles conséquences de la consommation d'alcool ;
- 2 questions sur l'état de santé ressenti par le patient ;
- 3 questions sociodémographiques.

Le questionnaire ARPS est équivalent (sensibilité et spécificité) au CAGE, au MAST et au S-MAST pour le repérage de l'abus et la dépendance à l'alcool. Il est aussi équivalent à l'AUDIT pour le repérage de la consommation excessive d'alcool. Il repère, de plus, les personnes âgées pour lesquelles le risque provient de l'association de l'alcool avec les médicaments et les conditions de vie ⁽¹²⁷⁾. Ce questionnaire en cours de validation paraît donc plus adapté à la problématique pour l'avenir. Mais son utilisation est complexe, en effet, l'obtention d'un score se fait par l'analyse informatisée des réponses ce qui le réserve pour le moment à la recherche.

En résumé, il vaut mieux un repérage imparfait que pas de repérage du tout et l'AUDIT ou le CAGE, en attendant la validation française de l'ARPS, peuvent servir de guide pour l'entretien.

4.2.3 Les marqueurs biologiques

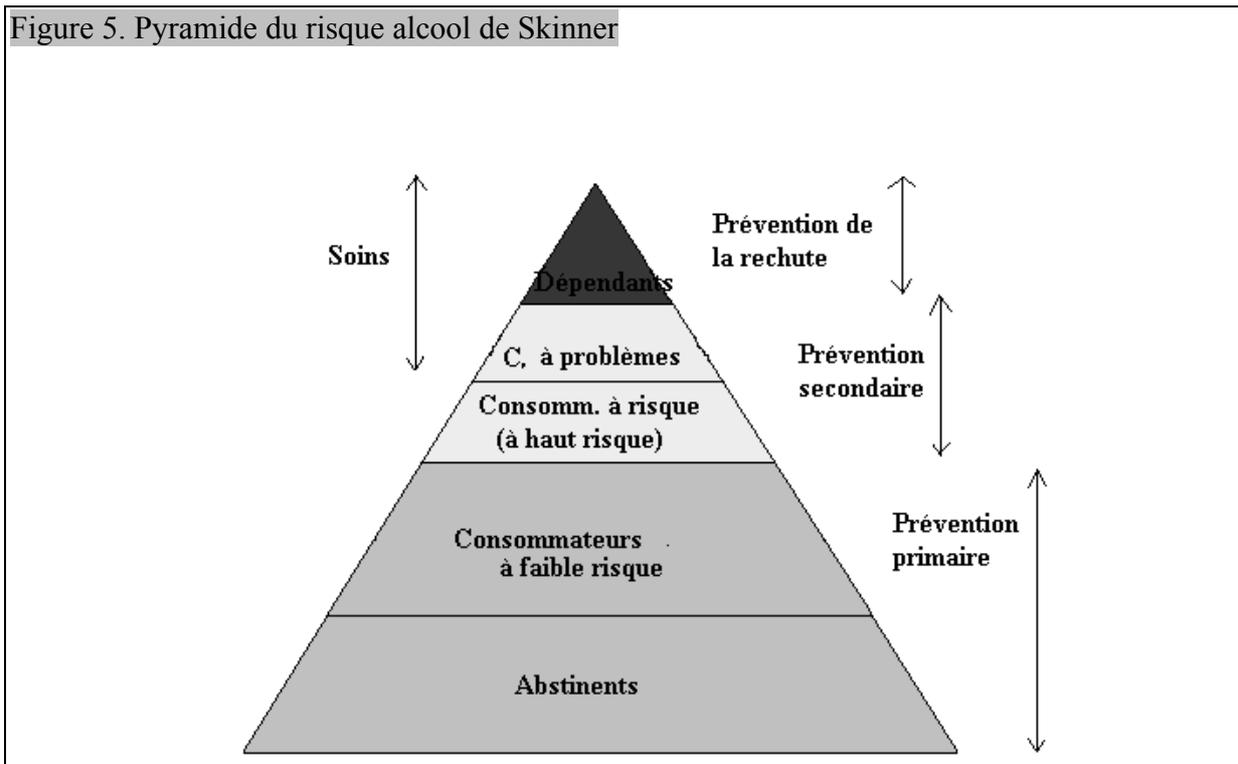
Les marqueurs biologiques ont un intérêt modéré dans le repérage d'une consommation excessive d'alcool. Les plus utilisés sont les dosages des gamma-glutamyltransférases (γ GT), du volume globulaire moyen (VGM) et à coût plus élevé celui de la transferrine déficiente en carbohydrates (CDT) (Tableau 9).

Tableau 9. Comparaison entre les tests biologiques dans le dépistage des problèmes d'alcool.

	CDT	γ GT	VGM
Demi-vie	15 jours	10 jours	3 mois
Sensibilité	60 % chez l'homme 30 % chez la femme	30 à 50 %	20 %
Spécificité	92 %	40 à 90 %	> 90 %
Quantité d'alcool nécessaire pour une augmentation	60 g/j pendant au moins 2 à 3 semaines	80 à 200 G/J	
Faux positifs	Grossesse Insuffisance hépatique sévère Cirrhose biliaire primitive Variante génétique D de la transferrine	Pathologie hépatobiliaire Hypertriglycémie Obésité Diabète	Déficit en vitamine B9-B12 Pathologie thyroïdienne Dysmyélopoïèse Hépatopathie non liée à l'alcool

4.3 Conséquence du repérage

L'intérêt de ce repérage est de mettre en place une action de prévention et de soin appropriée au mode de consommation. La pyramide du risque alcool de Skinner peut être utilisée pour illustrer les différentes étapes de la prévention en fonction des différents types de consommation (Figure 5).



4.3.1 La prévention primaire

La prévention primaire s'adresse aux abstinentes ou aux consommateurs à faible risque (consommation d'usage). Elle a pour objectif de limiter le passage vers une consommation à risque. Les moyens développés en prévention primaires sont nombreux (législatifs, éducatifs). Il s'agit essentiellement d'éducation à la santé. Les messages de prévention doivent être adaptés aux personnes âgées, ils doivent également cibler leur entourage et les professionnels médicaux et paramédicaux.

4.3.2 La prévention secondaire

◆ L'intervention brève

La prévention secondaire s'adresse aux consommateurs à risque avec ou sans dommage de leur consommation (usage à risque ou usage nocif). Son but est d'inciter les consommateurs à réduire leur consommation pour éviter l'apparition de dommage chez les patients à risque et pour éviter l'aggravation des dommages déjà présents pour les consommateurs à problème. Les interventions brèves ont été mises au point à l'intention de ces usagers ne souffrant d'aucune dépendance. Cependant, chez les patients dépendants, elles peuvent faciliter l'aiguillage vers les programmes de traitement plus complets. Dans tous les cas, l'objectif est d'accroître la motivation du patient à changer de comportement, à se poser des questions sur les avantages et les inconvénients de sa consommation de substances, à surveiller son propre comportement et à le modifier. Il existe plusieurs schémas pour réaliser une intervention brève, mais six étapes communes ont été identifiées et résumées sous l'acronyme anglais FRAMES^{(130) (131)}.

1. Feed-back : Restitution des résultats du test de repérage au patient. Identification de la quantité, de la fréquence de sa consommation d'alcool et des problèmes présentés du fait de cette consommation.

2. Responsibility : Responsabiliser. Le changement de comportement appartient au patient et non au thérapeute.

3. Advice : Donner un conseil clair de modération.

4. Menu of change : Evoquer avec le patient les différentes stratégies de réduction de sa consommation et de suivi.

5. Empathy : Avoir une attitude compréhensive et ne pas émettre de jugement. Valorisation des efforts et des acquis du patient.

6. Self-efficacy : Laisser le patient acteur de son changement. Renforcer sa motivation en insistant sur ses capacités personnelles.

Ces interventions peuvent être appliquées avec efficacité par différents professionnels, dont les infirmiers, les médecins, les psychologues. En population générale les interventions brèves se sont montrées efficaces. Selon les études 30 à 50 % des « buveurs à risque » diminuent leur

consommation après une intervention brève ⁽¹³¹⁾ ⁽¹³²⁾. Mais qu'en est-il pour les personnes âgées ?

- ◆ Efficacité de l'intervention brève chez les personnes âgées

Il existe moins d'études cliniques concernant l'intervention brève et son efficacité chez les personnes âgées. Aux USA, le Docteur Fleming et ses collaborateurs ont inclus dans une étude randomisée 158 personnes âgées consultant en centre de santé ⁽¹³³⁾. A 12 mois de suivi, parmi le groupe ayant bénéficié de 2 séances de 10-15 minutes d'intervention brève, on note une réduction significative de 34 % de la consommation d'alcool sur la semaine, de 74 % du nombre moyen d'épisodes de binge-drinking, et de 62 % du nombre de personnes âgées buvant plus de 21 verres par semaine. Le groupe contrôle qui ne bénéficiait d'aucun avis, n'a pas montré de changement dans sa consommation. Une étude similaire a été réalisée par Marlon P et son équipe ⁽¹³⁴⁾ (étude randomisée, 158 patients âgés de plus de 65 ans consultant en centre de santé primaire) avec un suivi plus important de 2 ans. Dans le groupe ayant bénéficié d'une intervention brève, cette étude retrouvait à 3 mois de suivi, une diminution de 40 % de la consommation moyenne sur une semaine. Dans le groupe témoin, une réduction de 6 % est observée. A 24 mois de suivi, la réduction du nombre de verre moyen consommé dans une semaine et la diminution du nombre de consommation excessive (>20 verres par semaine pour les hommes et >13 verres par semaine pour les femmes) dans le groupe « intervention brève », restent significatives par rapport au groupe témoin (p respectivement à 0.001 et 0.03) ⁽¹²⁷⁾. Malheureusement, cette étude n'a pas montré d'impact économique de cette stratégie (incluant jours d'hospitalisation, nombre de passages aux urgences, consultations, médicaments, examens complémentaires, problèmes judiciaires ou mortalité). D'autres études sur l'efficacité des interventions de courte durée par rapport à la consommation d'alcool chez les personnes âgées ont également donné des résultats positifs ⁽¹³⁵⁾. Ces méthodes peuvent être particulièrement efficaces chez les consommateurs ayant commencé à consommer à un âge avancé ou dans les cas où la consommation de substances est moins sévère ⁽¹³⁶⁾. Le médecin est un intervenant approprié pour réaliser ces interventions brèves, en effet l'étude PRISME-E a montré que les personnes âgées acceptent plus facilement une prise en charge par leur médecin traitant plutôt qu'en établissement spécialisé (centre d'addictologie) ⁽¹³⁷⁾.

4.3.3 Prévention tertiaire et soins : les personnes âgées dépendantes

Pour les personnes âgées dépendantes, les études ⁽³⁵⁾ ⁽¹³⁸⁾ préconisent de réaliser le sevrage en milieu hospitalier. Oslin et son équipe ont constaté que les personnes âgées entrant dans un

programme de sevrage présentent moins de problèmes psychiatriques que l'adulte jeune, et la gravité de leur dépendance à l'alcool est, elle aussi, moins importante. En revanche les pathologies somatiques induites ou non par cette consommation sont plus nombreuses que l'adulte jeune et se compliquent plus facilement pendant la période de sevrage. Cette hospitalisation permet donc de prévenir plus facilement les complications graves (delirium tremens, convulsions, chutes, hématomes intra-cérébraux), mais également les troubles hydro-électrolytiques et les complications somatiques. Une prise en charge psychologique et sociale est également indispensable ⁽¹³⁹⁾. La dépression et l'alcoolodépendance coexistent souvent, c'est pourquoi il faut systématiquement la détecter et la traiter. Les psychothérapies de soutien, les techniques de relaxations ou les thérapies cognitivocomportementales peuvent être utilisées ⁽¹⁴⁰⁾. L'identification des facteurs associés à un problème d'alcool tels que les changements de vie, la détérioration récente de la santé, de la douleur, l'anxiété, l'ennui, la solitude, la perte ou le chagrin, est indispensable ⁽¹⁴¹⁾. L'approche sociale et environnementale doit ainsi privilégier la lutte contre ces facteurs de risques et d'aggravation. L'intervention de groupes associatifs tant pour les personnes à domicile qu'en institution a démontré son intérêt.

III. ETUDE

A. HISTORIQUE

En 2008, le réseau gérontologique Gérard Cuny et le réseau ALCAD (alcool et autres addictions) ont initié localement une réflexion sur la problématique « alcool et personnes âgées ». Ce travail a donné lieu le 17 juin 2008 à une journée de formation rassemblant des intervenants en gérontologie et en alcoologie dans un échange de pratiques de prises en charge, encore peu formalisées jusque là. Cette réflexion a également donné lieu à une recherche systématique de la consommation d'alcool des personnes âgées nouvellement incluses dans le Réseau Gérard Cuny sur le Grand Nancy, puis cette démarche de repérage s'est étendue aux autres réseaux gérontologiques lorrains afin de mesurer l'ampleur du problème à une plus grande échelle.

Cette première étude a débuté en mars 2009 et s'est échelonnée sur quatre mois. Elle a consisté à interroger systématiquement les personnes âgées nouvellement incluses dans les réseaux gérontologiques, sur leur consommation d'alcool lors de l'évaluation gérontologique standardisée réalisée à domicile. L'outil utilisé était une fiche individuelle de repérage réalisée avec le concours de Monsieur le Professeur Paille du centre d'alcoologie du CHU de Nancy. Six réseaux (Nancy, Metz, Lunéville, Thionville, Saint Nicolas de Port et Bar le Duc) ont participé à cette étude de repérage de la consommation d'alcool chez les personnes âgées fragiles vivant à domicile, et au total 130 fiches ont été recueillies et analysées. La prévalence du mésusage d'alcool (selon les seuils retenus par l'OMS) calculée sur cet échantillon était de 13,1 %, confirmant que cette problématique était bien réelle.

Suite à cette première phase, le groupe de travail issu du groupe « réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains a décidé de poursuivre l'enquête de repérage et de l'étendre à huit réseaux gérontologiques lorrains.

B. OBJECTIF DE L' ETUDE

- ♦ L'objectif est d'évaluer la prévalence du mésusage d'alcool selon les seuils retenus par l'OMS et l'AGS d'un échantillon de la population accueillie par les réseaux gérontologiques de Lorraine.

- ♦ Cette étude permettra également de rechercher une association entre le mésusage d'alcool et certaines données épidémiologiques, psychosociales et cliniques.

C. MATERIEL ET METHODE

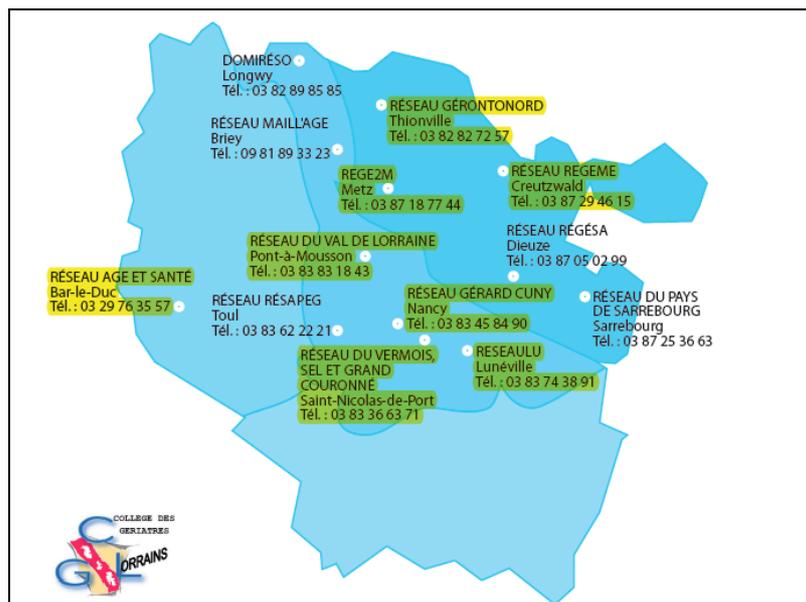
1. Choix de la méthode

Cette étude est une étude descriptive, transversale, multicentrique, prospective non randomisée de cas consécutifs non contrôlés.

L'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats, ont été réalisées avec l'aide du service d' Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy. Cette analyse a comporté une description des caractéristiques d'une population prise en charge par un réseau gérontologique de Lorraine. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart type, les variables qualitatives par leur fréquence et leur pourcentage. Les caractéristiques des patients ont été comparées selon le site, les données psychosociales, cliniques et leur consommation d'alcool, par un test t de Student ou un ANOVA pour les variables quantitatives et par un test du Khi 2 pour les variables qualitatives. Le seuil de signification (p) retenu est de 0,05.

Huit sites ont participé à l'enquête de repérage : le réseau Gérard Cuny à Nancy, le réseau Réseaulu à Lunéville, celui du Val de Lorraine à Pont à mousson, le réseau de Saint Nicolas de Port, le réseau Age et santé à Bar le Duc, Gérontonord à Thionville, Rege2M à Metz et le réseau Regeme à Creutzwald (Figure 6).

Figure 6. Carte des réseaux gérontologiques Lorrains.



Les premiers questionnaires sont remplis en mars 2009 et le recueil des données s'est effectué jusqu'en décembre 2010 permettant d'obtenir un total de 1241 questionnaires. Pour chaque patient nouvellement inclus dans un réseau gérontologique, un questionnaire « alcool » est complété lors de la première évaluation gérontologique standardisée réalisée au domicile. La première intervention d'un médecin ou d'une infirmière au domicile du patient fait suite à des signalements pouvant être effectués par le médecin traitant, les établissements de santé, les CCAS (centre communal d'action social), les structures de services à domicile ou l'entourage. Cette intervention s'effectue après accord du patient et du médecin traitant. Les signalements sont le plus souvent motivés par un contexte social et sanitaire difficiles (isolement, pauvreté, logement inadapté, confinement, hygiène insuffisante, déficience sensorielle mal compensée) mais également pour des raisons médicales (hospitalisations itératives non programmées, chutes, polyopathologies et polymédications, démotivations, baisse des réserves nutritionnelles). Les patients âgés de plus de 75 ans peuvent bénéficier de l'intervention d'un réseau gérontologique, ou de plus de 60 ans en cas de situation particulière (circulaire DHOS/UNCAM du 15 mai 2007).

2. L'outil

2.1 La réalisation du questionnaire

« Le questionnaire alcool » (Figure 7) est une fiche individuelle de repérage réalisée par le groupe de travail issu du « groupe réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains. Il est inclus dans l'EGS et complété aux domiciles des personnes âgées par les médecins ou les infirmières qui réalisent les visites. Ces intervenants ont préalablement été sensibilisés au remplissage de la fiche lors des différentes réunions du groupe réseaux du Collège des Gériatres Lorrains (échanges entre réseaux sur les méthodes de recueil des différents items).

2.2 Les données du questionnaire

2.2.1 Les variables du « questionnaire alcool ».

Le « questionnaire alcool » a été construit afin de prévoir le recueil de variables socio-démographiques telles que l'âge, le sexe, la situation matrimoniale et la catégorie socioprofessionnelle (six catégories socioprofessionnelles sont proposées). Le groupe de travail a également décidé de retenir certains facteurs, dits de « fragilité » reflétant les éventuelles conséquences d'un mésusage et accentuant la fragilité des situations rencontrées. Ces facteurs de fragilité sont multiples. Ils permettent d'évaluer l'environnement social des

personnes âgées en les interrogeant sur la présence ou non : de l'entourage, de problème de voisinage, de couple ou de conflits familiaux. Les autres données retenues sont du domaine médical. En effet, à l'aide de l'évaluation gérontologique standardisée, les intervenants devaient préciser si la personne âgée présentait ou ne présentait pas : des troubles cognitifs, nutritionnels, un trouble du comportement, une anxiété et/ou des affects dépressifs. Ils devaient également rechercher des antécédents de chutes et de syndrome confusionnel. La « consommation déclarée d'alcool » est le dernier item du questionnaire.

Figure 7. Grille de repérage de la consommation d'alcool :

- Nom : __ Prénom : __ Age : __ Date : __ Evalueur : __
- Sexe : __ Situation matrimoniale : __
- **Catégorie socioprofessionnelle :**
 - Agriculteurs/ exploitants Professions intermédiaires
 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise Employés
 - Cadres et professions intellectuelles supérieures Ouvriers
- **Facteurs de fragilité retenus :**
 - Soutien de l'entourage : Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
 - Trouble du comportement - Troubles nutritionnels - Antécédents de chutes
 - Problèmes de voisinage - Anxiété - Troubles cognitifs
 - Problèmes de couple - Affects dépressifs
 - Problèmes familiaux - Antécédents de syndrome confusionnel
- **Evaluation de la quantité d'alcool consommée :**
 - Nombre de jours de consommation d'alcool par semaine : __ jours / semaine.
 - Nombre de verres d'alcool consommés lors d'un jour type de consommation : __ verres /jour.

Les personnes âgées sont interrogées sur le nombre de verres d'alcool ingérés lors d'un jour type de consommation, et sur le nombre de jours dans la semaine où le patient consomme.

Dans un premier temps, chaque patient a été classé en « consommateur » et « non consommateur ». Dans un deuxième temps, deux classes ont été différenciées : les « consommateurs ayant un mésusage » selon les seuils retenus par l'OMS puis par l'AGS et les autres personnes âgées. Pour chaque patient, l'ensemble des données est enregistré dans un logiciel patient utilisé par l'ensemble des réseaux gérontologiques nommé Logiréso[®]. Chaque individu possède un code individuel assurant l'anonymisation de l'extraction des données pour l'analyse statistique.

2.2.2 Les données de l'EGS (Annexe 3).

L'EGS, remplie de façon concomitante au « questionnaire alcool », contient plusieurs outils validés pour permettre d'évaluer de façon systématique l'état nutritionnel, l'humeur, les fonctions cognitives et l'autonomie des personnes âgées. Les résultats de l'EGS ont permis aux intervenants de compléter « le questionnaire alcool ».

2.2.2.1 Les troubles nutritionnels

Pour dépister la dénutrition chez les personnes âgées, les intervenants utilisent un outil intitulé : MNA (Mini Nutritional Assessment). Il s'agit d'un questionnaire de 18 items, avec un score total maximal de 30 points. Les items comprennent les facteurs de risque de dénutrition (dépendance, dépression, démence, escarres, polymédication), une évaluation de l'appétit, une enquête alimentaire et des critères cliniques (perte de poids, IMC, circonférences brachiales et du mollet). Un score total compris entre 17 et 23,5 points évoque un risque de malnutrition et un score inférieur à 17 points correspond à un mauvais état nutritionnel. Les intervenants ont jugé de la présence ou non de trouble nutritionnel dans le questionnaire alcool, en fonction du résultat du MNA avec une valeur seuil de 17 points.

2.2.2.2 Les affects dépressifs

Le Mini GDS (Geriatric Depression Scale) (Figure 8) est un outil d'aide au repérage d'affects dépressifs chez les personnes âgées. Un score de 0 sur 4 suggère l'absence de syndrome dépressif, alors qu'un score de 1 à 4 indique la forte probabilité d'une dépression et surtout la nécessité d'effectuer un bilan plus approfondi. A l'aide de ce score, les intervenants ont jugé de l'absence ou non d'affects dépressifs chez les personnes interrogées.

