

Faculté de médecine et médecine dentaire

L'impact de la prise d'information sur  
les surconsommations en alcool  
concernant la démarche clinique et le  
niveau de connaissance du personnel  
soignant dans un service de gériatrie  
aiguë

Auteur : Warnij Laurie

Promoteur : Pr. Schoevaerdt

Lecteurs : Pr. De Brauwer I., Dr Jacques D.

Année académique 2019-2020

Mémoire de recherche clinique en vue de l'obtention du  
diplôme de master en médecine

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Remerciements .....   | 2  |
| Résumé.....   | 3  |
| Introduction.....   | 5  |
| Le métabolisme de l'éthanol .....                             | 5  |
| Les facteurs de risques de la surconsommation en alcool ..... | 5  |
| Les facteurs de risques en gériatrie .....                    | 6  |
| Surconsommation et dépendance.....                            | 6  |
| Les complications d'une surconsommation .....                 | 7  |
| Méthode de dépistage.....                                     | 9  |
| Les questionnaires.....                                       | 9  |
| Les marqueurs biologiques.....                                | 10 |
| La prise en charge et les traitements possibles .....         | 11 |
| Traitement non-médicamenteux .....                            | 11 |
| Traitement médicamenteux.....                                 | 11 |
| Objectifs .....   | 13 |
| Méthode.....  | 14 |
| Conception de l'étude .....                                   | 14 |
| Contexte .....  | 15 |
| Population.....   | 15 |
| Les biais.....  | 16 |
| Analyse statistique.....                                      | 16 |
| Le comité d'éthique.....                                      | 16 |
| Les conflits d'intérêts.....                                  | 17 |
| Financement et assurance.....                                 | 17 |
| Résultats .....   | 18 |
| Population en phase 1 et 2 .....                              | 18 |
| Profil de patient dépisté .....                               | 19 |
| Questionnaire AUDIT .....                                     | 20 |
| Questionnaire de connaissance .....                           | 21 |
| Discussion .....  | 23 |
| Conclusion .....  | 27 |
| Annexe.....   | 28 |
| 1. Test Audit.....  | 28 |
| 2. Evaluation des connaissances <sup>7</sup> .....            | 29 |
| 3. Dépliant.....  | 31 |
| 4. Affiche .....  | 32 |
| Référence .....   | 33 |

# Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé au succès de mes études et qui m'ont aidée lors de la rédaction de ce mémoire.

Je veux dans un premier temps remercier mon promoteur, Professeur Schoevaerdt, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses conseils judicieux qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Au Professeur Nicaise de l'Ecole de Santé Publique qui m'a guidée dans l'élaboration de la méthodologie de cette étude.

A ma sœur Julie et mon compagnon Anthony pour leurs soutiens durant mon parcours universitaire, pour leurs lectures et leurs corrections apportées à mon travail.

A ma maman qui m'a permis de commencer ces études et qui m'a soutenue lors des moments de doute.

# Résumé

La surconsommation en alcool est un des fléaux de la santé publique. Il existe peu de données concernant les surconsommations dans une population gériatrique. La prévalence qui ressort le plus fréquemment dans les études est de 10 % chez les patients de plus de 65 ans. Cette population est plus fragile et plus sensible aux effets de l'alcool. Un dépistage précoce d'un abus en alcool associé à une prise en charge précoce, permet une meilleure réponse aux traitements.

Cette étude évalue le taux de dépistage des consommations et des surconsommations en alcool noté dans la lettre de sortie des dossiers médicaux ainsi que les connaissances du personnel sur cette problématique. Cela avant et après une période de sensibilisation multimodale (affiche dans le service, distribution de flyers et présentation orale). Parallèlement, une épidémiologie du service est évaluée grâce à la distribution de questionnaires de dépistage AUDIT.

La sensibilisation n'a pas d'impact significatif sur le taux de dépistage mais celle-ci améliore tout de même les connaissances du personnel. 42 % des patients sont dépistés. L'épidémiologie du service met en évidence un taux de 8 % de patients susceptibles de présenter un trouble de la consommation en alcool. Les patients de sexe masculin, admis via les urgences et en provenance du domicile sont plus fréquemment dépistés. Concernant le profil des patients en surconsommation, ceux-ci sont généralement des hommes, plus jeunes et admis via les urgences.