Figure 8. Mini-GDS : Geriatric Depression Scale

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

1. Vous sentez- vous découragé(e) et triste ? Oui Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? Oui Non
3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? Oui Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? Oui Non

Si réponse soulignée est cochée = 1 point

SCORE TOTAL : ____ / 4

Interprétation :

- Si score total supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression
- Si score total égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression

2.2.2.3 Les troubles cognitifs

Le MMSE de Folstein (Mini Mental State Examination) évalue le fonctionnement cognitif global. Nous avons pris la décision de ne pas tenir compte de la pondération liée au statut socioculturel pour le cut-off du MMSE. Un score supérieur ou égal à 25 correspond à un patient sans trouble cognitif. Pour un score compris entre 24 et 19 les troubles cognitifs sont considérés comme légers, entre 18 et 10 les troubles cognitifs sont dits modérés et pour un score inférieur à 10 les troubles cognitifs sont considérés comme sévères. Ainsi dans le « questionnaire alcool », les troubles cognitifs sont présents si les personnes âgées obtiennent un score inférieur à 25 au MMSE. Un grand nombre de MMSE a été enregistré dans Logiréso[®], ce qui a permis de préciser le degré de sévérité des troubles cognitifs des personnes interrogées.

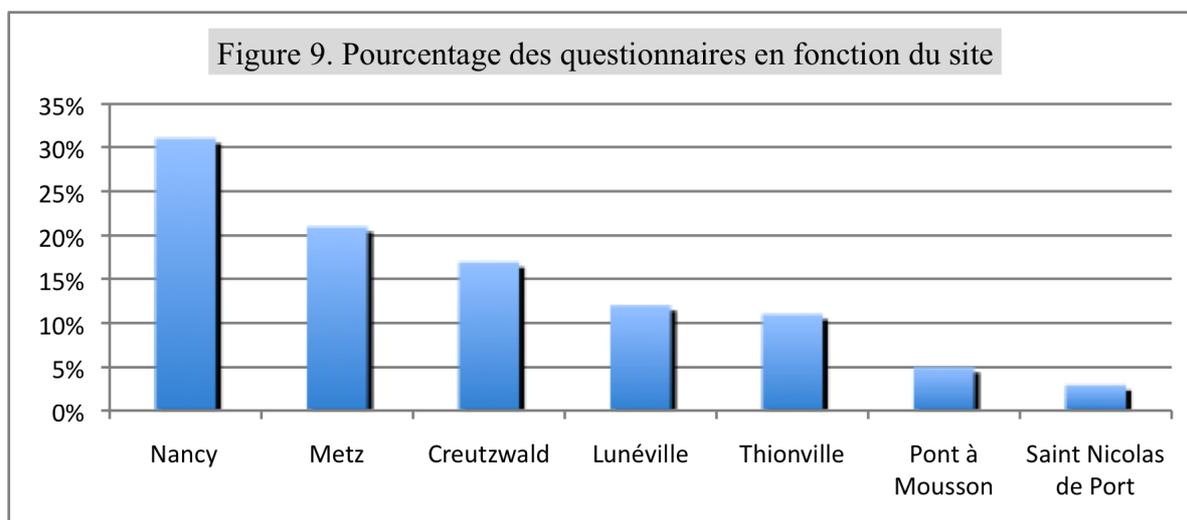
2.2.2.4 La perte d'autonomie

Dans « le questionnaire alcool », aucun item ne concerne le degré d'autonomie des personnes âgées. Mais, lors de la première présentation des résultats de l'enquête, une question supplémentaire s'est posée : existe-t-il une association statistique entre le mésusage d'alcool et le degré d'autonomie des personnes âgées reflétant en partie la capacité à se procurer de l'alcool ? Pour y répondre, le groupe de travail a décidé d'utiliser le GIR : groupe iso ressource de chaque personne interrogée, obtenu après remplissage de la grille AGGIR dans le logiciel Logiréso[®].

D. RESULTATS

1. Les données recueillies

Sur les huit sites, les données de Bar le Duc n'ont pu être exploitées, suite à un défaut d'extraction de ces dernières. Tous les patients interrogés par les intervenants des réseaux de mars 2009 à décembre 2010 et ayant accepté de répondre au « questionnaire alcool » ont été inclus dans l'étude sans critère d'exclusion. Ainsi, nous avons obtenu un total de 1241 questionnaires sur les sept sites. Le nombre de questionnaires recueillis est plus important dans les réseaux de Nancy (N= 389), Metz (N= 254) et Creutzwald (N= 212), par rapport à celui de Lunéville (N= 150), Thionville (N= 140), Pont à Mousson (N=60) et Saint Nicolas de Port (N= 36) (Figure 9).



2. Les caractéristiques de la population

2.1. Les données épidémiologiques

2.1.1. L'âge, le sexe et la situation matrimoniale (Tableau 10)

Sur l'ensemble des sites, l'âge moyen des patients est de 80,7 ans (l'écart type est de 7,6 ans) et l'âge médian est de 81 ans. La proportion d'hommes et de femmes est inégale, en effet les femmes sont plus nombreuses et représentent 65,6 % (N=814) de notre population. Les

caractéristiques d'âge et de sexe sont sensiblement les mêmes quelque soit le site de l'enquête, à l'exception des bassins de vie des réseaux de Lunéville et de Pont à Mousson où la population féminine est surreprésentée (plus de 70 %). La majorité des personnes âgées interrogées vivent seules (57,1 %).

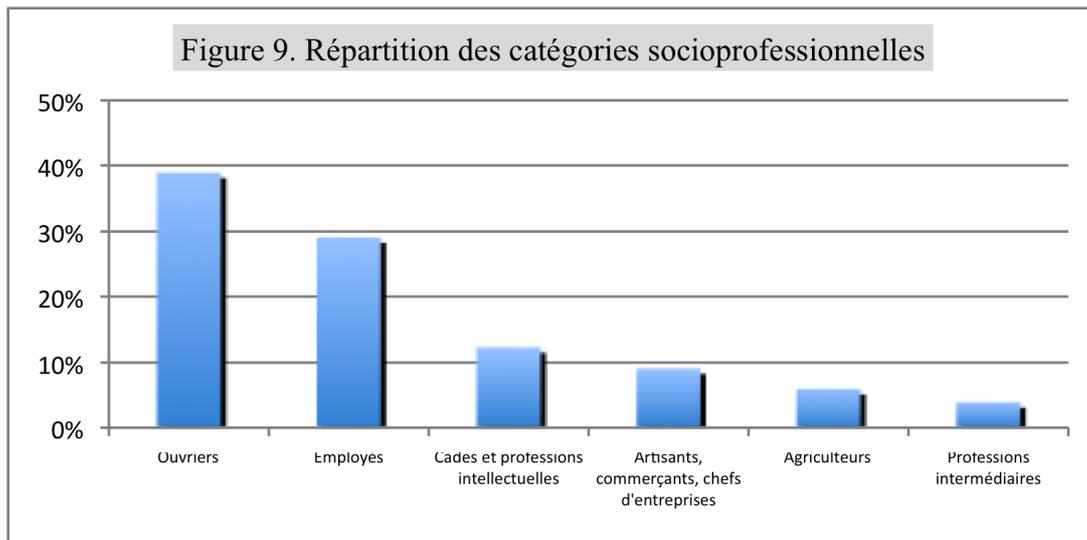
Tableau 10. Répartition de l'âge, du sexe et de la situation matrimoniale selon le site.

Sites N= nombre de questionnaire	Age moyen (ans)	Sexe		Situation matrimoniale*	
		Homme	Femme	Seul	En couple
Creutzwald N=212	78,8	76 (35,8 %)	136 (64,2 %)	114 (54,8 %)	94 (45,2 %)
Lunéville N=150	80,9	44 (29,3 %)	106 (70,7 %)	106 (70,7 %)	44 (29,3 %)
Metz N=254	81,1	93 (36,6 %)	161 (63,4 %)	102 (40,2 %)	152 (59,8 %)
Nancy N=389	80,4	138 (35,5 %)	251 (64,5 %)	223 (57,3 %)	166 (42,7 %)
Saint Nicolas N=36	82,6	12 (33,3 %)	24 (66,7 %)	23 (63,9 %)	13 (36,1 %)
Thionville N=140	79,2	48 (34,3 %)	92 (65,7 %)	107 (76,4 %)	33 (23,6 %)
Pont à Mousson N=60	83	16 (26,7 %)	44 (73,3 %)	31 (51,7 %)	29 (48,3 %)
Total N=1241	80,7	427 (34,4 %)	814 (65,6 %)	706 (56,9 %)	531 (42,8 %)

* 4 réponses manquantes concernant la situation matrimoniale pour le site de Creutzwald.

2.1.2 Les catégories socioprofessionnelles (Figure 9)

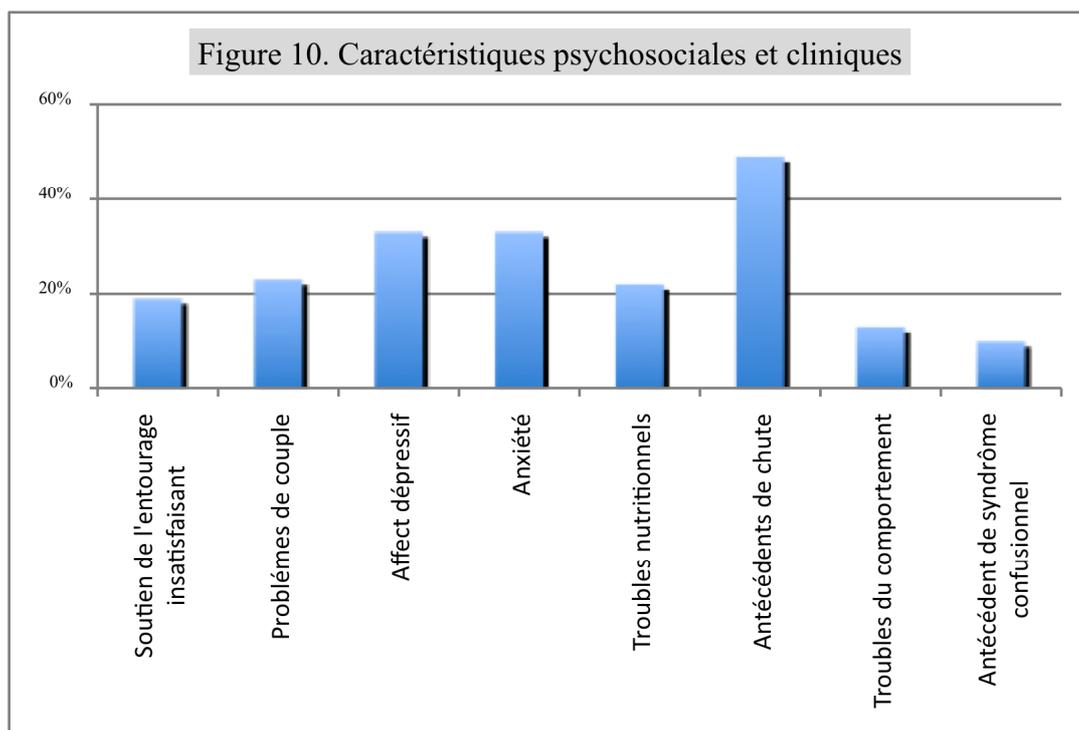
La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée est celle du monde ouvrier (38,9 %). On retrouve cette catégorie en nette majorité sur les bassins de vie correspondant aux anciens bassins miniers. En effet on compte 71,6 % d'ouvriers à Creutzwald, 60,4 % à Thionville et 51,7 % à Pont à Mousson. Les employés sont les seconds avec 29,1 %, ils sont essentiellement présents à Nancy (49,2 %), Lunéville (35,3 %) et Saint Nicolas de Port (47,2 %). Les cadres et professions intellectuelles représentent 12,3 %, ils vivent principalement dans les deux grandes agglomérations, Nancy (17,5 %) et Metz (22,8 %). Les artisans, commerçants et chefs d'entreprises sont 9,2 %. Les agriculteurs et professions intermédiaires sont en minorité avec respectivement 6 % et 4,4 %.



2.2. Les données psychosociales et cliniques (Figure 10)

2.2.1 Les données psychosociales

Les personnes interrogées estiment à 81,8 % avoir un soutien social bon ou satisfaisant. Les problèmes familiaux sont retrouvés chez 19,3 % et parmi ceux qui vivent en couple 23 % déclarent avoir des problèmes de couple. Les problèmes de voisinage ne sont retrouvés que chez 6,6 % des patients.



2.2.2 Les données cliniques

2.2.2.1 L'anxiété et les affects dépressifs

L'anxiété et les affects dépressifs ne sont pas ressentis par les personnes interrogées pour plus de 2/3 d'entre elles.

2.2.2.2 Les troubles nutritionnels

Les intervenants ont constaté que 21,8 % des personnes évaluées présentent des troubles nutritionnels.

2.2.2.3 Les troubles des fonctions supérieures

Des antécédents de syndrome confusionnel sont retrouvés chez 10,7 % de la population interrogée. On retrouve des troubles du comportement chez 13,4 %.

Dans le « questionnaire alcool » l'item trouble cognitif est retrouvé chez 56,9 % des personnes évaluées, le calcul du MMSE réalisé systématiquement dans l'EGS permet d'affiner les résultats de cette réponse. En effet avec le calcul du MMSE on retrouve également que 56 % des personnes évaluées ont des troubles cognitifs (MMSE < 25). La moyenne du score du MMSE est de 21,1 avec un écart type de 6,8.

Tableau 10. Prévalence de l'intensité des troubles cognitifs de la population étudiée

Intensité des troubles cognitifs	MMSE	N	Moyenne (%)
Manquants		254	20
Pas de trouble cognitif	≥ 25	300	24
Troubles cognitifs légers	24 - 19	347	28
Troubles cognitifs modérés	18 - 10	272	22
Troubles cognitifs sévères	< 10	68	6
Total	Moy = 21,1	1241	100

2.2.2.4 Les antécédents de chute

Parmi les personnes interrogées, 49 % d'entre elles ont déjà présenté au moins une chute, soit une personne sur deux.

2.2.2.5 La prévalence des groupes iso ressources (Tableau 11)

Parmi les personnes évaluées, 33,5 % sont considérées comme non dépendantes (GIR 5 ou 6), 33 % sont GIR 4 et 27 % sont classées en GIR 3, 2 ou 1.

Tableau 11. Prévalence des groupes iso ressources

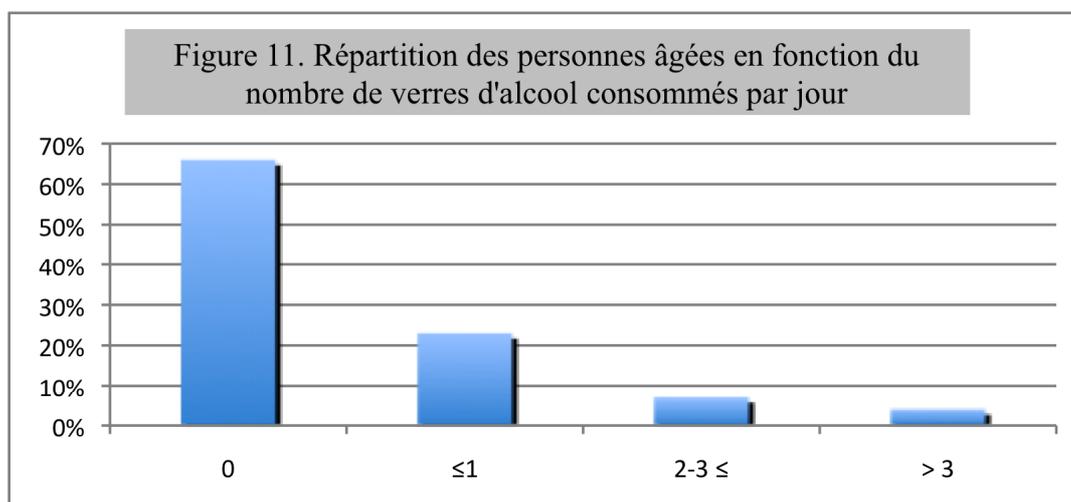
Score GIR	N	Moyenne (%)
Manquants	79	6,5
Personnes classées en GIR 1-2-3	338	27
Personnes classées en GIR 4	410	33
Personnes classées en GIR 5-6	414	33,5
Total	1241	100

3. Description de la consommation d'alcool

3.1. Les consommateurs et les non consommateurs

3.1.1 La consommation d'alcool

Sur les 1241 personnes interrogées, 66,4 % (N=824) déclarent ne jamais consommer d'alcool, 23,3 % (N=286) consomment un ou moins de un verre par jour, 6,8 % (N=80) consomment entre 2 et 3 verres par jour et 3,6 % (N=47) plus de 3 verres par jour (figure 11). Quatre consommateurs ont un questionnaire incomplet, en effet le nombre de jour par semaine de consommation d'alcool est indiqué mais le nombre de verres consommés par jour ne l'est pas.



La consommation moyenne est de 10 verres par semaine. On retrouve trois personnes âgées qui consomment jusqu' à 98 verres par semaine (N=3). Une consommation quotidienne est retrouvée chez 61,3 % (N=257) des consommateurs. Parmi les consommateurs, 13,6 % ont un mésusage selon les seuils retenus par l’OMS.

3.1.2 Les données épidémiologiques des consommateurs et des non consommateurs

♦Le sexe

Les abstinents sont majoritairement des femmes à 73 % (N= 602) (Tableau 13). La moitié des consommateurs sont des femmes (N=207) et plus de la moitié des femmes qui consomment sont suivies par le réseau gérontologique Nancéen (Tableau 12).

Tableau 12. Répartition géographique des consommateurs hommes et femmes.

Sites	Nombre d’hommes consommateurs sur l’ensemble des sites	Nombre de femmes consommateurs sur l’ensemble des sites
Creutzwald	17 (8,3 %)	11 (5,3 %)
Lunéville	24 (11,7 %)	16 (7,7 %)
Metz	42 (20,4 %)	28 (13,5 %)
Nancy	90 (43,9 %)	114 (55 %)
Saint Nicolas de port	6 (2,9 %)	7 (3,4 %)
Val de Lorraine	6 (2,9 %)	14 (6,8 %)
Thionville	20 (9,7 %)	17 (8,2 %)
TOTAL	205 (100 %)	207 (100 %)

NB : 5 questionnaires où le sexe des consommateurs n’est pas renseigné

♦ L’âge et la situation matrimoniale

La moyenne d’âge est sensiblement la même chez les consommateur et les non consommateurs. Un consommateur sur deux vit en couple alors que les abstinents sont 60 % à vivre seuls (Tableau 13).

Tableau 13. Données épidémiologiques des abstinents et des consommateurs.

	Non consommateurs N=824 (100 %)			Consommateurs N=417 (100%)			P**
	N	Moy (%)	ET*	N	Moy (%)	ET*	
Age Manquants	810 14	80,7	7,4	408 9	80,6	7,9	0,8912
Sexe : Homme Femme Manquants	221 602 1	26,8 73,1		202 211 4	48,9 51,1		<0,0001
Situation matrimoniale : Seul En Couple Manquants	489 333 2	59,5 40,5		215 197 5	52,2 47,8		0,0145

*écart-type ** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

♦ La catégorie socioprofessionnelle

On retrouve une proportion plus importante de consommateurs chez les anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures que chez les employés ou les ouvriers (Tableau 14).

Tableau 14. Catégorie socioprofessionnelle des non consommateurs et des consommateurs

Catégorie socioprofessionnelle	Non consommateurs N=824 (66,6 %)		Consommateurs N=417 (33,6 %)		Total N=1241 (100 %)	
Manquants	3		1		4	
Agriculteurs/exploitants	43	(58 %)	31	(42 %)	74	(100 %)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	59	(52 %)	55	(48 %)	114	(100 %)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	75	(49 %)	76	(51 %)	151	(100 %)
Employés	232	(64 %)	127	(35 %)	359	(100 %)
Ouvriers	379	(79 %)	101	(21 %)	480	(100 %)
Professions intermédiaires	33	(60 %)	22	(40 %)	55	(100 %)

3.1.3 Les données psychosociales et cliniques

On retrouve une différence statistiquement significative ($p=0,0092$) entre les consommateurs dont 13 % estiment avoir des problèmes de couple alors que les non consommateurs ne sont que 8,6 %.

L'entourage est moins présent chez les consommateurs et l'anxiété plus importante chez les non consommateurs (Tableau 15).

Tableau 15. Prévalence de l'estimation du soutien de l'entourage, des problèmes de couple, de l'anxiété et des affects dépressifs chez les consommateurs et les non consommateurs.

	Non consommateurs		Consommateurs		P**
	N=824 (100%)		N=417 (100%)		
	N	Moy (%)	N	Moy (%)	
Soutien de l'entourage :					
Pas du tout	36	4,4	16	3,9	0,0001
Plutôt non	101	12,3	70	17	
Plutôt oui	331	40,3	201	48,8	
Tout à fait	354	43,1	125	30,3	
Manquants	2		5		
Problème de couple :					
Non	753	91,6	358	86,9	0,0092
Oui	69	8,4	54	13,1	
Manquants	2		5		
Anxiété :					
Non	547	66,5	300	72,8	0,0252
Oui	275	33,5	112	27,2	
Manquants	2		5		
Affect Dépressif :					
Non	562	68,4	271	65,8	0,3590
Oui	260	31,6	141	34,2	
Manquants	2		5		

*écart-type ** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

On retrouve des chiffres identiques chez les consommateurs et les abstinentes concernant les antécédents de syndrome confusionnel et les troubles du comportement, ils sont comparables à ceux de la population étudiée. En revanche les consommateurs ont une moyenne du MMSE légèrement plus élevée que les abstinentes (Tableau 16). Concernant les antécédents de chute et les troubles nutritionnels les pourcentages obtenus diffèrent de façon significative entre les abstinentes et les consommateurs (Tableau 17). En effet les consommateurs présentent plus de troubles nutritionnels, mais ils ont moins d'antécédents de chute que les abstinentes.

Tableau 16. Répartition de l'intensité des troubles cognitifs et moyenne du MMS chez les abstinentes et les consommateurs

	Non consommateurs		Consommateurs		p**
Troubles cognitifs :					
Absents (MMS \geq 25)	182	(22 %)	118	(28,2 %)	0,0711
Légers (MMS : 24-19)	210	(25,4 %)	137	(32,8 %)	
Modérés (MMS : 18-10)	188	(22,8 %)	84	(20,2 %)	
Sévères (MMS < 10)	47	(5,7 %)	21	(5 %)	
Manquants	197	(23,9 %)	57	(13,6 %)	
Total	824	(100 %)	417	(100%)	
MMSE :					
N	627		360		0,0180
Moyenne (%)	20,7		21,8		
ET*	7,1		6,3		

*écart-type ** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

Tableau 17. Les antécédents de chute et les troubles nutritionnels chez les non consommateurs et les consommateurs.

	Non consommateurs		Consommateurs		P**
	N=824 (100 %)		N=417 (100 %)		
Antécédents de chute :					
Non	388	(47,3 %)	242	(58,7 %)	0,0001
Oui	433	(52,7 %)	170	(41,3 %)	
Manquants	3		5		
Troubles nutritionnels :					
Non	632	(80,1 %)	273	(74 %)	0,0189
Oui	157	(19,9 %)	96	(26 %)	
Manquants	35		48		

** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

On retrouve également une différence statistiquement significative ($p=0,0004$) concernant la répartition des scores GIR entre les consommateurs et les non consommateurs (Tableau 18). Parmi les consommateurs aucune personne interrogée n'est classée en GIR 1.

Tableau 18. Répartition des scores GIR des consommateurs et des non consommateurs.

Score GIR	Non consommateurs	Consommateurs
1-2-3	233 (28,3 %)	103 (24,7 %)
4	292 (35,4 %)	118 (28,3 %)
5-6	244 (29,6 %)	168 (40,3 %)
Manquants	55 (6,7 %)	28 (6,7 %)
Total	824 (100 %)	417 (100 %)

3.2. Les consommateurs ayant un mésusage (consommateurs excessifs)

3.2.1. La consommation

Quatre consommateurs ont un questionnaire incomplet, en effet le nombre de jour par semaine de consommation d'alcool est indiqué mais le nombre de verres consommés par jour ne l'est pas. Ces quatre personnes ont été exclues des analyses statistiques des consommateurs excessifs.

Les seuils habituellement reconnus de la consommation à risque sont ceux de l'organisation mondiale de la santé (OMS) en France (qui correspond à 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne), 14 verres par semaine chez la femme (2 verres par jour en moyenne) et ceux de l'American Geriatrics Society (AGS) aux Etats-Unis (supérieur à 7 verres par semaine). La prévalence de la consommation avec mésusage dans notre échantillon, s'élève à 4,5 % selon les seuils retenus par l'OMS et à 10,3 % selon les seuils retenus par l'AGS.

La moyenne des verres consommés par semaine est de 25,2 verres pour les consommateurs excessifs selon l'AGS et elle est de 37,4 verres par semaine pour les consommateurs excessifs selon l'OMS.

3.2.2 Les données épidémiologiques des consommateurs ayant un mésusage

♦ Les sites

La prévalence de la consommation avec mésusage est très variable en fonctions des sites. En effet on retrouve une proportion plus importante de personnes âgées ayant un mésusage sur les sites de Saint Nicolas de Port, Nancy et Lunéville, alors qu'elles sont moins nombreuses à Metz, Thionville et Creutzwald (Tableau 19).

Tableau 19. Prévalence des consommateurs ayant un mésusage selon les seuils retenus par l'OMS et par l'AGS en fonction des sites

Sites	Mésusage selon les seuils de l'OMS	Mésusage selon les seuils de l'AGS
Ensemble des sites (N=1237)	56 (4,5 %)	127 (10,3 %)
Creutzwald (N=211)	2 (0,9 %)	4 (1,9 %)
Lunéville (N=150)	7 (4,7 %)	15 (10 %)
Metz (N=254)	10 (3,9 %)	21 (8,3 %)
Nancy (N=388)	22 (5,7 %)	62 (16 %)
Saint Nicolas de Port (N=36)	4 (11,1 %)	7 (19,4 %)
Val de Lorraine (N=60)	1 (1,7 %)	4 (6,7 %)
Thionville (N=138)	10 (7,2 %)	14 (10,1 %)

♦ Le sexe, l'âge et la situation matrimoniale

Quel que soit le seuil retenu pour définir la consommation excessive, il n'y a pas d'association statistique significative entre la situation matrimoniale et le mésusage.

En revanche, il y a significativement plus d'hommes présentant un mésusage que de femmes quel que soit le seuil retenu (Tableau 20 et 21). La moyenne d'âge est légèrement plus basse chez les consommateurs excessifs.

Tableau 20. Données épidémiologiques des consommateurs excessifs selon les seuils retenus par l'OMS et des autres personnes âgées

	Pas de mésusage selon l'OMS (N=1181)			Mésusage selon l'OMS (N=56)			P**
	N	Moy (%)	ET*	N	Moy (%)	ET*	
Nombre de verres consommés par semaine	1181	4,1	1,8	56	37,4	18,7	<0,0001
Age : Manquants	1163 18	80,8	7,5	55 1	78,3	8,7	0,018
Sexe : Homme Femme	391 790	33,1 66,9		33 23	58,9 41,1		<0,0001
Situation matrimoniale : Seul En Couple Manquants	669 509 3	56,8 43,2		35 21	62,5 37,5		0,3997

*écart-type ** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

Tableau 21. Données épidémiologiques des consommateurs excessifs (selon le seuil retenu par l'AGS) et des autres personnes âgées.

	Pas de mésusage selon l'AGS (N=1110)			Mésusage selon l'AGS (N=127)			P**
	N	Moy (%)	ET*	N	Moy (%)	ET*	
Nombre de verres consommés par semaine	1110	2,1	1	127	25,1	16,7	<0,0001
Age Manquants	1093 17	80,8	7,5	125 2	79,8	7,8	0,0189
Sexe Homme Femme	343 767	30,9 69,1		81 46	63,8 36,2		<0,0001
Situation matrimoniale Seul En Couple Manquants	638 469 3	57,6 42,4		66 61	52 48		0,2219

*écart-type ** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

♦ La catégorie socioprofessionnelle

Il n'y a pas significativement une catégorie socioprofessionnelle comprenant plus de consommateurs excessifs qu'une autre ($p=0,2107$ selon le seuil retenu par l'AGS et $p=0,0517$ selon le seuil retenu par l'OMS). Aucun agriculteur et aucune professions intermédiaires n'ont de mésusage selon les seuils retenus par l'OMS, en revanche parmi les artisans, commerçants et chefs d'entreprise 7 % sont des consommateurs excessifs (Tableau 22).

Tableau 22. Répartition des consommateurs excessifs (définis par les seuils de l'AGS et de l'OMS) et des autres personnes âgées selon leur catégorie socioprofessionnelle

Catégorie socioprofessionnelle	Pas de mésusage selon l'AGS	Mésusage selon l'AGS	Total	Pas de mésusage selon l'OMS	Mésusage selon l'OMS	Total
Agriculteurs exploitants	72 (96 %)	3 (4 %)	75 (100 %)	75 (100 %)	0 (0 %)	75 (100 %)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	98 (86,7 %)	15 (13,3 %)	113 (100 %)	105 (93 %)	8 (7 %)	113 (100 %)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	132 (86,2 %)	21 (13,7 %)	153 (100 %)	145 (95 %)	8 (5 %)	153 (100 %)
Employés	321 (89,1 %)	39 (10,9 %)	360 (100 %)	348 (97 %)	12 (3 %)	360 (100 %)
Ouvriers	482 (91 %)	44 (9 %)	482 (100 %)	454 (94 %)	28 (6 %)	482 (100 %)
Professions intermédiaires	49 (91 %)	5 (9 %)	54 (100 %)	54 (100 %)	0 (0%)	54 (100 %)
Total	1110	127	1237	1181	56	1237

*écart-type

** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

3.2.3 Les données psychosociales et cliniques des consommateurs excessifs

♦ Les données psychosociales

Il n'y a pas de différence statistique significative entre les consommateurs excessifs et les autres personnes âgées concernant les problèmes de voisinage, de couple ou les problèmes familiaux. En effet plus de 90 % des personnes âgées interrogées estiment ne pas avoir de problème de couple ni de problèmes familiaux.

Quel que soit le seuil retenu, il y a significativement plus de consommateurs excessifs qui estiment avoir un soutien de l'entourage moins satisfaisant que les autres personnes âgées (Tableau 23).

Tableau 23. Estimation du soutien de l'entourage des consommateurs excessifs (selon les seuils retenus par l'AGS et l'OMS) et des autres personnes âgées

Soutien de l'entourage	Pas de mésusage selon l'AGS		Mésusage selon l'AGS		p**	Pas de mésusage selon l'OMS		Mésusage selon l'OMS		p**
	N	moy (%)	N	moy (%)		N	moy (%)	N	moy (%)	
Pas du tout	40	3,6	12	9,4		42	3,6	10	17,9	
Plutôt non	144	13	27	21,3		162	13,7	9	16,1	
Plutôt oui	482	43,4	50	39,4		509	43	23	41,1	
Tout à fait	441	39,7	38	29,9		465	39,4	14	25	
Manquants	3	0,3	0			3	0,3	0		
Total	1110	100	127	100	0,0004	1181	100	56	100	0,0001

*écart-type ** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

♦ Les données cliniques

L'anxiété et les affects dépressifs sont retrouvés chez 1/3 des personnes âgées interrogées indépendamment de leur type de consommation et des seuils de mésusage.

On retrouve des chiffres légèrement plus élevés d'antécédents de syndrome confusionnel chez les personnes ayant un mésusage selon le seuil de l'AGS (13 %) et de l'OMS (16,1 %) que

chez les personnes interrogées n'ayant pas de mésusage (environ 9,5 %). Mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Il y a significativement plus de consommateurs excessifs présentant des troubles du comportement que les autres personnes âgées et ce quel que soit le seuil retenu (Tableau 24).

Tableau 24. Comparaison des antécédents de syndrome confusionnel et de trouble du comportement chez les consommateurs excessifs (selon les seuils retenus par l'AGS et l'OMS) et les autres personnes âgées.

	Pas de mésusage selon le seuil de l'AGS	Mésusage selon le seuil de l'AGS	p**	Pas de mésusage selon les seuils de l'OMS	Mésusage selon les seuils de l'OMS	p**
Antécédents de syndrome confusionnel						
Non	924 (83,2 %)	110 (86 %)	0,301	987 (83,6 %)	47 (83,9 %)	0,183
Oui	107 (9,6 %)	17 (14 %)		115 (9,7 %)	9 (16,1 %)	
Manquants	79 (7,1 %)	0		79 (6,7 %)	0	
Total	1110 (100 %)	127 (100 %)		1181 (100 %)	56 (100 %)	
Trouble du comportement						
Non	904 (81,4 %)	100 (78,7 %)	0,005	963 (81,6 %)	41 (73,2 %)	0,002
Oui	127 (11,5 %)	27 (21,3 %)		139 (11,7 %)	15 (26,8 %)	
Manquants	79 (7,1 %)	0		79 (6,7 %)	0	
Total	1110 (100 %)	127 (100 %)		1181 (100 %)	56 (100 %)	

*écart-type

** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

La moyenne des MMSE des consommateurs excessifs n'est pas significativement différente des autres personnes âgées. Le score moyen du MMSE est de 22 chez les consommateurs excessifs et de 21 chez les autres personnes âgées (Tableau 25).

Les consommateurs excessifs sont plus nombreux à ne pas présenter de troubles cognitifs que les autres personnes âgées mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 25. Intensité des troubles cognitifs et moyenne des MMSE chez les consommateurs ayant un mésusage (selon les seuils retenus par l'AGS et l'OMS) et les autres personnes âgées

	Pas de mésusage selon le seuil de l'AGS	Mésusage selon le seuil de l'AGS	p**	Pas de mésusage selon les seuils de l'OMS	Mésusage selon les seuils de l'OMS	p**
Troubles cognitifs						
Absents	261 (23 %)	38 (30 %)	0,469	281 (23 %)	18 (32 %)	0,453
Légers	307 (28 %)	39 (31 %)		331 (28 %)	15 (27 %)	
Modérés	244 (22 %)	27 (21 %)		255 (22 %)	16 (29 %)	
Sévères	63 (6 %)	5 (4 %)		67 (6 %)	1 (2 %)	
Manquants	235 (21 %)	18 (14 %)		247 (21 %)	6 (10 %)	
Total	1110 (100%)	127 (100 %)		1181 (100 %)	56 (100 %)	
MMSE						
N	875	109	0,169	934	50	0,287
Moy (%)	21	21,9		21	22	
ET*	6,8	6,4		6,8	6,8	

*écart-type

** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

Les consommateurs excessifs (selon les seuils retenus par l'OMS) sont plus nombreux à avoir des antécédents de chute que les autres personnes âgées, mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,475$) (Tableau 25).

En revanche, il y a significativement plus de consommateurs excessifs présentant des troubles nutritionnels que les autres personnes âgées et ce quel que soit la définition du mésusage (Tableau 25). En effet parmi les consommateurs ayant un mésusage selon l'OMS, 37,5 % ont des troubles nutritionnels, cette proportion diminue à 30 % si l'on se réfère aux consommateurs excessifs selon la définition de l'AGS. Les personnes âgées n'ayant pas de mésusage sont 21 % à présenter des troubles nutritionnels (Tableau 25).

La répartition des scores GIR des consommateurs excessifs et des autres personnes âgées est quasiment identique (Tableau 27).

Tableau 26. Les antécédents de chute et les troubles nutritionnels chez les consommateurs excessifs (selon les seuils retenus par l'AGS et l'OMS) et les autres personnes âgées.

	Pas de mésusage selon l'AGS		P**	Pas de mésusage selon l'OMS		Mésusage selon l'OMS		P**
	N	Moy (%)		N	Moy (%)	N	Moy (%)	
Antécédent de chute								
Non	559	(50,3 %)		604	(51,1 %)	26	(46 %)	
Oui	547	(49,3 %)		573	(48,6 %)	30	(54 %)	
Manquants	4	(0,4 %)		4	(0,3 %)	0		
Total	1110	(100 %)	0,252	1181	(100 %)	56	(100 %)	0,475
Trouble nutritionnel								
Non	816	(74 %)		870	(74 %)	35	(62,5 %)	
Oui	215	(19 %)		232	(19 %)	21	(37,5 %)	
Manquants	79	(7 %)		79	(7 %)	0		
Total	1110	(100 %)	0,019	1181	(100 %)	56	(100 %)	0,004

*écart-type ** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

Tableau 27. Répartition des scores GIR chez les consommateurs excessifs (selon les seuils retenus par l'AGS et l'OMS) et les autres personnes âgées.

Score GIR	Pas de mésusage selon l'AGS		P**	Pas de mésusage selon l'OMS		Mésusage selon l'OMS		P**
	N	Moy (%)		N	Moy (%)	N	Moy (%)	
1-2-3	297	(27 %)	0,403	322	(27 %)	14	(25 %)	0,673
4	374	(34 %)		392	(33 %)	18	(32 %)	
5-6	370	(33 %)		394	(34 %)	18	(32 %)	
Manquants	69	(6 %)		73	(6 %)	6	(11 %)	
Total	1110	(100 %)		1181	(100 %)	56	(100 %)	

*écart-type ** Test du Chi-2 pour les variables qualitatives, test issu de Student pour les variables quantitatives

V. DISCUSSION

A. LES LIMITES DE L'ETUDE

1. Les biais de recrutement

Les critères de la circulaire DHOS/UNCAM du 15 mai 2007, définissent la population des réseaux « personnes âgées » comme une population fragile. Cependant, la prévalence du syndrome de fragilité chez les personnes âgées de plus de 65 ans et vivant à domicile est estimée à 7 % ⁽¹¹⁾. Ainsi, il est difficile de comparer notre échantillon qui appartient à une population réseau, donc une population fragile, à l'ensemble des personnes âgées françaises vivant à domicile.

2. Les biais de mémorisation et les biais de déclaration

Une autre particularité de notre échantillon provient du fait que 56 % des personnes interrogées ont des troubles cognitifs. Cette proportion doit être prise en compte dans l'analyse des réponses qui dépendent exclusivement des déclarations des patients telles que la consommation d'alcool. Il est possible que les déclarations ne correspondent pas toujours à la réalité.

3. Les biais d'interrogation et les biais de subjectivité de l'enquêteur

Pour certaines données comme l'anxiété et les troubles du comportement, aucun test spécifique n'a été utilisé et leur évaluation dépend exclusivement de l'appréciation des différents intervenants. De plus, l'anxiété et les troubles du comportement peuvent apparaître ou se majorer par le simple fait que le patient soit observé (biais d'observation). C'est pourquoi les résultats statistiques concernant ces données doivent être interprétés avec prudence.

4. Les biais de non-réponse

Pour la majorité des données la proportion de réponses manquantes est faible : 6 % pour les troubles nutritionnel, les antécédents de syndrome confusionnel, les troubles du comportement, le degré de dépendance et moins de 1 % pour les autres données. En revanche, la proportion de réponses manquantes pour les troubles cognitifs n'est pas négligeable puisqu'elle est de 20 %.

5. Les biais de classement

Comme nous allons le constater dans la discussion, la répartition des catégories socioprofessionnelles (CSP) de notre population est différente de celle de la population française du même âge. Cette différence peut être due à une connaissance imparfaite des classifications des CSP de certains intervenants.

6. La méthode statistique

L'épidémiologie descriptive représente souvent une première approche d'une question. Elle permet essentiellement de mesurer la fréquence d'une maladie ou d'un état de santé et de faire un lien avec des variables d'exposition. Ce lien une fois mis en évidence ne permet pas de parler de causalité et on ne peut émettre que des hypothèses. Ces hypothèses doivent être confirmées par d'autres types d'études.

7. Une prévalence du mésusage évaluée uniquement sur la consommation d'alcool déclarée (CDA)

L'étude mesure la consommation quotidienne moyenne, elle permet d'apprécier uniquement le risque chronique mais pas le risque ponctuel (épisode dit de "binge drinking"). De plus, elle ne permet pas de distinguer les différentes catégories de mésusage.

B. LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Par définition, notre population est plus fragile que l'ensemble des personnes âgées françaises vivant à domicile. Néanmoins après lecture de la littérature, quelques caractéristiques communes peuvent être retrouvées.

1. Les caractéristiques sociodémographiques

1.1 L'âge

L'âge moyen de notre population est de 80,7 ans (+/- 7,6 ans). Ainsi, les personnes âgées de notre échantillon appartiennent à la catégorie des old-old (75-84 ans) ou des oldest-old (85 ans et plus) selon la classification du National Institute of Aging. Cette tranche d'âge correspond à celle donnée par la circulaire DHOS/UNCAM du 15 mai 2007 du référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées ».

1.2 Le sexe

Les femmes sont plus nombreuses puisqu'elles représentent 65,5 % de notre échantillon. Ce n'est pas une caractéristique spécifique de notre population car cette majorité féminine se retrouve en proportion similaire pour les personnes âgées de plus de 80 ans vivant en France métropolitaine (Tableau 28) et en Lorraine (Tableau 29). En effet, en raison de leur espérance de vie plus élevée les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes dans la population âgée. Sur quelques exemples de populations de réseaux gérontologiques on retrouve une moyenne d'âge proche de celle de notre échantillon ainsi que cette majorité féminine (Tableau 30).

Tableau 28. Population par sexe et âge en France Métropolitaine

Age	Population française en millions	Pourcentage de la population française	Pourcentage de Femmes
> 80 ans	3,56	5,6 %	66,2 %
60-79	11,48	18,1 %	53,5 %
< 60 ans	48,43	76,3 %	50 %
Total	63,46	100 %	51,6 %

Source : Insee, estimations de population (résultats arrêtés fin 2011). Bilan démographique. Pyramides des âges

Tableau 29. Population par sexe et âge en Lorraine en 2011

Age	Population Lorraine en millions	Pourcentage de la population Lorraine	Pourcentage de Femmes
> 80 ans	0,12	4,9 %	67,6 %
60 - 79 ans	0,41	17,6 %	54 %
<60 ans	1,82	77,5 %	49,6 %
Total	2,35	100 %	51,2 %

Source : Insee, estimations de population (résultats arrêtés fin 2011). Bilan démographique. Pyramides des âges

Tableau 30. Population de trois réseaux gérontologiques par sexe et âge.

Exemples de réseaux	Age moyen	Pourcentage de Femme
Réseau gérontologique de haute Saintôge	82	66 %
Fédération nationale réseaux gérontologiques (MSA)	82	66 %
Réseau gérontologique de Brestois	82	71 %

1.3 La situation matrimoniale

On constate que plus de la moitié de notre population vit seule (57,1 %). Ce chiffre est plus élevé que dans la population française des personnes âgées de plus de 65 ans (Tableau 31) où elles sont 40,3 % à vivre seules. Mais notre population a une moyenne d'âge plus élevée et le fait de vivre seul augmente avec l'âge. En effet les français de plus de 80 ans sont 64,2 % à vivre seuls. En Lorraine, parmi les personnes de 85 ans ou plus et vivant à domicile 57,6 % vivent seules⁽¹⁴²⁾.

Tableau 31. Effectif et proportion de personnes de 65 et plus vivant seules en France Métropolitaine.

Groupe d'âge	Nombre d'hommes vivant seuls	Nombre de femmes vivant seules	Nombre de femmes et d'hommes vivant seuls
De 65 à 79 ans	670 313 (20,8 %)	1 853 171 (45,7 %)	2 523 484 (34,7 %)
80 ans ou plus	343 094 (34,1 %)	1 600 438 (79,2 %)	1 943 532 (64,2 %)
Ensemble	1 013 407 (24,0 %)	3 453 609 (56,8 %)	4 467 016 (43,4 %)

Source : Insee, résultats arrêtés fin 2011. Bilan démographique

1.4 Les catégories socioprofessionnelles

La répartition des catégories socioprofessionnelles (CSP) de notre population est différente de celle de la population française du même âge. En comparant la répartition des CSP de 1954 et de 1975 (dates aux quelles les personnes âgées interrogées étaient encore en activité) on constate que les professions intermédiaires sont 4 fois plus nombreuses que dans notre population (16 % vs 4,4 %) (Tableau 32).

Cette différence n'est pas due à une répartition différente des catégories socioprofessionnelles en Lorraine à cette même période. En effet, les chiffres de l'INSEE de 1975, confirment qu'en Lorraine la répartition des professions intermédiaires est quasiment semblable au reste de la population Française pour la même année. Une surmortalité des professions intermédiaires ne peut expliquer ce faible pourcentage, puisque l'espérance de vie des professions intermédiaires est plus élevée que celle des ouvriers et des employés⁽¹⁴³⁾ (Tableau 33). Cette différence est peut être due au fait que les personnes appartenant à cette catégorie

socioprofessionnelle sont moins fragiles et qu'elles nécessitent moins d'intervention à domicile que les autres CSP, mais à ma connaissance, aucune donnée de la littérature actuelle n'est disponible concernant la fragilité en fonction des CSP. On peut également émettre l'hypothèse d'une connaissance imparfaite des classifications des CSP de certains intervenants.

Tableau 32. Répartition des catégories socioprofessionnelles des actifs en France métropolitaine (1954 et 1975), en Lorraine (1975), comparée à notre population.

	Répartition (ensemble %) en 1954 En France Métropolitaine	Répartition (ensemble %) en 1975 en France Métropolitaine	Répartition (ensemble %) en 1975 en Lorraine	Notre population (répartition en %)
1. Agriculteurs exploitants	6,3	7,6	4,5	6
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	7,6	8,0	6	9,2
3. Cadres et Professions intellectuelles supérieures	8,1	7,04	6	12,3
4. Professions intermédiaires	16,9	15,7	15	4,4
5. Employés	26,6	24,3	23,5	29,1
6. Ouvriers	32,9	36,7	45	38,9
81. Chômeurs n'ayant jamais travaillé	1,5	0,32		
Totaux	100	100	100	100

Source : INSEE, Catégorie socioprofessionnelle des personnes en activité aux recensements de 1954 à 1999, séries départementales et communales, France métropolitaine et départements d'outre-mer

Pour les agriculteurs, les artisans et les employés de notre échantillon, une proportion proche de celle de France métropolitaine et de Lorraine est retrouvée.

En revanche, les ouvriers sont un peu moins nombreux et ceci peut s'expliquer par une mortalité plus importante de cette catégorie socioprofessionnelle (Tableau 33). A l'inverse les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont une espérance de vie plus élevée, sont plus nombreux.

Tableau 33. Espérance de vie (en années) des hommes et des femmes à 35 ans, par période et catégorie sociale.