Alcohol use disorder is a major public health concern. There is a lack of data about epidemiology of alcohol overconsumption among an old population admitted in an acute geriatric ward. The most frequently reported prevalence is ten percent among old persons aged over sixty-five years. However, this population is more frail and susceptible to the potential negative effects of alcohol.

Early detection of alcohol abuse may be associated with early appropriate medical care and as a consequence may improve response to treatments.

In the current study, we assess the detection rate of alcohol consumption and/or alcohol overconsumption as it was mentioned in the medical record at the end of the hospital stay. We also assess concomitant knowledge of the geriatric multidisciplinary team. That study was performed with a “before and after design” including a multimodal intervention in order to improve knowledge of the team members. Intervention included use of pictures and flyers in the geriatric ward and a set of oral teaching sessions. Concomitantly, an epidemiological part of the study was performed using the AUDIT questionnaire in order to better detect at risk patients.

At the end of the study, the intervention program had no impact on the detection rate reported in medical records but slightly improved knowledge of the medical staff. Globally, forty-two percents of the patients have been detected as potential alcohol overconsumers. The epidemiological part of the study highlights a rate of eight percent of the patients which are potentially at risk of alcohol use disorder. Male patients, from the community and admitted through the emergency department are more frequently detected as at risk. The profile of patients with alcohol overconsumption is typically a young male admitted through the emergency ward.

# Introduction

Les boissons alcoolisées existent depuis longtemps et sont depuis lors, largement consommées dans les différentes cultures<sup>15</sup>. Celles-ci sont connues pour leurs effets sédatifs, anxiolytiques<sup>11</sup> et leurs grands pouvoirs addictogènes<sup>19</sup>.

## Le métabolisme de l'éthanol

La formation d'éthanol physiologique résulte de la fermentation des bactéries présentes dans la flore intestinale. Une supplémentation de l'apport est possible par l'alimentation<sup>6</sup>.

La dégradation de l'éthanol contenu dans les boissons alcoolisées est possible grâce à deux enzymes présentes dans le foie : l'alcool déshydrogénase et l'aldéhyde déshydrogénase. La première enzyme oxyde l'éthanol en acétaldéhyde qui est toxique par sa formation de base de Schiff avec les amines des protéines ou des acides nucléiques. La deuxième enzyme oxyde l'intermédiaire en acide acétique. Cette phase constitue l'étape limitante de la dégradation de l'éthanol. Le métabolisme de l'alcool chez l'homme n'est prévu que pour des doses minimales.

Lors d'une surconsommation d'alcool, la présence de l'éthanol dans le sang et l'accumulation de l'intermédiaire toxique dans le foie causent plusieurs effets secondaires<sup>7</sup>, le plus connu étant la cirrhose du foie en raison d'une inflammation chronique. Cependant, beaucoup d'autres effets sont recensés : syndrome de Korsakoff, dépression, trouble cognitif, pancréatite, trouble du sommeil, problème métabolique, ...<sup>18</sup>

Plus de 200 maladies peuvent être la conséquence d'une surconsommation d'alcool. Cela représente environ 5,9 % des décès dont 25 % chez les jeunes de 20-39 ans<sup>30</sup>. Les problèmes de santé provoqués par l'alcool sont influencés par la quantité ingérée, le mode de consommation et le contexte. Les traumatismes, qu'ils soient intentionnels ou non, suite à une consommation excessive d'alcool entraîne une morbidité élevée impliquant de fortes pertes économiques et sociales autant pour les individus que pour la société.

## Les facteurs de risques de la surconsommation en alcool

La pathogenèse de l'addiction à l'alcool n'est pas bien connue : c'est un processus complexe qui est influencé par la génétique, l'environnement, la personnalité et les fonctions cognitives<sup>30</sup>.

L'influence génétique peut être expliquée par une variante génétique dans le métabolisme de l'alcool ou dans la réponse neurologique<sup>16</sup>.

On estime que 40 % des alcooliques ont des troubles mentaux associés<sup>18</sup>. Parmi ces troubles, la dépression joue un rôle prépondérant dans la surconsommation. La dépendance à l'alcool est plus fréquente chez les individus dits « vulnérables »<sup>10</sup>. Ces personnes sont de manière générale socialement diminuées par leur contexte de vie (pauvreté, situation familiale difficile etc) et/ou par leur capacité intellectuelle.