	Cadres et Professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	Employés	Ouvriers
Homme 1975-1984	41,5	40,5	40,5	39,5	37	35,5
Femme 1976-1984	47,5	46,5	45,5	46	45,5	44,5

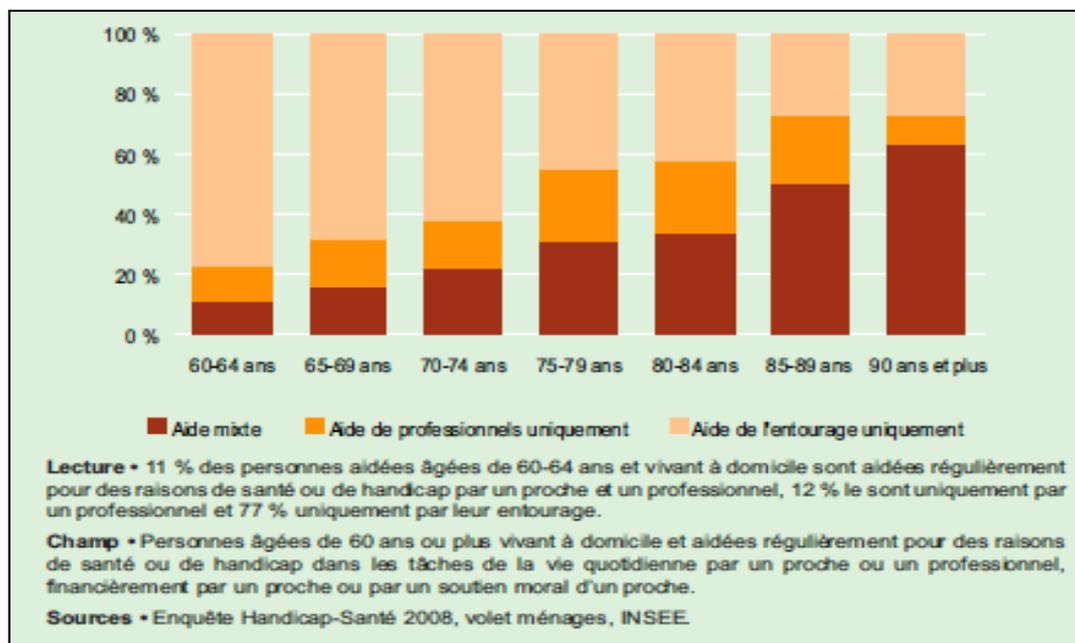
2. Les données psychosociales

2.1 Le soutien de l'entourage

Les personnes interrogées estiment à 81,8 % avoir un soutien de l'entourage bon ou satisfaisant. Depuis les années 50, les modifications de la structure familiale véhiculent souvent une image du déclin de la famille. En effet, avec l'allongement de l'espérance de vie, la famille étendue de type « large » constituée de deux générations ou trois générations avec beaucoup d'enfants, fait place à la famille étendue réduite de type « allongée », avec quatre, voire cinq générations qui se côtoient et des rôles qui se cumulent (on peut être à la fois enfant, parent et grand-parent). On constate également un éloignement géographique des enfants ainsi qu'une augmentation du nombre de familles recomposées. Toutes ces modifications font penser à tort qu'aujourd'hui les personnes âgées sont laissées seules (Lalive d'Épiney 1990). En effet, la famille est souvent la première à pallier les difficultés à domicile ⁽¹⁴⁴⁾, même si s'occuper de parents âgés peut constituer une charge importante. Ainsi le soutien nécessaire à notre population particulièrement fragile est présent pour plus de 80 % de notre population, ce chiffre est en accord avec ceux retrouvés dans l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires menée en 2008-2009 par l'INSEE.

Cette enquête confirme que la famille aide activement leurs aînés surtout lorsque la perte d'autonomie s'installe et est peu sévère (Figure 12) ⁽¹⁴⁵⁾.

Figure 12. Répartition des personnes âgées aidées par type d'aide reçue, selon l'âge



Pour assurer ce soutien, les familles s'arrangent pour qu'au moins un enfant trouve un logement près de celui des parents. Et lorsque l'habitation des enfants est proche, les trois quarts des personnes âgées ont des rencontres au moins hebdomadaires avec eux ⁽¹⁴⁴⁾. Ainsi cet enfant désigné devient l'aidant, il est celui qui sait (ou doit) se rendre disponible à la fois aux parents pour assurer une veille et une aide directe, mais également disponible à l'ensemble de la famille pour en assurer la cohésion en communiquant les informations et en déculpabilisant les autres membres moins impliqués dans cet accompagnement ⁽¹⁴⁶⁾. Malheureusement cette solidarité n'est pas présente dans toutes les familles soit parce que le rapprochement géographique des enfants n'est pas possible soit parce qu'il n'y a pas ou plus d'enfant. Le temps et l'aide accordés peuvent également manquer. Il est fréquent que l'aidant doit, en plus de son activité professionnelle, être à la fois, enfant, parent et grand-parent. Ainsi dans notre population, 18,2 % des personnes interrogées estiment avoir un soutien de l'entourage insatisfaisant ou absent. Les données actuelles de la littérature ne nous permettent pas de savoir si ce pourcentage est plus ou moins important que celui de la population française du même âge.

2.2 Les problèmes familiaux

Dans notre échantillon, une personne sur cinq déclare avoir des problèmes familiaux. La prévalence de ces conflits au sein de la population âgée n'est pas connue et les différents articles retrouvés sur ce sujet se sont plutôt intéressés à l'origine de ses troubles. Ainsi, on retrouve que les problèmes familiaux sont souvent secondaires aux modifications des rôles au sein de la famille et aux soucis de « logistiques » qui accompagnent l'avancée en âge et la perte d'autonomie des personnes âgées ⁽¹⁴⁷⁾. Le resserrement des liens autour de la dépendance et de l'accompagnement du parent peut (ré)activer ou amplifier les conflits familiaux. Les membres de la famille et les aînés sont fragilisés par cette nouvelle situation anxiogène. La désignation d'un enfant peut ne pas suffire et parfois même elle peut exacerber les tensions interindividuelles restées latentes ⁽¹⁴⁸⁾. Difficile alors pour les descendants de trouver une entente harmonieuse entre eux. De plus, l'enfant désigné est souvent fragile narcissiquement et fort dépendant des « rémunérations narcissiques » que ses parents ou son entourage lui fournissent directement ou indirectement au travers des remerciements, gestes de gratitude et toutes formes de reconnaissance ⁽¹⁴⁸⁾. Le manque de remerciements, quelques critiques ou des choix de prise en charge divergents peuvent être sources de conflits. Il est également difficile de trouver un juste équilibre entre les décisions prises par les enfants et les demandes des personnes âgées. Les aidants sont souvent usés par des tâches qui les dépassent et les éventuelles répercussions que la charge complexe des personnes âgées peuvent avoir sur les plus jeunes générations. Le cumul des rôles et le manque de temps font que parfois les aidants n'instaurent pas d'échange véritable avec leurs aînés. Au contraire, ils imposent leur point de vue, leurs goûts, leurs choix. Selon la psychiatre Gérard Ribes, en contrôlant les aspects du monde sur lesquels les aidants ont prises, ils tentent également de juguler leur angoisse générée par la fragilité du parent âgé ⁽¹⁴⁹⁾. Il s'installe alors une incompréhension de l'aidant face au mécontentement de « l'aidé ».

2.3 Les problèmes de couples

Dans notre échantillon, 77 % des personnes interrogées et vivant en couple, déclarent ne pas avoir de problème de couple. Les données de la littérature actuelle ne permettent pas, à ma connaissance de connaître cette prévalence en population générale et chez les personnes âgées. Néanmoins, on peut constater que le taux de divorce ne cesse de diminuer avec l'avancée en âge. En 2000, chez les septuagénaires le taux de divorce était de 1 homme pour

mille et de 0,3 femme pour mille ⁽¹⁵⁰⁾. Dans cette tranche d'âge ce faible taux de divorce peut s'expliquer par le fait que les couples qui vieillissent ensemble se connaissent mieux et que de crises en conflits, ils ont eu le temps de faire le « deuil » du conjoint idéal et du couple parfait ⁽¹⁵¹⁾. On peut également expliquer ce faible taux de divorce, par le fait que les personnes âgées vivant à domicile ont un bénéfice secondaire à vivre en couple. En effet, Helen Bee (1997) a repris de nombreux travaux sur ce sujet et conclut que les adultes mariés d'un âge avancé déclarent avoir une plus grande satisfaction générale, qu'ils sont en meilleure santé et sont moins souvent placés dans un établissement spécialisé ⁽¹⁵²⁾. Selon Helen Bee, du fait du partage et de la spécialisation des rôles, les couples âgés arrivent mieux à assumer les tâches domestiques quotidiennes et en cas de dépendance, le conjoint présent quotidiennement et 24 heures sur 24 est le premier pourvoyeur d'aide permettant ainsi de retarder, voire d'éviter, l'institutionnalisation ⁽¹⁵²⁾⁽¹⁵³⁾. Cette situation est particulièrement rencontrée chez les couples suivis par les réseaux gérontologiques. Néanmoins dans notre échantillon, une personne sur cinq déclare avoir des problèmes de couple. Après lecture de la littérature, on retrouve que les problèmes de couple chez les personnes âgées sont de plusieurs natures.

Il s'agit tout d'abord des changements liés à la retraite. La retraite impose une cohabitation au quotidien que l'activité professionnelle évitait et implique une promiscuité avec un vécu d'envahissement du territoire du conjoint et la perte de ses repères ⁽¹⁴⁹⁾. Avec l'âge, la souplesse adaptative diminue, la capacité de remise en cause est moindre, et certains couples ne retrouvent pas la « bonne distance conjugale ». Chacun se replie sur ses exigences et finit par voir en l'autre la cause évidente de son malheur ⁽¹⁵⁴⁾. Certains problèmes de couples apparaissent lorsque la dépendance s'installe chez l'un des conjoints. Ils prennent racine à la fois dans la vision de la perte d'autonomie du conjoint, dans l'épuisement lié à la prise en charge et dans le déséquilibre relationnel créé par la dépendance ⁽¹⁴⁹⁾.

2.4 Les problèmes de voisinage.

Parmi les personnes interrogées 6,6 % déclarent avoir des problèmes de voisinage. Une enquête réalisée sur l'évolution de la sociabilité des personnes âgées montre qu'entre 65 ans et 70 ans le temps libre récemment dégagé est mis à profit pour nouer ou resserrer des liens familiaux et que les relations de voisinage se renforcent légèrement. En revanche les contacts professionnels fléchissent. Après 80 ans les contacts amicaux et de voisinage s'atténuent significativement et seules les relations familiales se maintiennent ⁽¹⁵⁵⁾.

3. Les données cliniques

3.1 L'anxiété

L'anxiété est ressentie par environ 33 % de notre population. L'anxiété comme symptôme chez le sujet âgé a une prévalence qui varie de 6 à 33 % selon les études américaines ⁽¹⁵⁶⁾ ⁽¹⁵⁷⁾. En France, une étude réalisée en 2004 par Ritchie et son équipe, a utilisé les critères DSM-IV pour évaluer les troubles anxieux d'une population de sujets de plus de 65 ans et non institutionnalisés. Les auteurs retrouvent une prévalence de troubles anxieux proche de celle de notre échantillon de 30 % ⁽¹⁵⁸⁾. Ainsi la prévalence de l'anxiété varie selon la population des personnes âgées et des critères choisis ⁽¹⁵⁹⁾. Dans notre étude l'anxiété est évaluée de façon subjective. En effet les intervenants demandent aux patients s'ils ont ou pas un sentiment d'anxiété ce qui peut être à l'origine d'une sur ou sous estimation des données. Néanmoins, chez des patients de population générale âgés de plus de 78 ans et avec ce même critère (feelings of anxiety) une prévalence de 24,4 % est retrouvée ⁽¹⁶⁰⁾. Ainsi dans notre échantillon, on retrouve une prévalence des troubles anxieux plus importante que celle retrouvée dans d'autres études. L'anxiété peut être antérieure à l'avancée en âge et se pérennise avec elle, mais la vieillesse peut être une période propice à l'émergence d'une anxiété. La pathologie anxieuse peut se développer à l'issue d'une expérience traumatique, d'un sentiment de solitude ou d'isolement, de la perception d'un état de santé précaire ou de la réduction de ses capacités physiques, psychiques ou sensorielles ⁽¹⁶¹⁾. Notre population est particulièrement fragile, ce qui peut expliquer cette forte prévalence du sentiment d'anxiété. Et ce trouble ne fait que de la fragiliser d'avantage. En effet dans une importante revue de la littérature, Lauderdale et son équipe ont montré que les troubles anxieux chez les personnes âgées, ont comme conséquences une baisse de la qualité de vie, une augmentation de la consommation de soins et des morbidités ⁽¹⁶²⁾ ainsi qu'une augmentation de la dépendance ⁽¹⁶³⁾ ⁽¹⁶⁴⁾.

3.2 Les affects dépressifs

Parmi les personnes interrogées, 33 % ont un risque de développer un syndrome dépressif (Mini GDS supérieur à 1). Dans une étude réalisée en médecine générale, chez 1532 patients (âge moyen : 74,4 +/- 6,7 ans) un score positif à la mini GDS est retrouvé chez 44 % des personnes et les diagnostics de dépression et d'anxiété ont été posés respectivement dans 20 % et 7 % des cas ⁽¹⁶⁵⁾. Une seconde étude réalisée en Tunisie chez une population un peu plus jeune (72 +/- 7,4 ans), on retrouvait un score positif chez 22,7 % des 598 personnes

interrogées ⁽¹⁶⁶⁾ et une proportion de personnes à risque de développer une dépression (RD) qui augmentait régulièrement avec l'âge, passant de 20,7 % chez les sujets âgés de moins de 70 ans à 29 % chez ceux appartenant à la classe d'âge de 80 ans et plus. La prévalence du RD dans notre population se situe entre ces deux enquêtes. Néanmoins on aurait pu s'attendre à une prévalence proche de celle retrouvée dans l'étude française. En effet, parmi les facteurs de risque de dépression reconnus chez les sujets âgés, on retrouve la différence classique liée au sexe (la dépression touche en moyenne deux femmes pour un homme) et l'avancée en âge ⁽¹⁶⁷⁾. Or notre population est plus âgée et a une majorité féminine plus importante que celle de l'étude française (65 % vs 60 %). De plus notre population est plus fragile et les autres facteurs de risque de dépression sont particulièrement présents dans notre population tels que : l'isolement social (retraite) et affectif (veuvage, deuil), les conflits interpersonnels, la dépendance physique et les comorbidités (pathologies somatiques) ⁽¹⁶⁸⁾. Les réponses subjectives de certains patients peuvent être à l'origine d'une sous ou surestimation des données.

La mini GDS est un test simple qui permet une première approche, mais c'est un outil purement qualitatif et qui n'apporte pas d'information quantitative. De ce fait, le recours à des outils adéquats d'évaluation et de dépistage comme la Geriatric Depression Scale à 15 ou à 30 items ou une évaluation plus détaillée par un spécialiste nous aurait permis d'évaluer la prévalence de la dépression dans notre population. En effet, cette prévalence n'est pas négligeable en médecine générale puisqu'elle est comprise entre 15 et 30 % des sujets âgés ^{(168) (169)}.

3.3 Les troubles nutritionnels

Les intervenants ont constatés que 21,8 % des personnes évaluées présentaient un mauvais état nutritionnel, ce qui correspond à un score au MNA inférieur à 17 points. La fréquence de la dénutrition au sein de la population âgée est variable en fonction des études et des critères choisis. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la prévalence de la dénutrition est d'environ 4 à 10 % à domicile, 15 à 38 % en institution et 30 à 70 % à l'hôpital ⁽¹⁷⁰⁾. Une étude réalisée en France s'est intéressée à comparer la prévalence de la dénutrition chez des patients âgés de plus de 70 ans et vivant à domicile suivis soit par leur médecins généralistes, soit par le réseau gérontologique ou hospitalisés à l'hôpital local ⁽¹⁷¹⁾. Dans cette étude, le dépistage de la dénutrition s'est formalisé par le questionnaire MNA (Mini Nutritional Assessment) et elle retrouvait que 10,4 % des personnes âgées avait un « mauvais état nutritionnel ». Les patients vus en médecine générale avaient la prévalence la plus faible de dénutrition avec 1,5 %, celle

du groupe suivi par le réseau gériatrique avait une prévalence de 16,5 % et celle de l'hôpital local de 19,2 %. Ainsi, on retrouve une prévalence de la dénutrition plus importante dans notre population par rapport à celles de la littérature. Certains facteurs de risque de dénutrition ont été identifiés spécifiquement chez les personnes âgées : il s'agit surtout de facteurs psycho-socio-environnementaux (isolement, solitude, veuvage) et de facteurs liés à la dépendance, à la dépression et à la démence ⁽¹⁷²⁾. Notre population est plus fragile et doit probablement cumuler ces facteurs de risque de dénutrition, ce qui peut expliquer cette prévalence « haute ».

3.4 Les antécédents de syndrome confusionnel

Les antécédents de syndrome confusionnel sont retrouvés pour 10,7 % de la population interrogée. La prévalence du syndrome confusionnel est mal connue en population âgée, et la majorité des études sont réalisées en service d'urgence. Certains auteurs l'estiment à 0,5 % avec toutefois un risque d'évolution à 3 ans évalué à 10 % lorsque les patients ont atteint l'âge moyen de 85 ans ⁽¹⁷³⁾. De plus il est difficile pour les urgentistes qui ne connaissent pas le patient de faire la part des choses entre syndrome confusionnel et troubles cognitifs sévères. Au service d'accueil des urgences, la prévalence de l'état confusionnel serait de 10 % parmi les 26 % de patients ayant des troubles cognitifs à l'arrivée ⁽¹⁷⁴⁾. Les antécédents des patients sont communiqués au réseau gériatrique soit par les médecins traitants soit par les services d'hospitalisation. Ils peuvent également être complétés par la famille ou le patient quand certains antécédents ne sont pas mentionnés. Généralement, un épisode confusionnel est traumatisant et la famille ou le conjoint s'en souviennent. Mais lorsque la personne âgée est seule pour renseigner les intervenants, cet antécédent est souvent oublié, ce qui peut contribuer à une sous estimation de cette prévalence.

3.5 Les troubles du comportement

Parmi les personnes interrogées, 13,4 % des personnes présentent des troubles du comportement. Le terme « trouble du comportement » sous entend un comportement jugé inadapté par l'intervenant, cette définition reste subjective et à ma connaissance il n'y a pas de données dans la littérature sur cette prévalence dans la population âgée française.

3.6 Les antécédents de chute

Parmi les personnes interrogées, 49 % d'entre elles ont déjà présenté au moins une chute. Ces résultats sont en accord avec les données épidémiologiques françaises qui retrouvent qu'un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et vivant à domicile tombent au moins une fois dans l'année, ce chiffre augmente à 50 % chez les personnes âgées de plus de 80 ans ⁽¹⁷⁵⁾.

3.7 Les troubles cognitifs

Dans le questionnaire alcool l'item trouble cognitif est retrouvé chez 56,9 % des personnes évaluées. On retrouve également que 56 % des personnes évaluées ont des troubles cognitifs (MMSE < 25) avec le calcul du MMSE réalisé systématiquement dans l'EGS. La moyenne du score du MMSE est de 21,1 avec un écart type de 6,8. Cependant, il manque 20 % des MMSE, soit parce que le score n'a pas été retranscrit dans Logiréso, soit parce que le MMSE n'a pas été réalisé (refus, problème de vue, audition, fatigue importante). C'est pourquoi il faut interpréter ces résultats avec prudence.

En France, la principale source de prévalence de démence vient de l'étude Paquid (Personnes âgées Aquitaine ou QUID des personnes âgées). C'est une étude de cohorte menée en population générale depuis 1989 en Gironde et Dordogne chez des sujets âgés de plus de 65 ans. La prévalence de démence a été estimée en 1989 et réévaluée en 1999 chez les plus de 75 ans survivants de la cohorte initiale ⁽¹⁷⁶⁾. Dans cette étude ⁽¹⁷⁷⁾ parmi les 1461 personnes de 75 ans et plus (moyenne de 82,6 ans +/- 5,4 ans) vues au suivi à 10 ans (en 1998-1999) 261 présentaient une démence, soit une prévalence de la démence estimée à 17,8 %. Pour obtenir ce résultat, l'étude Paquid a effectué dans un premier temps un dépistage de la démence par une série de tests psychométriques (MMSE, Wechsler, Benton, Isaacs, Zazzo, test des similitudes). Les sujets répondant aux critères du DSM-III ont ensuite été réévalués par un neurologue pour confirmer le diagnostic de démence et tenter d'en préciser l'étiologie. Les personnes démentes et vivant à domicile ont ensuite été classées en : 14,6 % de démences sévères, 31,3 % des démences modérée, 40,6 % de démences légères et 13,3 % de démence très légères. Ainsi cette méthodologie ne nous permet pas de comparer les chiffres de l'étude Paquid aux résultats que nous avons obtenus. Dans notre étude 28 % des personnes ont des troubles cognitifs modérés à sévères et 28 % ont des troubles cognitifs légers. Ces proportions doivent être prises en compte dans l'analyse des réponses qui dépendent exclusivement des déclarations des patients telles que la consommation d'alcool.

3.8 Les groupes iso ressources

Un peu plus d'un tiers des personnes évaluées sont considérées comme GIR 5 ou 6 (33,5 %), un tiers sont GIR 4 (33 %) et 27 % sont GIR 1-2-3. Les principaux chiffres concernant la perte d'autonomie en France sont issus de l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 réalisée chez des personnes âgées de plus de 60 ans et vivant à domicile qui bénéficient de l'APA ⁽¹⁷⁸⁾. A partir de cette enquête une estimation de la perte d'autonomie chez les plus de 60 ans, en population générale a été réalisée ⁽¹⁷⁹⁾.

Nos chiffres sont différents de ceux obtenus par cette estimation (Tableau 34). En effet elle retrouve que 93 % des personnes de plus de 60 ans et vivants à domicile sont GIR 5 et 6 alors qu'ils ne sont que 33,5 % dans notre population. Les proportions des GIR 1-2-3 et 4 sont plus importantes dans notre population. Cette différence s'explique par le fait que notre population est plus fragile. Elle est également plus âgée et avec l'avancée en âge la perte d'autonomie apparaît.

Tableau 34. Répartition des GIR (en %) de la population Française âgée de plus de 60 ans et vivant à domicile selon l'estimation DRESS et répartition (en %) des GIR de notre population.

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Personnes vivant en logement ordinaire	0 %	1 %	2 %	4 %	4 %	89 %	100 %
Personnes des réseaux gérontologiques de Lorraine	1 %	12 %	14 %	33 %	12 %	21,5 %	93,5 %*

Sources : enquête Handicap-Santé, volet ménages (HSM 2008) : INSEE / calculs DREES avec données pondérées.

* 6,5 % de réponses manquantes

Dans l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 les trois quarts des bénéficiaires sont âgés de 79 ans ou plus. Si l'on compare les chiffres de l'enquête et ceux de notre étude, on remarque une similitude entre la répartition des GIR 1 à 4 de notre population et celle des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile (Tableau 35).

Tableau 35. Répartition des bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2007 par GIR et lieu de vie et répartition (en %) des GIR 1 à 4 de notre population.

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
Bénéficiaires de l'APA et vivant à domicile	2 %	19 %	22 %	57 %	100 %
Personnes des réseaux gérontologiques de Lorraine	1,3 %	20 %	23 %	54 %	100 %

C. LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Dans ce chapitre, seront étudiés dans un premier temps les résultats de l'enquête concernant les consommateurs et les non consommateurs, puis dans un second temps, les résultats de l'enquête des consommateurs ayant un mésusage selon les seuils retenus par l'AGS et l'OMS.

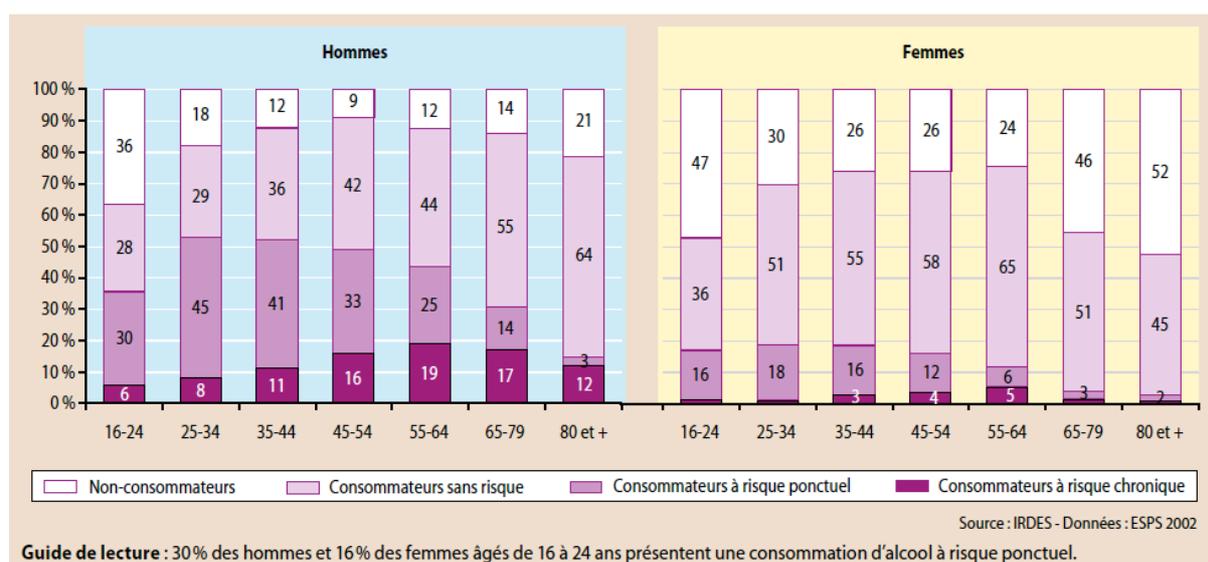
1. Les consommateurs et les non consommateurs

1.1 Les non consommateurs

Parmi les personnes âgées interrogées, 66 % déclarent ne pas consommer d'alcool (N=824). Les non consommateurs vivent seuls pour la majorité d'entre eux (60 %) et sont le plus souvent de sexe féminin. Ainsi, parmi toutes les femmes interrogées 73 % d'entre elles ne consomment pas d'alcool contre 60 % des hommes interrogés.

Ces prévalences sont différentes de celles retrouvées dans l'enquête santé et protection sociale 2002 (ESPS) ⁽²⁶⁾. Dans cette enquête, pour la tranche d'âge 65-79 ans la prévalence des non consommateurs est de 14 % chez les hommes et de 46 % chez les femmes et pour les plus de 80 ans elle est de 21 % chez les hommes et de 52 % chez les femmes (figure 13). Parmi ces abstinents, certains le sont depuis plusieurs années, en raison de conviction religieuse, ou de sevrage volontaire. D'autres ont choisi d'arrêter leur consommation d'alcool pour des raisons de santé (incompatibilité avec les médicaments et maladies ou pathologies liées à l'âge : diabète, cholestérol, accident cardio-vasculaire) ⁽²⁷⁾.

Figure 13. Répartition des profils d'alcoolisation selon l'âge et le sexe : ESPS ⁽²⁶⁾.



En effet, dans des populations particulièrement fragiles on retrouve une prévalence d'abstinent plus élevée que celle de l'ESPS. Par exemple, dans une étude menée sur l'ostéoporose, parmi les 7575 femmes âgées de plus de 75 ans interrogées (âge moyen de 80 +/- 6 ans) 4536 déclaraient ne pas consommer d'alcool, soit une prévalence de 60 % ⁽¹⁸⁰⁾.

Pour certaines personnes âgées l'arrêt de la consommation n'est pas choisi. La perte d'autonomie ne leur permet pas de réaliser seuls leurs achats et les aidants ou la famille ont pris la décision de ne pas leur fournir de boissons alcoolisées. Les personnes âgées de notre population sont plus fragiles et 60 % d'entre elles sont classées GIR 1 à 4, ceci peut expliquer que la prévalence des abstinents dans notre échantillon est plus importante que celles retrouvées dans l'enquête santé et protection sociale 2002.

1.2 Les consommateurs

1.2.1 L'échantillon

Les consommateurs représentent 33 % (N=417) des personnes interrogées. L'âge moyen des consommateurs est de 80,7 ans, et est identique à celui des abstinents. Un consommateur sur deux vit en couple. Parmi toutes les femmes interrogées, 27 % d'entre elles déclarent consommer de l'alcool contre 40 % des hommes.

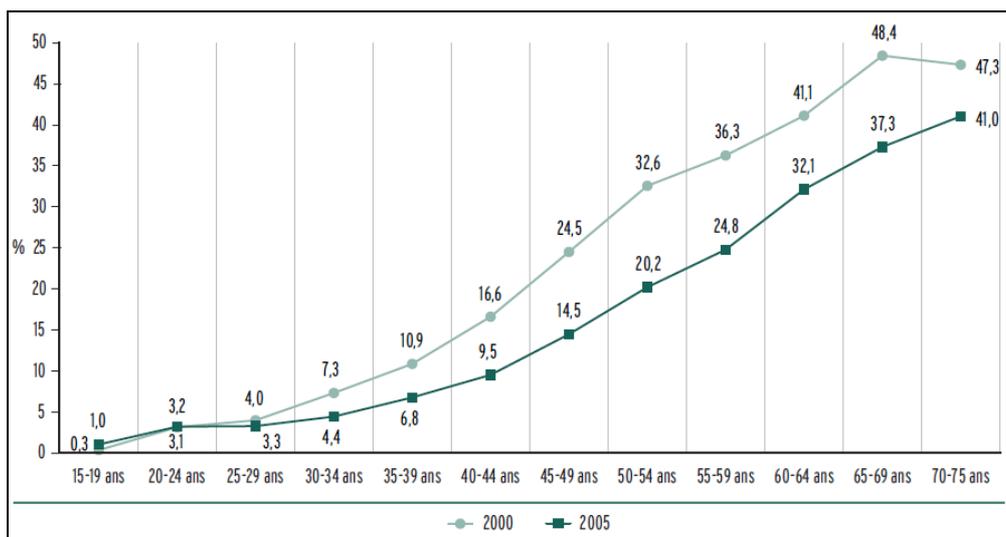
Ces prévalences sont bien en dessous de celles mentionnées par l'ESPS chez les plus de 80 ans où l'on retrouve que 80 % des hommes et 47 % des femmes consomment (Figure 13). Comme nous l'avons déjà vu pour la prévalence des abstinents, cette différence peut

s'expliquer par le fait que notre population est plus fragile. Mais il faut également prendre en compte une éventuelle sous estimation de cette prévalence car nos entretiens se fondent sur un mode déclaratif. Un déni est possible du fait de la pression du regard social, de la peur du jugement de l'intervenant, ou d'un oubli de l'usage (plus de 60 % des personnes âgées ont des troubles cognitifs) ce qui peut contribuer à un sous-diagnostic ⁽¹⁸¹⁾. Par ailleurs, une étude réalisée auprès de personnes âgées de plus de 70 ans, constate que parmi celles qui déclarent ne pas boire ou boire rarement, certaines ne prennent pas en compte les situations extérieures de convivialités (sortie, invitation, restaurant) ⁽¹⁸²⁾. A cela s'ajoute le fait que certaines boissons alcoolisées ne revêtent pas l'image problématique de l'alcool (par exemple la bière peut ne pas être reconnue par les personnes interrogées comme une boisson alcoolisée).

1.2.2 La consommation

Dans notre échantillon, une personne sur cinq déclare une consommation quotidienne. Ce chiffre est supérieur à celui donné par le baromètre santé 2005 chez les moins de 75 ans (15 %), mais inférieur à celui de la tranche d'âge des 65-75 ans qui se situe aux environs de 40 % (figure 14). Le baromètre santé 2005 ne nous renseigne pas sur la consommation quotidienne des plus de 75 ans.

Figure 14. Evolution entre 2000 et 2005 de l'usage quotidien d'alcool au cours des douze derniers mois (en %) suivant l'âge. Baromètre santé 2005.



1.2.3 Les quantités d'alcool consommées

La consommation moyenne est de 10 verres par semaine, avec des extrêmes allant de 1 verre à 98 verres par semaine (pour trois patients interrogés). Mais pour la majorité des consommateurs la quantité d'alcool consommée reste inférieure aux seuils tolérés par l'OMS et l'AGS. En effet 70 % d'entre eux consomment un ou moins de un verre par jour, 20 % plus de un mais moins de 3 verres par jour et 10 % plus de 3 verres par jour. En comparaison avec l'étude des Trois Cités ⁽¹⁸²⁾ réalisée chez des participants plus jeunes (l'âge moyen des participants était de 73 ans et l'échantillon comportait 61 % de femmes), on retrouve la même proportion de personnes consommant plus de 3 verres par jour (10 %). En revanche 56 % consommait un ou moins de un verre par jour et 32 % plus de un mais moins de 3 verres par jour.

Ainsi les consommateurs de notre population, plus fragiles et plus âgés que celle des Trois Cités, consomment plus modérément. Néanmoins la même proportion de consommateurs excessifs est retrouvée dans les deux études et parmi nos consommateurs, 13,6 % ont un mésusage d'alcool selon les seuils retenus par l' OMS.

1.2.4 Le site

La prévalence des consommateurs est différente en fonction des sites de l'enquête. Alors que 50 % des personnes suivies par le réseau Gérard Cuny à Nancy consomment de l'alcool, elles ne sont que 13 % pour le réseau de Creutzwald. Cette différence pourrait s'expliquer par des décès précoces d'anciens consommateurs dans cette dernière région.

1.3 Les différences statistiquement significatives entre consommateurs et abstinents

1.3.1 Le sexe

Les consommateurs sont plus souvent des hommes que les non consommateurs ($p < 0,001$). Ce qui corrobore les résultats de nombreuses études ^{(26) (87) (89)} où les hommes sont plus souvent consommateurs d'alcool que les femmes.

1.3.2 La situation matrimoniale

Les consommateurs sont plus nombreux à vivre en couple 47,8 % contre 40,5 % des non consommateurs ($p = 0,0145$). En population générale, l'ESPS retrouve également qu'une consommation modérée d'alcool est plus fréquente dès lors que l'on vit au sein d'une famille, alors que le risque d'alcoolisation excessive est surtout concentré chez les personnes vivant

seules, hommes ou femmes ⁽²⁶⁾. Pour les plus âgés, l'étude anthropologique des Trois Cités ⁽¹⁸²⁾ constate elle aussi, cette notion de consommation en couple, où la convivialité que représente le repas du couple est l'occasion de consommer du vin plus régulièrement. Elle retrouve également une rupture de cette consommation chez les veuves avec la disparition de leur conjoint, contrairement aux veufs qui n'entrent pas dans la catégorie des abstinents. Ainsi dans notre échantillon, le fait de vivre en couple et de partager un moment convivial comme le repas favoriserait la consommation d'alcool. Cependant 13,1 % des consommateurs relatent des difficultés conjugales contre 8,4 % des non consommateurs ($p= 0,0092$). La consommation est-elle favorisée dans certains cas parce qu'il existe des problèmes de couples et que le repas devient une source d'anxiété soulagée par la prise d'alcool ? Inversement, on pourrait se demander si la consommation ne provoque pas d'avantage de problèmes de couples, mais cette constatation n'est pas retrouvée pour les consommateurs excessifs.

1.3.3 Le soutien de l'entourage

Il y a significativement plus de consommateurs estimant avoir un soutien insatisfaisant de l'entourage que parmi les non consommateurs. Cette constatation laisse penser que l'isolement social et consommation d'alcool sont liés. Dans la littérature, l'isolement est reconnu comme un facteur de risque de mésusage d'alcool chez les personnes âgées ⁽⁷²⁾ ce que notre étude retrouve puisque les consommateurs excessifs de notre échantillon estiment également avoir un soutien de l'entourage moins satisfaisant.

1.3.4 L'anxiété

On retrouve que les abstinents se sentent plus anxieux que les consommateurs. L'anxiété est reconnue comme facteur de risque d'une consommation excessive ⁽⁶⁷⁾ mais cela n'est pas retrouvé dans notre étude. Comme nous l'avons vu au début de la discussion notre population est fragile, avec une prévalence de l'anxiété haute, puisqu'elle est de 30 %. Cela constitue-t-il un biais statistique ? Par ailleurs, l'alcool peut être consommé pour son effet anxiolytique. En effet dans l'étude des Trois Cités, les buveurs quotidiens consomment du vin pour son goût, le plaisir, mais aussi comme "remontant" ⁽¹⁸²⁾.

1.3.5 Les antécédents de chute

Contrairement à ce que l'on attendait, les antécédents de chutes sont plus fréquemment retrouvés chez les non consommateurs que chez les consommateurs. La consommation

d'alcool serait-elle associée à une diminution du risque de chute pour les personnes âgées ? De nombreuses études ont analysé les facteurs favorisant les chutes chez les personnes âgées et contrairement à l'idée reçue, les études portant sur les chutes non fatales des personnes âgées ne retrouvent pas de lien statistique significatif avec la consommation d'alcool ⁽¹⁸³⁾ ⁽¹⁸⁴⁾ ⁽¹⁸⁵⁾ ⁽¹⁸⁶⁾. Plus surprenant, une étude québécoise a mis en évidence un effet protecteur de la consommation quotidienne d'alcool vis à vis des chutes ⁽¹⁸⁷⁾. Mais on notera qu'il s'agissait pour ces études de chutes majoritairement mineures avec l'absence de blessures ou des blessures peu sévères et des consommations d'alcool modérées. Le premier bilan réalisé dans l'étude de Mukamal et son équipe ⁽³⁹⁾, indique également une association inverse entre la consommation d'alcool et le risque de chutes fréquentes. Or, l'analyse longitudinale sur quatre ans, indique un risque de chute semblable chez les abstinents et les buveurs ayant une consommation légère à modérée, mais un risque de chute 25 % plus élevé chez les consommateurs de 14 verres ou plus par semaine. Mukamal et son équipe concluent que les études transversales peuvent ne pas identifier cette tendance à la chute, car les personnes âgées à risque de chutes ont probablement tendance à diminuer leur consommation d'alcool au cours du temps. Cette dernière hypothèse pourrait également expliquer nos résultats. En effet, suite à une chute les anciens consommateurs sont peut être devenus abstinents de peur d'une récurrence ou éventuellement parce que cette chute a entraîné une diminution de la mobilité et des difficultés d'approvisionnement.

1.3.6 Les troubles nutritionnels

Les troubles nutritionnels sont plus importants chez les consommateurs que chez les non consommateurs. Notre population est plus fragile que la population générale où la consommation modérée d'alcool est le plus souvent associée au plaisir et à une cuisine variée (étude anthropologique des Trois Cités). La dénutrition touche plus particulièrement les sujets âgés fragiles ⁽¹⁸⁸⁾ et l'ensemble des auteurs s'accordent à dire que la dénutrition entraîne ou aggrave l'état de fragilité ⁽¹⁸⁹⁾. Dans notre population où la prévalence de la dénutrition est plus importante que la population française du même âge, on pourrait se demander si la consommation d'alcool ne se substitue pas aux apports caloriques quotidiens en modifiant la quantité ou la composition des repas. La solitude est également un élément à prendre en compte. En effet, une enquête française (appelée Solinut) menée sur l'alimentation de 150 personnes âgées de plus de 70 ans et vivant seules à domicile ⁽¹⁹⁰⁾ a confirmé que la solitude retentit de façon négative sur le statut nutritionnel, depuis l'envie de manger jusqu'à la capacité à faire ses courses. Or dans notre étude nous constatons que les consommateurs ont

un sentiment de solitude plus important que les non consommateurs. Ces deux données peuvent peut-être expliquer que dans notre population, les consommateurs ont un état nutritionnel moins bon que les non consommateurs.

1.3.7 Les troubles cognitifs

La moyenne du MMSE est plus élevée de 1 point chez les consommateurs que chez les non consommateurs : existe-t-il un bénéfice à consommer de l'alcool sur les troubles cognitifs ? Comme nous l'avons déjà abordé dans la première partie, de nombreuses études épidémiologiques prospectives ont montré qu'une consommation modérée d'alcool était associée à un risque plus faible de développer une démence ⁽⁶³⁾ ⁽⁶⁴⁾. Suite à leur large méta-analyse, l'équipe de Edward J Neafsey et Michael A Collins ⁽⁶⁴⁾ retrouve qu'une consommation modérée (2 verres / jour pour les hommes et de 1 verre / jour pour les femmes) semble effectivement réduire le risque de démence et de déclin cognitif chez les sujets âgés par rapport aux sujets abstinents. Cette conclusion est également retrouvée dans l'enquête Paquid pour les consommateurs légers (1 à 2 verres par jour) et les buveurs dits modérés (moins de 4 verres par jour). Ainsi, on retrouve la même constatation dans notre étude où les troubles cognitifs des consommateurs sont un peu moins sévères que les non consommateurs. Il se pourrait que la sévérité des troubles cognitifs des personnes âgées ne leur permet pas de s'approvisionner en alcool sans l'intervention d'une tierce personne ou d'en faire la demande. Les troubles cognitifs seraient, dans cette hypothèse, non pas la conséquence d'une non consommation mais la cause.

1.3.8 Les groupes iso ressources

On retrouve une différence statistiquement significative concernant la répartition des scores GIR entre les consommateurs et les non consommateurs. En effet, aucune des personnes classées en GIR 1 ne consomme d'alcool. Ces personnes, dont les fonctions mentales sont gravement altérées, sont confinées au lit ou au fauteuil et nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants pour les actes de la vie quotidienne. Ainsi la non consommation peut s'expliquer par leur fragilité, leur dépendance et l'impossibilité de s'approvisionner en alcool. En revanche les personnes classées en GIR 2 et 3 représentent 28 % de consommateurs. Rappelons que les personnes classées en GIR 2 sont définies comme des personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées mais dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités

de la vie courante. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer. Ainsi se pose la question de l'approvisionnement en alcool et le rôle des aidants dans cette consommation. Les personnes classées en GIR 5 ou 6, représentent 40 % des consommateurs, alors qu'ils ne sont que 30 % pour les abstinents. Pour une perte d'autonomie moins importante le pourcentage de consommateurs augmente. Un meilleur état de santé peut expliquer cette consommation.

1.4. Les différences non statistiquement significatives entre consommateurs et abstinents

1.4.1. La catégorie socio professionnelle

Parmi les anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, la moitié sont des consommateurs. En revanche, parmi les ouvriers, les abstinents sont quatre fois plus nombreux que les consommateurs. Pour les autres catégories socio professionnelles on retrouve environ 60 % d'abstinents. Mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives. L'enquête santé et protection sociale 2002 (ESPS)⁽²⁶⁾ retrouve cependant les mêmes tendances. En effet, les cadres et les professions intermédiaires ont une probabilité plus forte de déclarer être consommateurs que les employés. A l'inverse, les ouvriers ont une probabilité plus faible de déclarer être consommateurs que les employés.

1.4.2 Syndrome confusionnel et trouble du comportement

Concernant les antécédents de syndrome confusionnel et les troubles du comportement il n'existe pas de différence significative entre les consommateurs et les non consommateurs. Ceci peut s'expliquer par le fait que les consommations d'alcool sont modérées chez le plus grand nombre des sujets âgés, n'entraînant pas plus de syndrome confusionnel ni de trouble du comportement.

2. Les consommateurs ayant un mésusage d'alcool

2.1 La prévalence du mésusage d'alcool

Il est difficile de comparer la prévalence du mésusage d'alcool de notre étude à celles retrouvées dans la littérature où les critères d'âge des populations étudiées et les définitions du mésusage de la consommation d'alcool sont très hétérogènes (classifications DSM-III, DSM-IV, CIM-10, CAGE, OMS, AGS). Ainsi, on retrouve une grande variabilité des prévalences

en fonction des équipes et des critères choisis (Tableau 5). De plus, la majorité des études sont réalisées aux États-Unis et l'utilisation de ces données chiffrées, en comparaison à la situation française, se heurte à des différences qui renvoient à des aspects socioculturels (place de l'alcool et notamment du vin dans notre société) et historiques (existence de la prohibition aux États-Unis, de 1920 à 1933). Les comparaisons doivent donc être prudentes.

2.1.1 La prévalence du mésusage selon les seuils retenus par l'OMS.

Dans notre étude la prévalence du mésusage selon les seuils retenus par l'OMS est de 4,5 %. Aux États-Unis, Adams et son équipe ⁽⁸⁷⁾ retrouvent une prévalence plus importante de mésusage, qui est de 15 % pour les hommes et de 12 % pour les femmes. En Europe, les prévalences du mésusage sont proches de celle retrouvée dans notre enquête même si elles restent légèrement plus élevées. En Allemagne, l'équipe de Weyerer ⁽⁹¹⁾ retrouve une prévalence du mésusage d'alcool de 6,5 % chez une population de 3224 individus âgés de plus de 75 ans. En France l'enquête Santé et Protection Sociale 2006 retrouve une prévalence de 8,6 % chez les plus de 65 ans. Pour la tranche d'âge des 60-69 ans, la prévalence est de 11,9 %, pour les 70-79 ans elle est de 8,8 % et pour les plus de 80 ans elle est de 5,3 % ⁽¹⁹¹⁾.

Dans notre population, la prévalence du mésusage d'alcool selon les seuils retenus par l'OMS est plus basse que celle retrouvée dans ces différentes études. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette différence.

La différence de prévalence entre notre étude et celle de l'équipe d'Adams est la plus importante. Avec l'avancée en âge les quantités d'alcool consommées diminuent, surtout au delà de l'âge de 75ans ^{(89) (192) (193) (194)}, or la moyenne d'âge de l'étude Américaine est plus basse que celle de notre étude, ce qui peut expliquer cette différence.

De plus, notre population est plus fragile que celle des études sus-citées. La tolérance à l'alcool est peut être moindre dans notre population et les effets d'une consommation excessive sont alors plus fortement ressentis. Pour se protéger des ces effets, les personnes âgées interrogées ont peut être décidé de ne pas consommer ou de diminuer leur consommation. Cette décision peut également être prise par les aidants qui ne leur achètent pas de boissons alcoolisées.

Il faut également prendre en compte le fait que certains consommateurs n'ont peut être pas déclarés des épisodes de consommation d'alcool. Que ce soit par oubli (56 % des personnes

interrogées ont des troubles cognitifs) ou par déni. Ce qui peut contribuer à une sous-estimation.

Même si notre prévalence du mésusage d'alcool reste inférieure à celle retrouvée dans la littérature pour les personnes âgées, elle est cependant, proche de celles retrouvées dans les études européennes. Cette prévalence n'est pas négligeable, en effet, elle reste supérieure à celle de la population Lorraine âgée de 18 à 75 ans qui est de 2,6 % ⁽¹⁹⁵⁾.