## Les facteurs de risques en gériatrie

La perception d'une mauvaise santé, la diminution des activités de la vie quotidienne, les visites médicales récurrentes, la diminution de l'autonomie de la marche et les troubles cognitifs prédisposent les personnes âgées à la dépression<sup>11</sup>. Ce trouble psychique est l'un des facteurs influençant le développement d'une alcoolisation chronique<sup>25</sup>. En plus de cela, elle est sous-diagnostiquée et est directement traitée par des psychotropes, eux-mêmes source d'addiction<sup>27</sup>. Il est plus fréquent pour un sujet avec une dépendance d'en contracter une seconde<sup>18</sup>.

L'effet désinhibiteur de l'alcool entraîne une hausse du taux de suicide chez les personnes âgées. Ce risque est neuf à dix fois plus élevé chez les consommateurs excessifs comparé aux abstinents<sup>25</sup>.

Etant donné que la tolérance à l'alcool est diminuée dans la population gériatrique, elle constitue un facteur de risque dans le développement d'une dépendance<sup>17</sup>. Cette diminution de tolérance s'explique par un ralentissement du métabolisme de l'alcool et par une augmentation de la proportion de la masse grasse par rapport à la masse maigre<sup>25</sup>.

Il est bien connu qu'il existe des interactions entre les médicaments et l'alcool qui peuvent causer de nombreux dégâts physiologiques. Cela s'additionne donc aux facteurs de risques que présente la population gériatrique qui, elle-même est déjà grande consommatrice de médicaments<sup>29</sup>.

## Surconsommation et dépendance

La surconsommation d'alcool est définie par un seuil limite au-delà duquel le nombre d'unités d'alcool ingéré entraîne des conséquences néfastes sur la santé<sup>13</sup>. Le seuil limite est dépendant de l'âge et du sexe.

Selon l'organisation « The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) », les hommes de moins de 65 ans augmentent leur morbidité après une consommation de 14 unités d'alcool par semaine ou de 4 unités d'alcool par jour. Pour les femmes et les personnes âgées de plus de 65 ans, celles-ci augmentent après 7 unités d'alcool par semaine ou de 3 unités par jour. Une unité d'alcool est un verre d'alcool servi dans la quantité standard, c'est-à-dire que le taux d'éthanol contenu dans ce verre correspond à 12 grammes<sup>30</sup>.

L'abus et la dépendance physique ou psychique sont définis par la présence de plusieurs critères sur une période de 12 mois par le DSM V :

- Développement d'une tolérance à l'alcool
- Sentiment de manque lors de l'abstinence (sevrage)
- Prise en quantité de plus en plus élevée ou prolongée
- Besoin persistant
- Tentatives de contrôle ou de diminution infructueuses
- Temps accordé à l'obtention de la substance augmentée
- Abandon des activités sociales habituelles
- Problème social ou interpersonnel suite à la consommation
- Persistance de la consommation au détriment des obligations personnelles
- Persistance de la consommation malgré les conséquences présentes connues
- Consommation d'alcool dans des situations dangereuses/inappropriées

Il est possible de spécifier le type de dépendance en fonction du nombre de critères obtenus par le patient : faible (2 à 3 symptômes), modérée (4 à 5 symptômes) et sévère (6 symptômes ou plus). Le stade « faible » est considéré comme un mésusage sans dépendance. La dépendance physique est surtout caractérisée par les symptômes de tolérance et de sevrage<sup>13</sup>.

### Les complications d'une surconsommation

La surconsommation en alcool est un facteur de risque dans beaucoup de pathologies. Le lien de cause à effet n'est pas toujours bien établi mais il est indéniable qu'il en existe un<sup>25</sup>.

Les complications aiguës les plus fréquentes sont :

- les chutes et traumatismes associés,
- les confusions et les troubles comportementaux.

Ces complications sont parfois confondues ou accentuées par des pathologies sous-jacentes<sup>24</sup>. Plus rarement, lors d'une consommation excessive en un temps court, il peut se manifester des troubles du rythme cardiaque de type fibrillation auriculaire<sup>2</sup>.