2.1.2 La prévalence du mésusage selon le seuil retenu par l'AGS.

Dans notre étude la prévalence du mésusage selon les seuils retenus par l'AGS est de 10,3 %. Cette prévalence est plus importante que celle de l'étude « Health and Retirement Study » ⁽⁸⁹⁾ réalisée en 1998 aux Etats-Unis qui est de 6,5 %. Cependant, il est important de mentionner que notre mesure est imparfaite, en effet un verre standard aux USA correspond à 12 g d'alcool pur, alors qu'il est de 10 grammes en France. En Europe, l'étude anglaise : « English Longitudinal Study of Aging » ⁽⁸⁹⁾ retrouve une prévalence du mésusage de 23 %, soit deux fois plus importante que la notre. Mais la moyenne d'âge des personnes de l'étude Anglaise est plus basse que la notre, ce qui peut expliquer cette différence.

2.2 Un mésusage caractérisé par une consommation importante

La moyenne des verres consommés par semaine par les consommateurs ayant un mésusage est supérieure aux seuils recommandés. En effet, pour les consommateurs excessifs selon l'OMS la moyenne du nombre de verres consommés par semaine est de 37,4 (écart type: 18,7 verres), soit un chiffre au dessus de la limite à ne pas dépasser qui est de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme et de 14 verres par semaine chez la femme. Pour les consommateurs ayant un mésusage selon l'AGS cette moyenne est également supérieure au seuil recommandé, puisqu'elle est de 25,2 verres par semaine (écart type: 16,7 verres) pour une consommation limitée à 7 verres par semaine.

2.3 Les différences statistiquement significatives des consommateurs excessifs par rapport à la population témoin.

2.3.1 Le site

Quel que soit le seuil du mésusage retenu, on remarque que la prévalence du mésusage est plus importante en Meurthe et Moselle qu'en Moselle (Tableau 35).

Tableau 35. Prévalence des consommateurs avec mésusages selon les seuils retenus par l'OMS et par l'AGS en fonction des sites.

Sites	Mésusage selon les seuils de l'OMS (p = 0,0223)	Mésusage selon les seuils de l'AGS (p <0,0001)
Ensemble des sites (N=1237)	56 (4,5 %)	127 (10,3 %)
Moselle (N=603)	22 (3,6 %)	39 (6,5 %)
Metz (N=254)	10 (3,9 %)	21 (8,3 %)
Creutzwald (N=211)	2 (0,9 %)	4 (1,9 %)
Thionville (N=138)	10 (7,2 %)	14 (10,1 %)
Meurthe et Moselle (N=634)	34 (5,3 %)	88 (13,8 %)
Lunéville (N=150)	7 (4,7 %)	15 (10 %)
Nancy (N=388)	22 (5,7 %)	62 (16 %)
Saint Nicolas de Port (N=36)	4 (11,1 %)	7 (19,4 %)
Val de Lorraine (N=60)	1 (1,7 %)	4 (6,7 %)

Dans l'enquête menée en Lorraine par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) cette différence est déjà observée mais elle est non significative (Tableau 36).

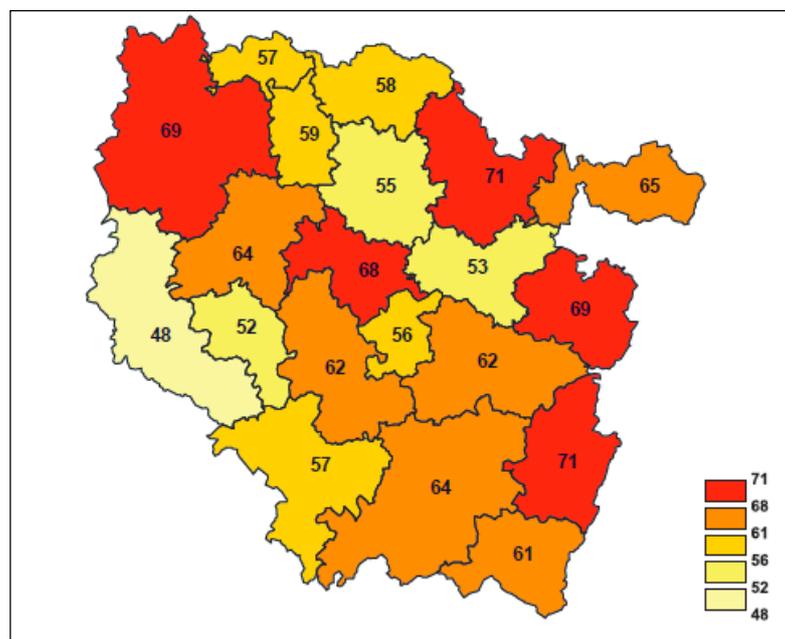
Tableau 36. Prévalence du mésusage d'alcool par département pour une population âgée de 18 à 75 ans ⁽¹⁹⁵⁾ en Lorraine (Selon l'enquête menée par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie).

	Hommes	Femmes	Ensembles
Moselle	4,2 %	0,9 %	2,4 %
Meurthe et Moselle	6,6 %	0,8 %	3,2 %
Meuse	4,5 %	1,0 %	3 %
Vosges	3,4 %	0,8 %	1,9 %
Lorraine	4,8 %	0,9 %	2,6 %

Source ORSAS Lorraine 2010

Le réseau gérontologique de Creutzwald a la plus faible prévalence du mésusage suivi de Pont à Mousson (Val de Lorraine). Cela est peut être dû au fait que ces sites possèdent un taux de mortalité par maladie liée à l'alcool plus important que les autres sites (figure 15). Ainsi ces plus faibles pourcentages sont peut être dus aux décès précoces des consommateurs sur ces sites.

Figure 15. Taux de mortalité en Lorraine par maladie liée à l'alcool (tumeur des voies aéro-digestives supérieures, cirrhose, encéphalopathie). Taux pour 100 000 habitants.



Source ORSAS Lorraine 2010

2.3.2 Le sexe

Parmi les hommes interrogés on retrouve une prévalence de mésusage selon les seuils retenus par l'OMS de 7,7 % alors qu'elle est de 2,8 % pour les femmes interrogées. Dans l'ESPS de 2002 on retrouve des prévalences plus importantes du mésusage chez les hommes âgés de 65 à 79 ans (17 %) et de plus de 80 ans (12 %). Chez les femmes, les prévalences retrouvées sont proches de celles de notre étude avec 3 % chez les 65-79 ans et 2 % chez les plus de 80 ans (Figure 13).

Parmi les hommes interrogés 19 % ont un mésusage selon le seuil retenu par l'AGS, alors que pour les femmes celui-ci est de 6 %. Ces proportions se situent entre celles des États-Unis ⁽⁸⁹⁾ et celles de l'Angleterre ⁽⁸⁹⁾ chez les plus de 65 ans.

Il y a significativement plus d'hommes présentant un mésusage que de femmes quel que soit le seuil retenu. Ce qui corrobore les résultats de nombreuses études ^{(26) (87) (89)}.

Pour les femmes suivies par les réseaux, la prévalence du mésusage d'alcool est proche de celle retrouvée par l'ESPS. En revanche pour les hommes cette prévalence est moins importante que celles constatées dans les autres études.

Tableau 37. Tableau récapitulatif des différences statistiquement significatives des consommateurs excessifs par rapport aux autres personnes âgées.

	PAS DE MESUSAGE SELON L'AGS	MESUSAGE SELON L'AGS	P	PAS DE MESUSAGE SELON L'OMS	MESUSAGE SELON L'OMS	P
Age (moyenne)	80,8 (7,5) (N=1093)	79,8 (7,8) (N= 125)	0,0 189	80,8 (7,5) (N= 1163)	78,3 (8,7) (N=55)	0,01 8
Soutien de l'entourage satisfaisant	83% (N=923)	69,3% (N=88)	0,0 04	83% (N=974)	66,1% (N=37)	0,00 01
Trouble du comportement	12,3% (N=127)	21,3% (N=27)	0,0 05	12,4% (N=139)	26,8% (N=15)	0,00 23
Troubles nutritionnels	20,9% (N=215)	29,9% (N=38)	0,0 19	21,1% (N=232)	37,5% (N=21)	0,00 4

2.3.3 L'âge

Quel que soit le seuil retenu du mésusage, les consommateurs excessifs ont une moyenne d'âge plus basse que les autres personnes âgées. On remarque également que les consommateurs ayant un mésusage selon les seuils retenus par l'OMS sont plus jeunes que ceux ayant un mésusage selon les seuils retenus par l'AGS. Il semblerait que les patients plus jeunes ont un meilleur état de santé leur permettant de consommer des quantités d'alcool plus importantes et qu'en vieillissant, leur état de santé se fragilise, entraînant une diminution de cette consommation. Il est également possible que l'âge des consommateurs ayant un

mésusage soit abaissé du fait du décès précoce secondaire à cette consommation excessive d'alcool.

2.3.4 Le soutien de l'entourage

Quel que soit le seuil retenu, les consommateurs ayant un mésusage estiment avoir un soutien de l'entourage moins satisfaisant. Cette différence statistiquement significative est déjà présente entre les consommateurs et les non consommateurs.

Après 80 ans, l'isolement social des personnes âgées est plus important puisque les contacts amicaux et de voisinage s'atténuent significativement et seules les relations familiales se maintiennent ⁽¹⁵⁵⁾. Les personnes âgées fragiles ont besoin de leur entourage pour leur apporter un soutien social, financier ou moral. Sans la famille l'isolement social s'accroît. Dans la littérature, l'isolement est reconnu comme un facteur de risque de mésusage d'alcool chez les personnes âgées ⁽⁶⁷⁾. Dans notre population, il semble que l'alcool est un « remède » pour soulager cette solitude. Il est également possible que la consommation excessive soit un sujet de conflit entre les consommateurs et la famille, l'isolement devient alors la conséquence d'une consommation excessive d'alcool.

2.3.5 Les troubles du comportement

Les consommateurs excessifs présentent deux fois plus de troubles du comportement que les non consommateurs ou consommateurs sans mésusage et ce quel que soit le seuil du mésusage retenu. Ils sont également plus présents lorsque la consommation est plus importante. A notre connaissance, il n'existe pas de données concernant la prévalence des troubles du comportement secondaire à la consommation d'alcool dans la population des personnes âgées ou dans la population générale. Les troubles du comportement sont définis par les intervenants comme « un comportement inadapté à une situation donnée ». Néanmoins cette définition non consensuelle peut être interprétée différemment selon les équipes.

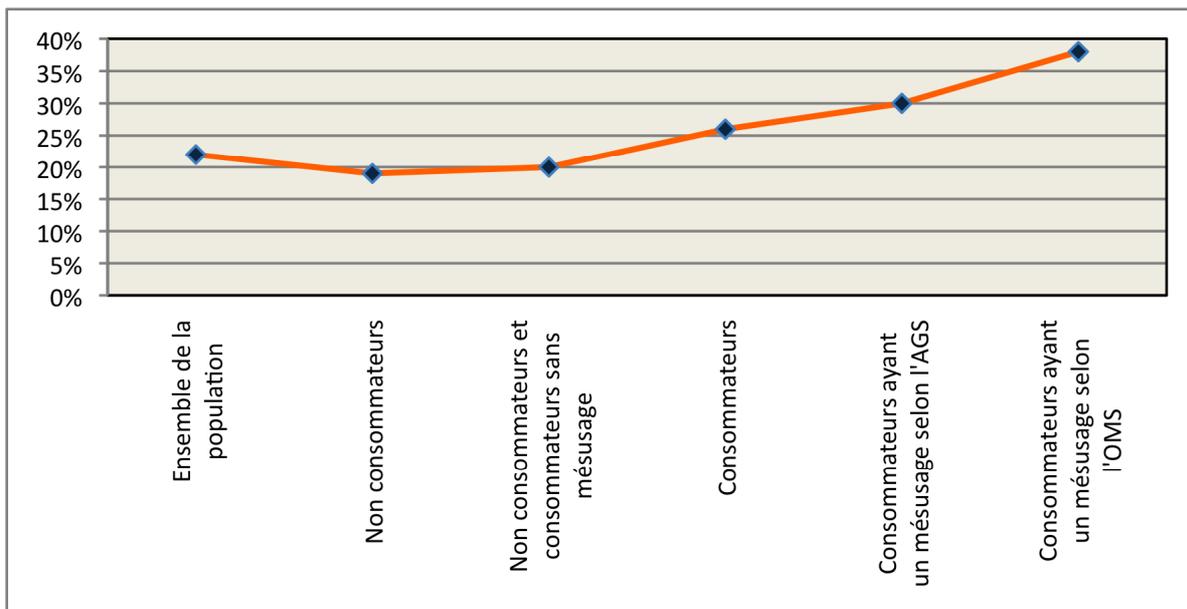
L'abus ou l'usage nocif d'alcool est défini par la CIM-10 ou la DSM-IV comme « une consommation induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux ». Des troubles du comportement peuvent être constatés dans ces trois domaines et à tous les âges. Dans une enquête réalisée en médecine du travail, un employeur ou un collègue transmet le plus souvent un signalement lorsqu'il existe des problèmes relationnels, un comportement anormal, un état d'ébriété, une baisse de rendement, une dégradation de l'état de santé ou une désadaptation socioprofessionnelle (erreurs professionnelles, manque de

ponctualité et absentéisme) ⁽¹⁹⁰⁾. De même, chez les personnes âgées, les troubles du comportement secondaires à la consommation excessive d'alcool peuvent se traduire par des problèmes relationnels, une agressivité, un état d'ébriété, des difficultés à faire les gestes de tous les jours.

2.3.6 Les troubles nutritionnels

Il y a significativement plus de troubles nutritionnels chez les consommateurs ayant un mésusage que chez les autres personnes âgées quel que soit le seuil retenu. En effet, parmi les consommateurs ayant un mésusage selon la définition de l'OMS, 37,5 % ont des troubles nutritionnels et 30 % en souffrent, si l'on se réfère à celle de l'AGS. Alors que les personnes âgées n'ayant pas de mésusage quelle que soit la définition retenue ne sont que 21 % à présenter des troubles nutritionnels (Figure 16).

Figure 16. Prévalence de la dénutrition (en %) en fonction de la consommation d'alcool.



La consommation d'alcool a un retentissement sur le statut nutritionnel. En effet, plus la consommation d'alcool est importante, et plus la proportion de troubles nutritionnels est grande. Il peut s'agir d'un effet direct, par substitution de la prise alimentaire par l'ingestion d'alcool, ou d'un effet indirect, par malabsorption due aux pathologies liées à la consommation d'alcool. Pour un adulte en bonne santé, lorsque la consommation d'alcool reste modérée, les calories alcooliques s'ajoutent à l'apport énergétique total. En revanche,

quand la consommation s'élève, l'alcool se substitue partiellement aux apports glucidiques, puis on observe une baisse des apports en protéines, lipides et vitamines A, C et B qui peuvent devenir inférieurs aux apports journaliers recommandés. Le calcium, le fer et les fibres diminuent également.

Par ailleurs, les carences nutritionnelles majorent les effets de l'alcool : à consommation égale d'alcool, les patients malnutris ont un pic d'alcoolémie plus élevé, plus étalé dans le temps que les individus sans trouble nutritionnel ⁽⁴⁹⁾. Chez les personnes âgées la dénutrition est un acteur constant des pathologies gériatriques. Les causes de carences d'apport sont multiples : elles peuvent être sociales, psychologiques, consécutives à des déficiences, liées à la prise de médicaments, d'origine digestive, ou surtout liée à une anorexie, elle-même multifactorielle. De plus, contrairement aux idées reçues, les besoins énergétiques peuvent être augmentés chez les personnes âgées, par exemple en cas de pathologies associées, syndrome inflammatoire à bas bruit ou par excès de déambulation des personnes démentes. Il est difficile de déterminer parmi la population de personnes âgées vivant à domicile si la dénutrition relève de la carence d'apport seule ou si elle relève de la maladie. Mais la dénutrition chez les personnes âgées est surtout importante par ses conséquences. La dénutrition constitue dans certaines pathologies un facteur d'aggravation des risques de morbidité et de mortalité liés à la pathologie. Ainsi, en améliorant le statut nutritionnel du sujet, certaines pathologies peuvent voir leur pronostic amélioré. Notre population a une prévalence plus importante de dénutrition que la population générale vivant à domicile du même âge. Dans cette population plus fragile on observe que la consommation d'alcool quelle que soit son importance favorise les troubles nutritionnels.

2.4 Les différences non statistiquement significatives des consommateurs ayant un mésusage et de la population témoin.

2.4.1 La situation matrimoniale

La situation matrimoniale ne diffère pas chez les consommateurs ayant un mésusage des autres personnes âgées. Ainsi, le fait de vivre en couple favorise la consommation d'alcool, mais pas la consommation excessive. On remarque cependant que les personnes qui vivent en couple sont plus nombreuses à avoir un mésusage selon les seuils retenus par l'AGS alors que celles qui vivent seules sont plus nombreuses à avoir un mésusage selon le seuil retenu par l'OMS, mais cette différence n'est pas significative. Néanmoins, on pourrait se demander si le fait d'être en couple favorise une consommation d'alcool modérée alors que le fait de vivre

seul favorise une consommation d'alcool excessive. Rappelons en effet que les experts du rapport santé Canada 2002 ⁽⁶¹⁾ ont mentionné que les principaux facteurs de risque pour la consommation excessive d'alcool comportaient entre autres, l'expérience de plusieurs pertes, la solitude ⁽⁸⁹⁾, le célibat ^{(25) (90)}, et l'isolement.

2.4.2 Les catégories socioprofessionnelles

On ne retrouve pas d'association statistiquement significative entre la catégorie socioprofessionnelle et la consommation excessive d'alcool. Mais la méthode statistique est imparfaite car certains effectifs théoriques sont inférieurs à 5 ce qui nécessite la réalisation d'un test exact de Fisher, qui n'a pas pu être réalisé. Cependant on aurait pu faire des regroupements de catégories socioprofessionnelles, mais le regroupement initial correspond à la plus petite classification admise par l'INSERM. De plus, comme nous l'avons vu, il existe probablement un biais de classification qui rend impossible l'interprétation correcte de ces pourcentages. Néanmoins, on peut noter que l'on retrouve les mêmes tendances que l'enquête santé et protection sociale 2002 (ESP) et l'enquête santé 2002-2003 (ES) ⁽¹⁷⁵⁾, où les cadres et les professions intellectuelles supérieures ont une probabilité plus forte d'être des consommateurs excessifs que les employés.

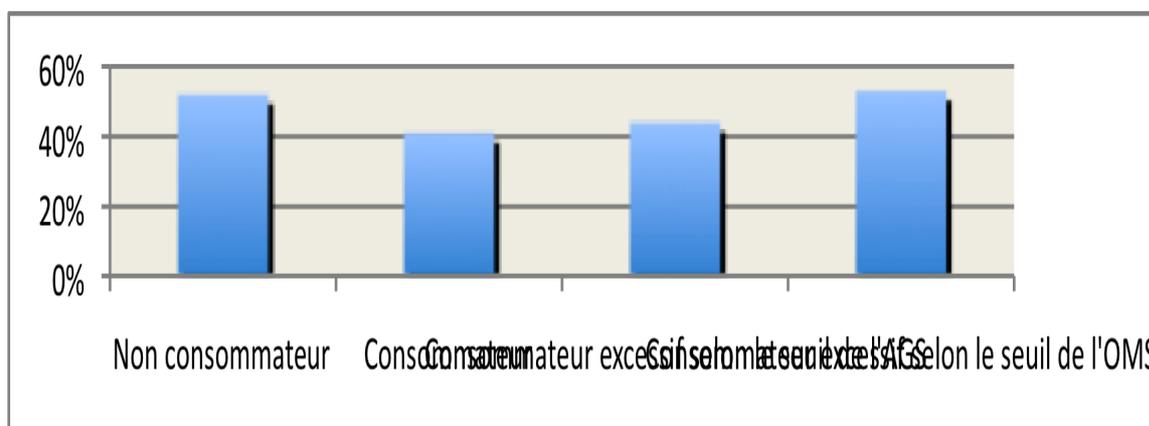
2.4.3 L'anxiété et les affects dépressifs

L'anxiété et les affects dépressifs ne sont pas plus ressentis chez les consommateurs excessifs que chez les autres personnes âgées. Cependant on remarque que 10 % des personnes présentant des troubles anxieux ont une consommation excessive d'alcool selon le seuil retenu par l'AGS alors qu'ils ne sont que 5 % selon le seuil retenu par l'OMS. Les personnes interrogées présentant des affects dépressifs sont 12 % à avoir un mésusage selon les seuils de l'AGS alors qu'elles ne sont que 8 % selon les seuils de l'OMS. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives, mais l'on pourrait se demander si la prise d'alcool n'atténue pas l'anxiété et les affects dépressifs. Les liens entre l'alcool et l'anxiété sont complexes. En effet, il est difficile de distinguer un alcoolisme secondaire à un trouble anxieux, d'une anxiété compliquant un alcoolisme. Le syndrome dépressif majeur serait, selon les études, trois à cinq fois plus fréquent chez les sujets âgés alcooliques que chez les sujets âgés non alcooliques ⁽⁶⁷⁾ ⁽⁶⁸⁾.

2.4.4 Les antécédents de chute

On constate que les consommateurs excessifs selon les seuils retenus par l’OMS ont un peu plus d’antécédents de chute que les autres personnes âgées, mais cette différence n’est pas statistiquement significative (Figure 17). Comme pour les consommateurs, l’hypothèse de Mukamal et son équipe peut expliquer ce résultat. Rappelons qu’ils concluent que les études transversales peuvent ne pas identifier ce risque de chute, car les personnes âgées à risque de chutes ont probablement tendance à diminuer leur consommation d’alcool au cours du temps. En effet, suite à une chute les anciens consommateurs sont peut être devenus abstinents de peur d’une récurrence ou éventuellement parce que cette chute a entraîné une diminution de la mobilité et des difficultés d’approvisionnement.

Figure 17. Prévalence des antécédents de chute (en %) en fonction de la consommation d’alcool.



2.4.5 Les groupes iso ressources

On ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre la consommation d’alcool excessive et le degré de dépendance des personnes âgées et ce quel que soit le seuil de mésusage retenu. Comme pour les consommateurs et les non consommateurs, on remarque cependant que parmi les personnes très dépendantes (GIR 1) aucune ne consomme d’alcool. Si l’on retrouve que les consommateurs ont une perte d’autonomie moins importante que les abstinents, ce n’est pas le cas pour les consommateurs excessifs parmi lesquels on compte 1/3 de personnes classées en GIR 2-3, 1/3 en GIR 4 et 1/3 en GIR 5-6. Le questionnement se porte à la fois sur le mode d’approvisionnement des personnes dépendantes, notamment celles

classées en GIR 2 et 3 mais également sur les conséquences de cette consommation chez ces personnes particulièrement fragiles.

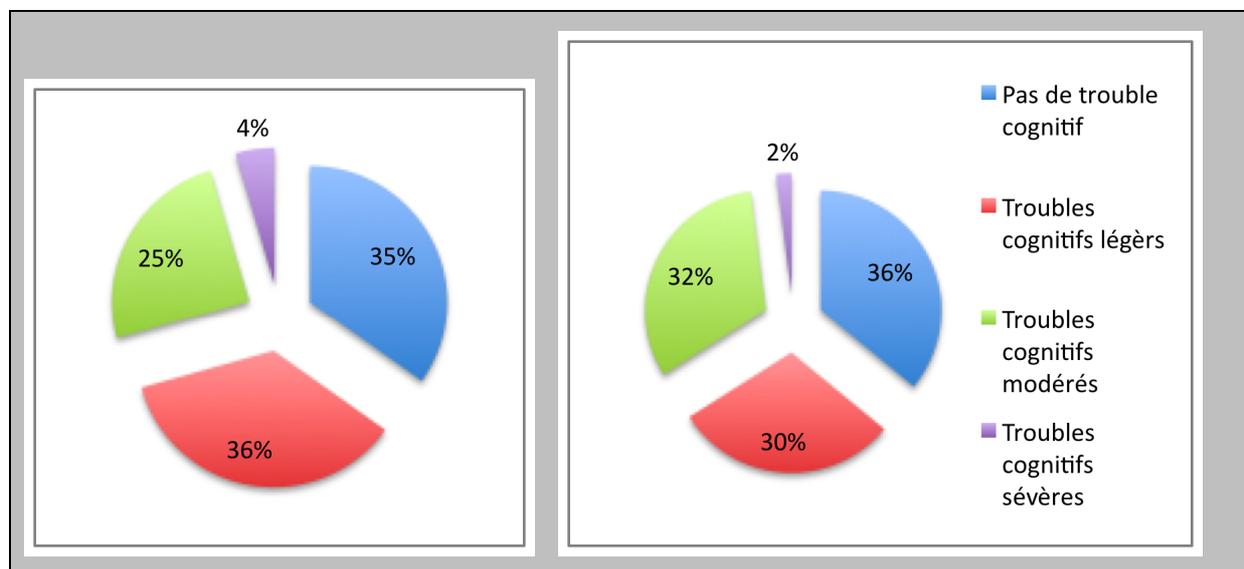
2.4.6 Les Troubles cognitifs (Figure 18)

Concernant les troubles cognitifs, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre la sévérité des troubles cognitifs et la consommation excessive d'alcool. Néanmoins, on constate que plus le degré des troubles cognitifs est important, plus le pourcentage de consommateurs excessifs est faible. Parmi les patients atteints de troubles cognitifs sévères seuls 2 à 4 % ont une consommation d'alcool excessive. Pour ces derniers, comme pour les consommateurs excessifs classés en GIR 2 se pose la question du moyen de se procurer de l'alcool mais également celle de la fiabilité du recueil des données.

Figure 18. Répartition des différents degrés de sévérités des troubles cognitifs chez les consommateurs excessifs selon le seuil retenu de l'AGS (figure a) et selon le seuil retenu de l'OMS (figure b).

Figure a. Seuil de l'AGS

Figure b. Seuil de l'OMS



V. CONCLUSION

Bien que les personnes âgées vivants à domicile soient particulièrement vulnérables aux effets nocifs de l'alcool, très peu d'études se sont intéressées à leur consommation. Notre étude a permis à la fois de déterminer la consommation d'alcool des personnes âgées prises en charge par les réseaux gérontologiques de Lorraine, mais également d'établir un portrait descriptif de cette population vivant à domicile.

Comme pour l'ensemble des personnes âgées françaises, notre population présente une majorité de femmes et une majorité de personnes vivant seules. Par définition et comme nous le montrent les résultats que nous avons obtenus, notre « population réseau » est une population fragile. En effet, plus de deux tiers des personnes interrogées présentent une perte d'autonomie, une personne sur cinq des troubles nutritionnels et plus de la moitié ont des troubles cognitifs. Toutes ces particularités font que nos résultats sont difficilement extrapolables à l'ensemble de la population âgée vivant à domicile où la prévalence du syndrome de fragilité est estimée à 7 %⁽¹¹⁾.

Une perte d'autonomie plus importante et une santé fragilisée peuvent expliquer le fait que la prévalence des abstinents (66 %) est plus élevée dans notre population que dans celle de l'enquête santé et protection sociale 2002. Cependant, dans notre échantillon une personne sur cinq déclare une consommation quotidienne. Pour la majorité des consommateurs la quantité d'alcool consommée reste modérée. En effet 70 % d'entre eux consomment un ou moins de un verre par jour, 20 % plus de un mais moins de 3 verres par jour et 10 % plus de 3 verres par jour. En comparaison avec l'étude des Trois Cités⁽¹⁸²⁾ réalisée chez des participants plus jeunes on retrouve la même proportion de personnes consommant plus de 3 verres par jour (10 %). Les consommateurs sont le plus souvent des hommes qui vivent en couple. Ils semblent être moins fragiles que les abstinents, sont plus autonomes, présentent moins d'antécédents de chute et ont un score au MMSE légèrement supérieur. Ce qui leur permet peut être de se procurer et de consommer des boissons alcoolisées plus facilement. Cependant ils présentent plus de troubles nutritionnels et estiment avoir un soutien social moins satisfaisant, ces deux caractéristiques sont également retrouvées chez les consommateurs ayant un mésusage.

Dans notre étude la prévalence des consommateurs ayant un mésusage selon les seuils retenus par l'OMS est de 4,5 % et de 10,3 % selon les seuils retenus par l'AGS. Ces prévalences restent inférieures à celles retrouvées dans la littérature anglo-saxonne pour les personnes âgées, cependant elles sont proches de celles retrouvées dans les études européennes (6 % pour une étude Allemande et 5,3 % pour l'ESPS en France). Ces personnes âgées ayant un mésusage consomment des quantités bien au delà des seuils recommandés puisque la

moyenne des verres consommés par semaine est de 25,2 pour les consommateurs excessifs selon l'AGS et de 37,4 selon l'OMS. Les résultats que nous avons obtenus corroborent ceux de la littérature ^{(26) (87) (89) (67)} à savoir que les consommateurs excessifs sont le plus souvent de sexes masculins, plus jeunes et estiment avoir un soutien de l'entourage insatisfaisant. Plus leur consommation d'alcool est importante, plus les troubles nutritionnels et les troubles du comportement sont présents.

Les prévalences des consommateurs et des consommateurs excessifs de notre échantillon ne sont pas négligeables. Notre population est particulièrement vulnérable aux effets nocifs de cette consommation, notamment du fait des troubles nutritionnels qu'elle occasionne. Le maintien à domicile des personnes âgées est une priorité croissante des pouvoirs publics et le souhait le plus fréquent des personnes concernées. La consommation excessive d'alcool ne doit pas constituer un obstacle au maintien à domicile des personnes âgées. Des progrès doivent être réalisés afin de mieux dépister et traiter les problèmes liés à l'alcool sur ce terrain particulier.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Insee première 2010 ; 1320
2. Apt NA, Barker RA, Grimley Evans J, Havens B, Hirschfeld J, Kane RL, Maeda MD, Strömngrem E, Tokar AV, Tongpan S, Zhou Guang-you. La santé des personnes âgées : rapport d'un Comité d'expert de l'OMS. Séries de rapports techniques de l'Organisation mondiale de la santé 1989 ; 779 : 7
3. Ennuyer B. La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social ? Regards sur l'actualité 2010 ; 363 : 77
4. Ennuyer B, Guillemard AM. L'institutionnalisation de la dépendance. Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, Université Paris V 2001 : 87
5. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, Journal Officiel, 21 juillet 2001
6. Trivaille C. Le syndrome de fragilité en gériatrie. Médecine et hygiène 2000 ; 2312-2317
7. Fried L. Principles of geriatric medicine and gerontology (4th). New York : MacGraw 1994 : 1149-1156
8. Renaut S. Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille AGGIR. Gérontologie et Société 2004 ; 109 : 85
9. Luquet V. Repérer les GIR 5-6 socialement fragilisés. Rapport de Gerontopôle 2009 : 55
10. Schoevaerds D, Bietlot S, Malhomme B, Rezette C, Gillet JB, Vanpee D, Cornette P, Swine C. Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences : présentation de la grille SEGA. La Revue de Gériatrie 2004 ; 29 (3) : 169-178
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001 ; 56 : 146-156
12. Ble A, Cherubini A, Volpato S et al. Lower plasma vitamin E levels are associated with the frailty syndrom : the Inchiandy study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006; 61: 278-283
13. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, et al. Transitions between frailty states among community-living older persons. Arch Intern Med 2006; 166(4): 418-423
14. Ottenbacher KJ, Ostir GV, Peek MK, Snih SA, Raji MA, Markides KS. Frailty in Mexican American older adults. J Am Geriatr Soc 2005; 53(9): 1524-1531.

15. Rockwood K, Howlett SE, Macknight C, Beatti BL, Bergman H et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in communitydwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004; 59(12): 1310-1317.
16. Pin le Corre S. Parcours de santé, parcours de vie durant la vieillesse. *La Santé de l'Homme* 2009 ; 401 : 17-18
17. Lalive d'Épinay C, Spini D. Les années fragiles, la vie au-delà de quatre-vingts ans. Québec Presses de l'université Laval 2008 : 347
18. Guilley E, Lalive d'Épinay C. The closing chapters of long lives. Results from the 10-year Swilsoo study on the oldest-old. Nova Science Publishers 2008 : 154
19. Stuck AE, Siu AL, Darry WG, Adams J, Rubenstein LZ. Compréhensive geriatric assesement : a méta-analysis of controlled triais. *Lancet* 1993 ; 342 : 1032-1036
20. SFA. Recommandations pour la pratique clinique : les conduites d'alcoolisation. : Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 : 1-76
21. Paille F. Les conduites d'alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2002 ; 26 (5) : 141-148
22. Nordmann R, Académie Nationale de Médecine, France. Alcool et modération : clarifier l'information du consommateur. Rapport 2006
23. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Séries statistiques. Thématique : offre. Substance considérée : alcool. http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml.
24. Legleye S, Beck F. Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. *Baromètre santé* 2005, Edition INPES : 113
25. Reynaud M. Usage nocif de substances psycho actives. *La documentation française* 2002
26. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? *IRDES : Questions d'économie de la santé* 2008 ; 129
27. Téhoueyres I, Montagne K, Letenneur L. Quand des bordelais boivent du vin : modes de vie et représentations chez des personnes du troisième âge. *INSERM U593* 2006, Université de Bordeaux 2

28. Vigne C. Alcoolisme et addictions en gériatrie. *La Revue de Gériatrie* 2003 ; 28 (9) : 741-743.
29. American Geriatrics Society. Alcohol use disorders in older adults. *Annals of Long-Term* 2008. AGS clinical practice guidelines <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/5143>
30. Dufour M, Fuller RK. Alcohol in the elderly. *Annual Review of Medicine* 1995; 46 : 123-132
31. Pringle KE, Ahern FM, Heller DA, Gold CH, Brown TV. Potential for alcohol and prescription drug interactions in older people. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(11): 1930-1936
32. Aira M, Hartikainen S, Sulkava R. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication: a source of possible risk in the elderly aged 75 and older. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20(7): 680-685
33. Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007; 5(1): 64-74
34. Fink A, Morton SC, Beck JC, Hays RD, Spritzer K, Oishi S, Moore AA. The Alcohol-Related Problems Survey : identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *Journal of American Geriatric Society* 2002; 50 (10) : 1717-1722
35. Onen Sh. Problèmes d'alcool chez les personnes âgées, *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2008; 8 : 9-14
36. Onen SH, Onen F, Mangeon JP, et al. Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2005; 41:191–200
37. Atkinson RM. Aging and alcohol use disorders : Diagnostic issues in the elderly. *International Psychogeriatrics* 1990 ; 2 : 55-72
38. Sorocka GS, Chenc LH, Gonzalod S, Bakerb S. Alcohol-drinking history and fatal injury in older adults. *Alcohol* 2006 ; 40 : 193-199
39. Mukumal KJ, Mittleman MA, Longstreth WT, Neuwman AB, Fried LP, Siscovick DS. Self-reported alcohol consumption and falls in older adults: cross sectional and longitudinal analyses of the cardiovascular health study. *Journal of American Geriatric Society* 2004; 52 : 1174-1179

40. Stenbacka M, Jansson B, Leifman A, Romelsjö A. Association between use of sedatives or hypnotics, alcohol consumption, or other risk factors and a single injurious fall or multiple injurious falls: a longitudinal general population study. *Alcohol* 2002; 28 : 9-16
41. Bikle D.D, Stesin A, Halloran B. Alcohol-induced bone disease: relationship to age and parathyroid hormone levels. *Alcohol Clin Exp Res* 1993 ; 17 : 690-695
42. Sampson HW. Alcohol, osteoporosis, and bone regulating hormones. *Alcohol Clin Exp Res* 1997; 21 : 400-403
43. Marmot M, Brunner E. Alcohol and cardiovascular disease: The status of the U shaped curve. *BMJ* 1991; 303: 565-568
44. Jamrozik K, Broadhurst RJ, Anderson CS, Stewart-Wynne EG. The role of lifestyle factors in the etiology of stroke: a population-based case-control study in Perth, Western Australia. *Stroke* 1994; 25: 51-59
45. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure. *Hypertension* 2001; 38: 1112
46. Bulpitt CJ. How many alcoholic drinks might benefit an older person with hypertension? *Journal of Hypertension* 2005; 23 (11) : 1947-1951
47. Di Castelnuovo A, Rotondo S, Iacoviello L, Donati MB, De Gaetano G. Meta-Analysis of Wine and Beer Consumption in Relation to Vascular Risk. *Circulation* 2002 ; 105: 2836-2844
48. Howie E.K, Sui X, Lee D, Hooker SP, Hebert J and Blair S. Alcohol Consumption and risk of all-Cause and cardiovascular disease mortality in men. *Journal of Aging Research* 2011 : 805062
49. Collins M.A, Neafsey E.J, Mukamal K.J et al. Alcohol in moderation, cardioprotection, and neuroprotection: epidemiological considerations and mechanistic studies. *Alcohol Clin Exp Res* 2009 ; 33 (2) : 206–219
50. Klatsky A.L. Alcohol and cardiovascular health. *Physiology and Behavior* 2010; 100 (1) : 76-81
51. Gutjahr E, Gmel J. Relation between average alcohol consumption and disease : An overview. *Eur Addict Res* 2001; 7: 117-127

52. Rehm J, Room R, Graham K et al. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease : an overview. *Addiction* 2003; 98: 1209-1228
53. Rigler, S.K. Alcoholism in the elderly. *American Family Physician* 2000 ; 61(6), 1710-1716
54. Lieber CS. Alcohol : Its metabolism and interaction with nutrients. *Annual Review of Nutrition*, 2000 ; 20 : 395-430
55. Expertise collective INSERM. Alcool : effets sur la santé, consommation d'alcool et statut nutritionnel. Les Editions INSERM 2001 ; 13 : 251-266
56. Groot LC, Van Staveren WA, et al. Description of survey towns and populations. Euronut SENECA investigators. *Eur J Clin Nutr* 1991 ; 45 (3): 23-29
57. Lebreton B, Hazif-Thomas C, Thomas P. Étude du statut nutritionnel des résidents en long séjour par les marqueurs biologiques, anthropométriques et diététiques. *Age Nutr* 1997 ; 8 : 22-29
58. Constans T, Bacq Y, Brechat JF, et al. Protein-energy malnutrition in elderly medical patients. *J Am Geriatr Soc* 1992 ; 40 (3): 263-268
59. Crews FT, Boettigeret CA, Impulsivity, Frontal Lobes and Risk for Addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2009 September ; 93(3): 237–247
60. Pfefferbaum A, Sullivan E.V, Mathalon D.H. Frontal lobe volume loss observed with magnetic resonance imaging in older chronic alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*, 1997 ; 21 : 521–529
61. Enzinger C, Farekas F, Matthews PM. Risk factors for progression of brain atrophy in aging. Six year follow-up of normal subjects. *Neurology* 2005; 64 : 1704-1711
62. Harper C. The neuropathology of alcohol-specific brain damage, or does alcohol damage the brain? *J Neuropathol Exp Neurol* 1998 ; 57 : 101-110
63. Letenneur L. Consommation d'alcool et risque de démence. *Gérontologie et société* 2003 ; 105 : 109-118
64. Neafsey EJ, Collins MA. Moderate alcohol consumption and cognitive risk. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2011 ; 7 (1) : 465-484

65. McCulloch DK, Campbell IW, Prescott RJ, Clarke BF. Effect of alcohol intake on symptomatic peripheral neuropathy in diabetic men. *Diabetes Care* 1980; 3 : 245-247
66. Mitchell BD, Vinik AL. Alcohol consumption : a risk factor for diabetic neuropathy ? *Diabetes* 1997 ; 36 : 71
67. Young RJ, McCulloch DK, Prescott RJ, Clarke BF. Alcohol : Another risk factor for diabetic retinopathy ? *Br Med J* 1994; 288 : 1027-1035
68. Keer D, McDonald IA, Heller SR, Tattersall RB. Alcohol causes hypoglycaemic unawareness in healthy volunteers and patients with type 1 (insulin-dependent) diabetes. *Diabetologia*. 1990; 33 : 216-221
69. Avogaro A, Watanabe RM, Gottardo L et al. Glucose tolerance during moderate alcohol intake : insights on insulin action from glucose/lactate dynamics. *J Clin Endocrinol Metab* 2002 ; 87 : 1233-1238
70. Chlienger JL, Perrin AE, Simon C. Consommation d'alcool et diabète. *Cahiers de Nutrition et de Diététique* 2002 ; 37(5) : 307-312
71. Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, et al. Alcohol intake and risk of incident gout in men : A prospective study. *Lancet* 2004; 363 : 1277-1281
72. Meilleures pratiques. Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. *Santé Canada* 2002 : 41-42
73. Grant BF, Harford TC. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national Survey. *Drug Alcohol Depend* 1995 ; 39 : 197-206
74. Lhorente MD, Oslin DW, Malphurs J. Substance use disorders in the elderly *Principles and practice of geriatric psychiatry Philadelphia: Lippincott-Williams and Wilkins* 2006. 471-488
75. Pfaff JJ, Almeida OP. Detecting suicidal ideation in older patients: identifying risk factors within the general practice setting. *Br J Gen Pract* 2005 ; 55 : 269-273
76. Clement JP, Bourlot D. Alcoolisme et conduits addictives du sujet âgé. *Psychiatrie du sujet âgé, Flammarion Médecinesciences* 1999 : 257-270

77. Adès J, Lejoyeux M. Conduites alcooliques : aspects cliniques. EMC Psychiatrie 1996; 37 : 398-440
78. Sheahan S, Coons S, Robbins C et al. Psychoactive medication, alcohol use and falls among older adults. J Behav Med 1995; 18 : 127-140
79. Wohl M, Adès J. Conduites alcooliques : épidémiologie et aspects cliniques. EMC Psychiatrie 2009 ; 37 : 398-430)
80. Foy A, Kay J, Taylor A. The course of alcohol withdrawal in a general hospital. Q J Med 1997; 90 (4) : 253-61.
81. Fingerhood M. Substance abuse in older people. Journal of the American Geriatrics Society 2000 ; 48(8) : 985- 995
82. Johnson I. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15 : 575-581
83. Sorocco KH. Alcohol use among older adults. J Gen Psychol 2006 ; 133 (4) : 453-467
84. Mouquet MC, Villet H. Enquête Alcool auprès des usagers du système de soins. Document de travail (DRESS) 2003 ; 53 : 57-95
85. Adams WL, Cox NS. Epidemiology of problem drinking among elderly people. Int. J. Addiction 1995 ; 30(13,14): 1693-1716
86. Callahan CM, Tierney WM. Health services use and mortality among older primary care patients with alcoholism. Journal of the American Geriatrics Society 1995 ; 43(12): 1378-1383.
87. Adams WL, Barry KL, Fleming MF. Screening for problem drinking in older primary care patients. JAMA 1996 ; 276(24): 1964-1967
88. Mirand AL, Welte JW. Alcohol consumption among the elderly in a general population, Erie county, New York. Am J Public Health 1996, 86(7) : 978-984

89. Lang I, Guralnik J. What Level of Alcohol Consumption Is Hazardous for Older People? Functioning and Mortality in U.S. and English National Cohorts. *Journal of the American Geriatrics Society* 2007 ; 55 : 49-57
90. Shiguemi Hirata E, Yoshio Nakano E, Arrais Pinto J. Prevalence and correlates of alcoholism in community-dwelling elderly living in Sao Paulo, Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2009 ; 24 : 1045-1053
91. Weyerer S, Schäufele M, Eifflaender-Gorfer S. At-risk alcohol drinking in primary care patients aged 75 years and older. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2009; 24(12) : 1376-1378
92. Daepfen JB. Alcool chez la personne âgée. *Dépendances* 2005 ; 26 : 10-12
93. Lejoyeux M, Delaroque F. Alcohol dependence among elderly French inpatients, *Am J Geriatr Psychiatry* 2003 ; 11 : 360–364
94. Reynaud M. Expertise collective: Alcool Dommages sociaux, abus, dépendance. INSERM Ed, Paris 2003: 531-560.
95. Ades J, Lejoyeux M. Conduites d'addictions du sujet âgé. *Revue du praticien* 1994; 44(11) : 1439- 1442
96. Menecier P, Prieur V, Arèzes C, Menecier L, Rotheval L. Alcool et le sujet âgé en institution. *Gérontologie et Société* 2003 ; 105 : 133-149
97. Chambonnet JY, Vallier S. Risque alcool chez les personnes de plus de 75 an en Loire-Atlantique. *Revue Francophone de Gériatrie et de gérontologie* 2006 ; 13(121) : 10-17
98. Leurs P, Huven-Grelle D, Lelievre-Leroy S, Roche J, Puissieux F. La consommation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive. *La Presse Médicale* 2010 ; 39 : 280-288
99. Mizrahi A, Mizrahi A. Consommation d'alcool et de tabac. *Gérontologie et Société* 2003; 105 : 21-43
100. Bristow M.F, Clare A.W. Prevalence and characteristics of at risk drinkers among elderly acute medical inpatients. *Br J Addiction* 1992 ; 87 : 291-294
101. Ganry O, Joly Queval MP et al. Prevalence of alcohol problems among elderly patients in a university hospital. *Addiction* 2000 ; 95 : 107–113

102. Nalpas B. Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme. La presse médicale 2003; 32 (9) : 391-399
103. Arènes J, Guilbert P, Baudier F. Baromètre Santé Médecins Généralistes 98/99. Paris : CFES 2000 : 218
104. Samuel R, Michaud P. Le généraliste face au risque "alcool" : une étude qualitative. Pratiques Médicales et Thérapeutiques 2000 ; 21: 23-26
105. Bouix JC. Parler d'alcool reste un sujet tabou. La Revue du praticien 2002 ; 16 : 1488-1492
106. Demeaux JL. Mésusage d'alcool en médecine générale. Alcoologie et addiction 2003; 25(4S) : 35S-36S
107. Morton JL, Jones TV, Manganaro MA. Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. American Journal of Medicine 1996; 101: 153-159
108. Buchsbaum DG, Buchanan RG, Welsh J, Centor RM. Screening for drinking disorders in elderly using the CAGE questionnaire. Journal of American Geriatrics Society 1992 ; 40 : 662-665
109. Jones TV, Lindsey BA, Yount P, Soltys R, Farany-Enayat B. Alcoholism screening questionnaires: are they valid in elderly medical outpatients ? Journal of General Internal Medicine. 1993; 8: 674-678
110. Joseph CL, Ganzani L, Atkinson RM. Screening for alcohol use disorders in the nursing home. Journal of the American Geriatrics Society 1995; 43: 368-373
111. Luttrell S, Watkin V, Livingston G et al. Screening for alcohol misuse in older people. Int J Geriatr Psychiatry 1997; 12(12): 1151-1154
112. Moore AA, Beck JC, Babor TF, Hays RD, Reuben DB. Beyond alcoholism : identifying older, at-risk drinkers in primary care. J Stud Alcohol 2002; 63(3): 316-324
113. BerCSI SJ, Brickner PW, Dhanonjoy CS. Alcohol use and abuse in the frail, homebound elderly : a clinical analysis of 103 persons. Drug Alcohol Depend 1993; 33: 139-149
114. Philpot M, Pearson N, Petratos R, Dayanandan R, Silverman M, Marshall J. Screening for problem drinking in older people referred to a mental health service : a comparison of CAGE and AUDIT. Aging and mental health 2003 ; 7(3) : 171-175