De toutes les complications chroniques, les démences et les troubles cognitifs en sont les plus majeures. Ces troubles représentent la première cause de démence chez les personnes de moins de 60 ans<sup>4</sup>. Contrairement aux autres démences, la démence de type alcoolique est potentiellement réversible, d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce.

Certaines études affirment un effet protecteur d'une consommation modérée en alcool sur les démences ou le maintien des capacités cognitives. Il est toutefois important de préciser que la protection vis-à-vis des démences est surtout vasculaire et concerne moins les maladies neuro-dégénératives.<sup>4</sup>

Cela peut sans doute s'expliquer par l'effet bénéfique d'une consommation modérée en alcool sur le système cardio-vasculaire<sup>4</sup>. Il est important de savoir que ces effets protecteurs ont été observés chez le sujet sain. Un patient présentant une maladie neurodégénérative posséderait donc une sensibilité accentuée à l'alcool. La tolérance zéro est à appliquer dans ces cas-là<sup>32</sup>.

Les effets bénéfiques cardio-vasculaires liés à une consommation modérée sont expliqués par l'augmentation des HDL et par une diminution des facteurs inflammatoires. Cela diminue le risque de développer une maladie coronarienne. Cette tendance peut cependant vite s'inverser lorsque la consommation devient plus élevée. Le taux d'HDL reste élevé mais l'augmentation de la tension artérielle et des marqueurs inflammatoires favorisent le développement d'un évènement cardio-vasculaire tel qu'un AVC<sup>2</sup>.

Une consommation en alcool peut rapidement engendrer des troubles d'ordre nutritionnel. La consommation d'alcool est souvent une cause de dénutrition par diminution de l'appétit<sup>24</sup>. Cette dénutrition peut être source de nombreuses carences dont la thiamine (vitamine B1) qui elle-même en carence peut être source de syndromes irréversibles (encéphalopathie de Gayet-Wernicke, polynévrite alcoolico-carencielle)<sup>23</sup>. C'est pourquoi il est recommandé de prescrire de la vitamine B1 en prévention ou en traitement et ce particulièrement lors d'une perfusion de glucosé<sup>2</sup>.

Le taux d'incidence de cancer du pharynx, du larynx et de l'œsophage est augmenté dans les consommations chroniques<sup>25</sup>.

Il a été démontré qu'une consommation en alcool augmente le déclin fonctionnel chez les personnes âgées, ce qui influence donc leur qualité de vie<sup>25</sup>.

## Méthode de dépistage

### Les questionnaires

A ce jour, il existe plusieurs méthodes pour dépister les surconsommations en alcool. La méthode la plus valide est l'«AUDIT» avec une sensibilité supérieure à 90 % et une spécificité de 80 %<sup>33</sup>. C'est un questionnaire comportant 10 questions sur la consommation d'alcool et du comportement face à celui-ci. Le score obtenu peut varier entre 0 et 40 points. Au delà d'un score de 8, le patient est considéré comme un consommateur à risque. Ce test a été étudié principalement chez les adultes d'âge moyen. Il est possible d'augmenter la sensibilité du test en diminuant le seuil limite à 5 points. Cela entraîne une diminution de la spécificité, ce qui peut être intéressant à évaluer chez les personnes âgées puisque cette population est plus sensible à l'alcool qu'un adulte. L'intérêt de ce questionnaire est de dépister les consommateurs à risque, contrairement aux autres méthodes existantes qui démontrent uniquement la dépendance<sup>12</sup>.

L'« AUDIT » a également une version abrégée qui comporte uniquement trois questions appelé « AUDIT-C », l'évolution de ce test est intéressante à observer chez les patients sur le long terme. En effet, une élévation du score démontre significativement une augmentation de la consommation<sup>33</sup>. Ce test peut être facilement utilisé par les professionnels de santé qui rendent régulièrement visite à leurs patients.

Le test « SMAST-G » est une version courte du questionnaire « MAST-G »<sup>35</sup> et est orienté sur la population gériatrique. Ce ne sont pas des tests sensibles pour les patients ayant une consommation à risque. Il comporte 10 questions et permet uniquement de dépister l'abus et la dépendance<sup>3</sup>.

Le test « CAGE » est facile et est le plus utilisé dans la pratique médicale. Muni de quatre questions, c'est un test court et valide qui permet de rechercher une dépendance ou un abus en alcool, en particulier chez les patients hospitalisés. En comparaison avec le test AUDIT, le test CAGE semble être plus performant pour détecter une addiction à l'alcool. Cependant, d'après les auteurs Dhalla et Kopec, ce test n'est pas conseillé pour les adolescents, les jeunes adultes, en particulier les jeunes mères et les femmes de race caucasienne. Il est à noter que ce test n'est pas idéal pour détecter les surconsommations occasionnelles menant à l'intoxication (beuverie)<sup>34</sup>.

Malheureusement, les troubles cognitifs et les troubles mentaux limitent l'utilisation de ces questionnaires dans la population gériatrique<sup>17</sup>. Il est donc important d'être attentif aux signes physiques et aux examens paracliniques.

#### Les marqueurs biologiques

Les marqueurs biologiques ne sont pas une méthode de dépistage valide car ils sont peu spécifiques et peu sensibles pour détecter une surconsommation. Cependant, cela peut être une indication d'une consommation prolongée de l'alcool ou le signe de bien d'autres maladies. Les marqueurs sont présents uniquement lorsque le patient est dépendant. Il est donc inutile de les doser pour dépister une surconsommation simple qui est inférieure à 6 verres par jour<sup>18</sup>.

Parmi ces marqueurs biologiques, quatre en sont retenus car ce sont les plus étudiés dans la recherche scientifique :

- L'élévation des enzymes hépatiques aspartates aminotransférases (AST) et l'alanines aminotransférases (ALT) signalent une atteinte hépatique. D'après la source électronique UpToDate, un ratio AST/ALT de 2/1 indique une surconsommation en alcool. En complément : des troubles de la synthèse d'albumine et de bilirubine peuvent être mis en évidence<sup>30</sup>.
- Un volume globulaire moyen supérieur à 100  $\mu\text{m}^3$ , généralement associé à un trouble de la formation des plaquettes, signe une consommation sévère de façon prolongée. Généralement associé à une maladie du foie<sup>29</sup>, ce marqueur se normalise au bout de 2 à 4 mois d'abstinence ce qui peut-être utile dans le suivi du traitement<sup>8</sup>.
- La Gamma-glutamyltransférase (GGT) est augmentée lors d'une consommation excessive. C'est un marqueur sensible mais très peu spécifique. Il signe une souffrance hépatique ou un stress oxydatif. La normalisation de ce marqueur dure en moyenne 2 à 3 semaines. L'élévation de cette enzyme est plus marquée chez les femmes<sup>8</sup>.
- La déficience de la carbohydre transférine est un marqueur plus spécifique d'une surconsommation en alcool. C'est une enzyme qui glycosyle la transférine principalement en tétrasialotransferine mais également en asialotransferine et diasialotransferine, bien qu'elle soit en quantité moindre. Lorsque l'enzyme devient déficiente, il y a une inversion de la proportion de tétrasialotransferine par rapport au asialotransferine et diasialotransferine<sup>14</sup>. La carbohydre transférine devient déficiente lorsque la consommation d'alcool dépasse un taux de 50 à 80 grammes

par jour durant au moins deux semaines. Le retour à une fonction enzymatique normale se fait après une abstinence de 2 à 5 semaines<sup>14</sup>. C'est un bon marqueur de suivi et de rechute<sup>16</sup>. Contrairement à sa spécificité, sa sensibilité est beaucoup moins bonne surtout chez les patients de sexe féminin, non-tabagiques, souffrant d'une surcharge pondérale ou d'une cirrhose sous jacente.<sup>22</sup>

## La prise en charge et les traitements possibles

La prise en charge d'une consommation excessive sans dépendance est plus facile et comprend plus de réussite thérapeutique<sup>18</sup>. Parmi les traitements existants, il y a les traitements médicamenteux et non-médicamenteux.

### Traitement non-médicamenteux

Le traitement consiste à une intervention psychosociale qui a pour but de restaurer un bien-être médical et social. Le traitement en première intention est un entretien motivationnel. Celui-ci a pour objectif d'évaluer l'ambivalence et la motivation du patient afin qu'il puisse mieux l'explorer, pour donner suite à une modification de son comportement<sup>20</sup>. Cette méthode permet de diminuer la consommation et de la maintenir au cours du temps<sup>28</sup>. En effet, il est estimé qu'environ 30 % (10 à 50 %) des consommateurs à risque ont modifié leurs comportements suite à une brève intervention<sup>18</sup>.

Parmi d'autres prises en charge, il existe la thérapie cognitivo-comportementale. Le but de cette thérapie est de trouver des stratégies afin de progresser dans la modification du comportement inadapté. Cela nécessite donc des patients déjà motivés au préalable.

En plus de ces traitements, d'autres thérapies existent (thérapies résidentielles, thérapies de groupe, etc)<sup>28</sup>.

### Traitement médicamenteux

Toutes ces thérapies psychosociales peuvent être soutenues par un traitement médicamenteux qui aide à la réduction de la consommation et qui permet l'augmentation des jours d'abstinence. L'action des médicaments se concentre sur le système neurobiologique de renforcement positif de la consommation d'alcool. Ces médicaments modulent la sécrétion des opioïdes, du glutamate et de la sérotonine et peuvent être d'un grand soutien chez les patients ayant une prédisposition génétique.

Le traitement pharmacologique est indiqué plus spécifiquement pour les stades modérés à sévères dans le classement du DSM-V.

En première ligne sont utilisés le Naltrexone et Acamprosate. Le premier est un antagoniste des récepteurs opioïdes, avec un dosage de 50 à 100 milligrammes par jour. L'efficacité est surtout démontrée chez les patients ayant une mutation sur le gène OPRM1<sup>26</sup> qui code pour une protéine appartenant au récepteur opioïde.<sup>24</sup> L'Acamprosate modifie la neurotransmission du glutamate.

Bien d'autres médicaments d'action centrale sont des médicaments prescrits en deuxième intention tels que le disulfuram, le topiramate, le gabapentine, le baclofène et les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine<sup>26</sup>.

## Objectifs

La population gériatrique possède plus de risques de développer une addiction. Cela s'explique par une sensibilité plus élevée à l'intoxication alcoolique mais elle est également soumise à un taux de dépression nerveuse plus élevée. C'est pourquoi il est important de dépister les surconsommations de la manière la plus précoce possible.

Pour cela, l'environnement psycho-social sur la personne âgée peut participer activement à cette prévention. En effet, comme le mentionne l'OMS<sup>36</sup>, la santé et le succès de la prise en charge pluridisciplinaire peuvent être influencés par les facteurs contextuels personnels et environnementaux.

Les professionnels de santé fréquentant régulièrement les personnes âgées ont donc une action sur leur santé, surtout en milieu institutionnel tels que les maisons de repos et de soins, les services de gériatrie aigües, etc.

L'objectif de ce travail est donc d'évaluer l'impact d'une campagne de sensibilisation sur le dépistage d'une surconsommation d'alcool chez les personnes âgées auprès du personnel soignant dans un service de gériatrie aigüe.

L'hypothèse est qu'une intervention de sensibilisation et d'information du personnel soignant en service de gériatrie aigüe puisse augmenter le taux de dépistage et détection d'une éventuelle surconsommation d'alcool.

# Méthode

## Conception de l'étude

L'étude se déroule en 3 phases : une phase d'observation et une phase d'intervention suivie d'une autre phase d'observation.

La première phase consiste à observer s'il est fait mention d'une surconsommation d'alcool dans les dossiers médicaux durant une période de quatre mois et si un test de dépistage a été effectué. En plus de cela, une évaluation des connaissances du personnel a été faite sous forme de questionnaire (annexe 2).

En deuxième intention, une intervention multimodale a été réalisée chez le personnel soignant englobant les médecins, les infirmières et d'autres membres du personnel en contact avec les patients. Dans cette formation, il y a eu toutes les informations concernant la problématique de l'alcool, les moyens de dépistages et les traitements possibles. L'intervention multimodale a été présentée sur une période de trois semaines. Durant celle-ci, ont eu lieu des séances d'informations, une distribution de flyers (annexe 3) et la pose d'affiches (annexe 1) dans le service.

Trois séances d'informations différentes d'une durée de 15 à 20 minutes se sont déroulées, celles-ci ont chacune été présentées en doublons. La première séance a porté sur les définitions d'une surconsommation en alcool, l'épidémiologie et les facteurs de risque d'une surconsommation en alcool. La suivante a développé la dépendance alcoolique et tous les moyens de dépistage. Enfin, la dernière a donné sur toutes les possibilités de traitements.

Pour finir, l'impact qu'a eu cette intervention a été évaluée sur le niveau de connaissance du personnel en utilisant le même questionnaire qu'à la première phase et en observant la détection d'une surconsommation d'alcool dans les dossiers médicaux. Cette détection est remarquée en fonction du diagnostic à la sortie du service. Les prescriptions médicamenteuses isolées tel qu'un supplément de vitamine B ou un traitement d'un sevrage éventuel sont exclus de la détection par incertitude du diagnostic.

Parallèlement, un questionnaire AUDIT a été distribué à chaque patient admis dans le service de gériatrie aigüe par une tierce personne non incluse dans l'étude. Cette distribution des questionnaires s'est faite à l'insu du personnel hospitalier. L'évaluation de cette détection est mise en comparaison avec le score obtenu au questionnaire AUDIT

rempli par chaque patient. Cela n'est donc possible que chez les patients capables de répondre à ce questionnaire. Certaines données épidémiologiques générales tel que l'âge, le sexe, le motif d'admission et les comorbidités sont également collectées afin de mettre en évidence une influence éventuelle dans la détection.

Cet impact se mesure sur une période de 6 mois après l'intervention.

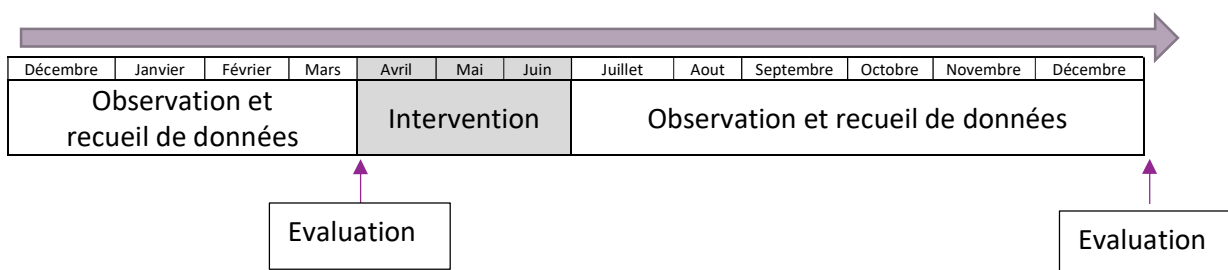
|         |                                  |                    |   |
|---------|----------------------------------|--------------------|---|
| Phase 1 | De 0 à 4 mois avant intervention | <b>Observation</b> | Mention d'alcoolisme → Dossier médicaux<br>Niveau de connaissance → Questionnaire |
| Phase 2 | <b>Intervention</b>              |                    | Formation sur la surconsommation  |
| Phase 3 | 0-6 mois après intervention      | <b>Observation</b> | Mention d'alcoolisme → Dossier médicaux<br>Niveau de connaissance → Questionnaire |

## Contexte

L'échantillon de l'étude se situe au service gériatrique aigüe des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, comptant 27 lits.

La première observation se fait de façon rétrospective quatre mois avant l'intervention qui s'est déroulée en avril 2019. Ensuite, se poursuit durant les six prochains mois, la deuxième étape d'observation.

La période de recrutement se déroule au mois d'avril 2019. Une lettre d'information est distribuée au participant, accompagnée d'une brève explication par l'examineur.



## Population

La population concernée par l'étude est le personnel du service de gériatrie aigüe capable de détecter une surconsommation en alcool. Par membres du service, il est inclus le personnel infirmier et médical, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et aide-soignantes. Certaines informations générales sont collectées tels que l'âge, le sexe, le statut

professionnel, les formations suivies etc. Les critères d'exclusion comprennent le personnel n'appartenant pas au service de gériatrie et le personnel non médical tels que les secrétaires.

## Les biais

L'étude