115. Mayfield D, McLeod P, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974 ; 131 : 1121-1123
116. Rueff B, Cernac J, Darne B. Dépistage de maladies chroniques par l'auto-questionnaire systématique DETA. *Presse Med* 1989 ; 18 : 1575-1656
117. Huas D, Allemand H, Loiseau D, Pessione F, Rueff B. Prévalence du risque et des maladies liés à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. *La revue du praticien* 1993, 203 : 39-44
118. Yersin B, Trisconi Y, Paccaud F. Accuracy of the Michigan Alcoholism Screening Test for screening of alcoholism in patients of a medical department. *Arch Intern Med* 1989 ; 149 : 2071-2074
119. Adès J, Lejoyeux M, Yersin B. Version française du MAST. *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives*, Masson Paris 1997 : 59
120. Blow F. Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version « MAST-G » ; Ann Arbor : University of Michigan Alcohol Research Center. 1991
121. Gache P, Michaud P, Daeppen JB, Landry U, Accietto C, Arfoui S, Bernstein M. The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: Reliability and validity of a French version. *Alcoholism, clinical and experimental research* 2006; 30(11) : 1889-1895
122. Bush K. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). *Arch Intern Med*, 1998 ; 158 : 1789-1795
123. Picinelli M and al. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *BMJ*, 1997; 314: 420-424
124. Michaud P, LECALLIER D. Risque alcool chez les plus âgés. Difficultés liées au repérage. *Gérontologie et société* 2003 ; 105 : 89-99
125. Conigliaro J, Kraemer K, McNeil M. Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2000; 13(3): 106-114

126. Moore AA, Hays R, Reuben D, Beck JC. Using a criterion standard to validate the Alcohol-Related Problems Survey (ARPS): a screening measure to identify harmful and hazardous drinking in older persons. *Aging. Clin Exp Res* 2000 ; 12(3) : 221-227
127. Mehat L. Évaluation du risque alcool chez les personnes âgées : Evaluation du Questionnaire EDDA. Thèse Faculté de Médecine PARIS RENE DESCARTES 2010
128. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008 ; 141
129. Bernadt J, Mumford C, Taylor T. Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. *Lancet* 1 1982 : 8267
130. Emeriaud P, Gallois P. Consommateurs d'alcool "à problème" en médecine générale. *Pratiques médicales et thérapeutiques* 2002 ; 21: 20-22
131. Daeppen J.B. Alcoologie : interventions brèves pour consommateurs à risque. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 2000, 120 : 373-377
132. Batel P, Michaud P. Consommation d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves. *Gastroenterol Clin Biol* 2002, 26 (B1) : 58-62
133. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, et Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: A randomized community-based trial. *Journal of Family Practice* 1999 ; 48 : 378-384
134. Marlon P, Mundt M, French T, Roebuck M and al. Brief physician advice for problem drinking among older adults : an economic analysis of costs and benefits. *J Stud Alcohol*. 2005; 66 : 389-394
135. Blow F, Barry K. Older patients with at-risk and problem drinking patterns: New developments in brief interventions. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2000 ; 13(3) : 115-123
136. Schutte, KK, Byrne FE, Brennan, PL, Moos RH. Successful remission of late life drinking problems: A 10-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol* 2001; 62(3) : 322-334

137. Levkoff SE, Chen H, Coakley et al. Design and sample characteristics of the PRISM-E multisite randomized trial to improve behavioral health care for the elderly. *J Aging Health* 2004; 16: 3-27
138. Oslin DW, Slaymaker VJ, Blow FC et al. Treatment outcomes alcohol dependence among middle-aged and older adults. *Addict Behav* 2005 ; 30 : 1431-1436
139. Zimberg S. Treating alcoholism: An age-specific intervention that works for older patients. *Geriatrics* 1996 ; 51(10) : 45-49
140. Salves A, Leclercq S, Ponavoy E, Trojak B, Chauver-Gelinier J-C, Vandel P, Bonin B. Conduites addictives du sujet âgés. *EMC, Psychiatrie* 2011 ; 37-530 A 30
141. Letizia M, Reinbloz M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatric Nursing* 2005; 26: 176-183
142. Francois JP. Portrait des plus de 60 ans en Lorraine, *Economie INSEE Lorraine* Avril 2005 : 31
143. Monteil C, Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité: en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. *Insee Première : Enquêtes et études démographiques* 2005 ; 1025 : 2
144. Vannotti M. Échanges inter-générationnels et soins aux personnes âgées : attentes explicites ou implicites de réciprocité. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2003 ; 31 : 27-45
145. Soullier N, Weber A. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. *Etudes et Résultats DREES* Aout 2011 ; 771
146. Colinet C et al. Le parent «dément» et l'accompagnement thérapeutique de son aidant naturel. À la recherche de sens pour (re)valider le lien social ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2003 ; 31 :165-181
147. Mitrani VB et Czaja SJ. Family-based therapy for dementia caregivers: clinical observations. *Aging Ment Health*. 2000 August 1; 4 (3) : 200–209
148. Gaucher J et al. Les vulnérabilisations en miroir, professionnels/familles dans l'accompagnement des personnes âgées. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2003 ; 31 :148-164

149. Ribes G et al. Le couple vieillissant et l'intimité. *Gérontologie et société* 2007 ; 122 : 41-62
150. Delbès C, Gaymu J. Passé 60 ans: de plus en plus souvent en couple? *Population et sociétés*, bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques 2003 ; 389 : 3
151. Butler A. Vieillir seul, est-ce plus ou moins facile que de vieillir en couple ? *Dialogue*, 2010 ; 188(2) : 29-37
152. Bee H. psychologie de développement. Les âges de la vie. Paris, Bruxelles : de boeck et larcier université ; 1997
153. Ribes G, Gaucher J, Abras-Leyral K. Thérapie conjugale, thérapie sexuelle des couples agés. *Sexologie* 2008 ; 17 : 174-183
154. Delbès C, Gamu J. Situations matrimoniales et ménages des personnes âgées : quelles évolutions ? *La Documentation Française, Retraite et société* 2005 ; 45 (2) : 69 – 87
155. Blanpain N, Pan Ké Shon JL. La sociabilité des personnes âgées. Conditions de vie des ménages INSEE première Mai 1999 ; 644
156. Gelder M, Gath D, Mayou R. Psychiatry of the elderly Textbook of psychiatry Oxford. Oxford Medical Publications 1986 : 493-515
157. Hocking LB, Koenig HG. Anxiety in medically ill older patients: a review and update. *Int J Psychiatr Med* 1995; 25: 221-238
158. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatr* 2004 ; 184 : 147- 52
159. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late- life mental disorders. *Clin Geriatr Med* 2003 ; 19 : 663-696
160. Frémont P, Epain V. Anxiété du sujet âgé : actualité clinique des troubles anxieux du sujet âgé. *Neurologie-psychiatrie-Gériatrie* 2005, 5(30) : 4-9
161. Viéban F, Clément J. Traitement de l'anxiété du sujet âgé. *Neurologie-psychiatrie-Gériatrie* 2005, 5(30) : 16-27

162. Lauderdale SA, Sheikh JI. Anxiety disorders in older adults. *Clin Geriatr Med* 2003 ; 19 : 721-741
163. Wetherell JL, Thorp SR, Patterson TL, Golshan S, Jeste DV, Gatz M. Quality of live in geriatric generalized anxiety disorder : a preliminary investigation. *J Psychiatr Res* 2004 ; 38 : 305-312
164. Brenes GA, Guralnik JM, Williamson JD, Fried LP, Simpson C et al. The influence of anxiety on the progression of disability. *J am Geriatr Soc* 2005 ; 53 :34-39
165. Clément JP, Preux PM, Fontanier D, Léger JM. Mini-GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale. *L'Encéphale* 2001; 27 : 329-37
166. Hammami S et al. Dépistage de la dépression chez une population âgée vivant à domicile. Intérêt de la « Mini-Geriatric Depression Scale ». *Rev Epidemiol Sante Publique* 2012 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2012.02.004>)
167. Lefebvre Des Noettes. Épidémiologie psychiatrique. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie (NPG)* 2002; (7) : 10-15
168. Rigaud A. Dépression et vieillissement. *L'Encéphale* juin 2008, 34 (3S1) : 9-13
169. Clement JP, Leger JM. Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. Les dépressions du sujet âgé. Paris : Masson-PRID-Acanthe; 1996 : 19-30
170. Haute Autorité de Santé (HAS). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles 2007.
171. Etat nutritionnel des personnes âgées de plus de 70 ans domiciliées dans le canton de Saint-Romain-de-Colbosc. Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie Avril 2008.
172. Patry C, Raynaud-Simon A. Prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées : quoi de neuf depuis les recommandation de l'HAS en 2007 ? 2011 ; 11 : 95-100
173. Bertrant F. Sujet âgé confus, dément ou dément confus ? Critères d'un diagnostic précoce et d'orientation depuis les urgences. *Urgences* 2009 ; 57 : 593
175. Hustey FM, Meldon SW. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med* 2002 ; 39 (3) : 248- 53
175. HAS 2009 Recommandation des bonnes pratiques professionnelles. Évaluation et prise

en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées.

176. Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Expertise collective, Les éditions Inserm 2007 ; 3: 363.

177. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J-F. Prévalence de la démence et de la maladie d'alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID, Rev Neurol (Paris) 2003 ; 159 : 4, 405-411

178. Debout C. Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA. DRESS : étude et résultats 2010; 730 :1-8.

179. Eghbal-Téhérani S, Makdessi Y. Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 : méthodes de calcul, intérêts et limites d'une estimation en population générale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : sources et Méthodes, document de travail 2011 ; 26 : 40

180. Ganry O, Baudoin C, Fardelkone P, Dubreuil A and the EPIDOS Group. Alcohol consumption by non institutionalised elderly women : the EPIDOS Study. Public Health 2001 ; 115 : 186-191

181. Solomon K, Manepalli J, Ireland G.A et Mahon G. M. Alcoholism and prescription drug abuse in the elderly: St. Louis University Grand Rounds. Journal of the American Geriatrics Society 1993 ; 41 (1) : 57-69

182. Zureik M, Gariépy J, Courbon D, Dartigues J-F, Ritchie K, Tzourio C, Alperovitch A, Simon A, Ducimetière P. Alcohol,consumption and carotid artery structure in older French adults. The Three-City Study. Stroke. 2004; 35: 2770-2775

183. Lord S, Ward J, Williams P et al. An epidemiological study of falls in older community-dwelling women : the Randwick falls and fractures study. Aust J Public Health 1993; 17: 240-245

184. Nelson DE, Sattin RW, Langlois JA, DeVito CA, Stevens JA. Alcohol as a risk factor for fall injury events among elderly persons living in the community. JAGS 1992; 40 : 658-661

185. Sheahan S, Coons S, Robbins C et al. Psychoactive medication, alcohol use and falls among older adults. J Behav Med 1995; 18 : 127-140

186. Koski K, Luukinen H, Laippala P, Kivelä SL. Risk factors for major injurious falls among the home-dwelling elderly by functional abilities. A prospective population-based

study. *Gerontology* 1998 ; 44 : 232-238

187. O'Loughlin J, Robitaille Y, boivin J et all. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *Am J Epidemiol* 1993; 137: 342-354

188. Bousquet B. A descriptive study of malnutrition in elderly persons followed by their général practioner. *Age et nutrition* 1999 ; 10(3) :149-56

189. Collège nationale des enseignants de gériatrie. *Corpus de gériatrie* 2000 ; 3 : 33-9

190. Ferry M, Mischis C, Sidobre B, Lambertin A, Barberger-Gateau P. Bilan sur la situation alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées vivant seules à domicile. L'étude SOLINUT janvier 2001

191. Allonier C, Guillaume S, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006, Comportement habitudes de vie en 2006. IRDES Avril 2008 ; Tableau 47 : 138

192. Whitlock EP, Polen MR, Green CA et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004; 140: 557–568

193. Arndt V, Rothenbacher D, Krauledat R et al. Age, alcohol consumption, and all-cause mortality. *Ann Epidemiol* 2004; 14 : 750-753

194. White IR, Altmann DR, Nanchahal K. Mortality in England and Wales attributable to any drinking, drinking above sensible limits and drinking above lowest-risk level. *Addiction* 2004; 99: 749-756

195. Cellule d'appui régionale de la Mildt en Lorraine. Diagnostic de la consommation de drogues illicites, d'abus d'alcool et des actions de prise en charge et de prévention en Lorraine. ORSAS Lorraine. Mai 2010

196. Gourney M, Mathias MI. Alcool et médecine du travail en basse Normandie. Documentation pour le médecin du travail 2000 ; 81 : 43-48.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Définition des différents critères utilisés pour évaluer la prévalence du mésusage d'alcool dans le Tableau 5.

Les seuils de l'OMS

Les seuils définis par l'OMS sont les suivants :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque (...), ils constituent donc de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations, notamment :

1) en cas de situation à risque :

- conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse,
- poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc ;

2) en cas de risque individuel :

- consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs (psychotropes) qui potentialisent, souvent rapidement les effets psychotropes de l'alcool ;
- pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d'un traitement médicamenteux ;
- modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médications associées de l'état psychologique, etc,... ;
- situations physiologiques particulières : la grossesse, états de fatigue (dette de sommeil, etc).

Source : SFA. Recommandations pour la pratique clinique : les conduites d'alcoolisation. : Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Alcoologie et Addictologie, 2001, 23, 4 : 1-76)

Seuil de l'AGS :

Des seuils spécifiques et un guide de bonne pratique ont été proposés pour les 65 ans et plus par l'American geriatrics society (AGS) qui définit la consommation à haut risque comme :

- supérieure à 7 verres par semaine ou
- supérieure à 3 verres par occasion

Un verre standard aux USA correspond à 12 g d'alcool pur. L'AGS suit dans ces recommandations celles du National institute on alcohol abuse and alcoholism (NIAAA).

Source : American Geriatrics Society. Alcohol use disorders in older adults. Annals of Long-Term 2008. AGS clinical practice guidelines

Questionnaire CAGE/DETA :

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 déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

4 / Avez-vous eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolodépendance à partir de 2 items positifs.

Critères CIM 10 ou DSM IV d'usage nocif ou abus d'une substance psychoactive

CIM 10 (1992)	DSM IV (1994)
Utilisation nocive pour la santé	Abus d'une substance
<p>Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.</p> <p>Directives pour le diagnostic</p> <p>Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques.</p> <p>Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives.</p> <p>La désapprobation par autrui ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives, ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.</p> <p>De même, une intoxication aiguë ou une « gueule de bois » ne sont pas en elles-mêmes nocives pour la santé, selon la définition donnée ici.</p> <p>Enfin, on ne fait pas le diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble psychotique ou un autre trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.</p>	<p>A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none">- utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison ;- utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;- problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance ;- utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance. <p>B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.</p>

Critères CIM 10 et DSM IV de dépendance à une substance psychoactive

CIM 10 (1992)	DSM IV (1994)
Syndrome de dépendance	Dépendance à une substance
<p>Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.</p> <p>Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :</p> <ul style="list-style-type: none"> - désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ; - difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ; - syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoigne la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ; 	<p>Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> . besoin de quantités notamment plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, . effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ; - sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> . syndrome de sevrage caractéristique, . la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ; - la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ; - il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance; - beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets ;

Syndrome de dépendance (CIM 10) suite	Dépendance à une substance (DSM IV) suite
<p>- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré (certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez des sujets non dépendants) ;</p> <p>- abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;</p> <p>- poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple : atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif lié à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité de conséquences nocives.</p>	<p>- les activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;</p> <p>- l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.</p> <p>Spécifier si :</p> <p>- avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage</p> <p>- sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage</p>

Annexe 2 : les questionnaires de repérage d'un mésusage d'alcool.

MAST G :

1. Après avoir bu, avez-vous déjà noté une augmentation de votre rythme cardiaque ou des battements dans votre poitrine ?
2. Lorsque vous parlez avec d'autres personnes, est-ce que vous minimisez la quantité de boissons qu'en faite vous prenez ?
3. Est-ce que l'alcool vous fait dormir de sorte que vous vous assoupissiez dans votre fauteuil ?
4. Après quelques verres, vous est-il arrivé de ne pas manger ou bien d'être capable de sauter un repas parce que vous n'aviez plus faim ?
5. Le fait de prendre quelques verres vous aide-t-il à diminuer le tremblement des mains ou de tout le corps ?
6. L'alcool fait-il qu'il vous est parfois difficile de vous souvenir de certains événements de la journée ou de la nuit ?
7. Est-ce que vous avez des principes pour vous-même, tels que de ne pas boire avant une certaine heure du jour ou de la nuit ?
8. Avez-vous perdu l'intérêt à certains passe-temps ou à certaines activités qui jadis vous intéressaient ?
9. Quand vous vous réveillez le matin, avez-vous parfois des difficultés à vous souvenir d'une partie des événements de la nuit précédente ?
10. Le fait de prendre un verre vous aide-t-il mieux à dormir ?
11. Cachez-vous vos bouteilles d'alcool aux membres de votre famille ?
12. Après une réunion ou une rencontre, vous êtes vous déjà senti mal parce que vous aviez trop bu ?
13. Avez-vous déjà pris conscience que boire peut-être nocif pour votre santé ?
14. Vous arrive-t-il de prendre un dernier verre pour finir la soirée ?
15. Avez vous remarquez que votre consommation d'alcool avait augmenté, après qu'un de vos proches soit décédé ?
16. En général, préférez-vous prendre quelques verres à la maison plutôt que de sortir pour rencontrer des amis ?
17. Buvez-vous plus maintenant que par le passé ?
18. D'habitude, prenez-vous un verre pour vous relaxer ou calmer vos nerfs ?
19. Buvez-vous pour oublier les problèmes qui vous occupent l'esprit ?
20. Avez-vous augmenté votre consommation d'alcool après avoir vécu une perte dans votre vie ?
21. Vous arrive-t-il de conduire après avoir trop bu ?
22. Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a fait part de son inquiétude ou de sa préoccupation sur votre consommation d'alcool ?
23. Avez-vous déjà établi des règles personnelles pour prendre en charge le fait de boire ?
24. Quand vous vous sentez seul(e), est-ce que le fait de prendre un verre vous aide ?

Score : 5 réponses « oui » ou plus sont le signe d'un problème relatif à l'alcool.

Questionnaire AUDIT (Alcohol use Disorders Identification Test)

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
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 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours 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 avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours 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'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours 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'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours 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'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours 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'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
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 au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

L'AUDIT est interprété en fonction de la somme des points des dix questions. Chaque réponse est cotée de 0 à 4.

Score > ou = 5 : consommation à risque Score > ou = 8 : usage nocif (7 chez la femme)

Score > ou = 12 : alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

Annexe 3 : les questionnaires de l'EGS

La grille AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

Activités réalisées par la Personne Seule	Toutes les cases des adverbess doivent être renseignées				S : spontanément T : Totalement C : correctement H : habituellement		Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales
	O = Oui		N = Non		Code	Code final	
	S	T	C	H			
Transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<p>La personne ne fait jamais l'activité analysée seule, même partiellement, même difficilement. Il faut faire faire, faire à sa place, ou refaire</p> <p>Si réponse OUI : coder C</p> <p>Si réponse NON : renseigner les 4 adverbess</p> <p>Une seule réponse NON parmi Les 4 adverbess = B Sinon = A</p> <p>Code final si sous-variables</p> <p>* Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AA, BA, BB = B</p> <p>* Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AA, BA, BB = B</p> <p>* Toilette : AA = A CC = C Autres = B</p> <p>* Habillage : AAA = A CCC = C Autres = B</p> <p>* Alimentation : AA = A CC, BC, CB = C Autres = B</p> <p>* Elimination : AA = A CC, BC, CB, AC, CA = C Autres = B</p>
Déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Toilette							
Elimination							
Habillage							
Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alimentation							
Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Orientation							
Cohérence							

Groupe ISO – Ressources

Défini par
Le système informatique

Le MNA[®] : Mini Nutritional Assessment

Age: _____ Poids, kg: _____ Taille en cm: _____ Hauteur du genou, cm: _____

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit?
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
0 = anorexie sévère
1 = anorexie modérée
2 = pas d'anorexie

B Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids

C Motricité
0 = du lit au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation

11 points ou moins possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
0 = non 1 = oui

H Prend plus de 3 médicaments
0 = oui 1 = non

I Escarres ou plaies cutanées?
0 = oui 1 = non

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M

For more information : www.mna-elderly.com

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?

0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas

K Consomme-t-il?

• Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
• Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui non
• Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille oui non
0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui ,

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
0 = non 1 = oui

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour?

(eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres ,

N Manière de se nourrir

0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)

0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?

0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure ,

Q Circonférence brachiale (CB en cm)

0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
1,0 = CB > 22 ,

R Circonférence du mollet (CM en cm)

0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31

Evaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points risque de malnutrition

moins de 17 points mauvais état nutritionnel

VU

NANCY, le 23 octobre 2012

Le Président de Thèse

Professeur F. PAILLE

NANCY, le 9 novembre 2012

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6007

NANCY, le 12 décembre 2012

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Contexte : Bien que les personnes âgées soient particulièrement vulnérables aux effets nocifs de l'alcool, très peu de travaux ont été consacrés à leur consommation.

Objectifs : Déterminer les niveaux de consommation d'un échantillon d'une population prise en charge par les réseaux gérontologiques de Lorraine et les caractéristiques des consommateurs excessifs.

Méthodes : Etude descriptive réalisée dans huit réseaux gérontologiques. Pour chaque patient nouvellement inclus un « questionnaire alcool » est réalisé. Il renseigne sur la consommation d'alcool, les données sociodémographiques et les antécédents médicaux. Deux seuils sont retenus pour définir les consommateurs excessifs : ceux de l'OMS et ceux de l'AGS.

Résultats : 1241 patients ont été inclus dans l'étude (65 % de femmes, âge moyen 80,7 ans). Deux tiers disent ne jamais consommer d'alcool, 30 % consomment entre un et trois verres par jour et 3,6 % plus de trois verres par jour. La prévalence des consommateurs excessifs s'élève à 4,5 % selon les seuils retenus par l'OMS et à 10,3 % selon ceux de l'AGS. Ils sont plus souvent de sexe masculin, plus jeunes et estiment insatisfaisant le soutien de leur entourage. Ils présentent également davantage de troubles nutritionnels et du comportement.

Conclusion : Les prévalences des consommateurs excessifs de notre étude sont proches de celles retrouvées dans la littérature européenne. Des progrès doivent être réalisés afin de mieux dépister et traiter les problèmes liés à l'alcool chez les personnes âgées.

TITRE EN ANGLAIS :

Prevalence of alcohol in people supported in the elderly health networks in Lorraine.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS : alcool, personne âgée, consommation excessive.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex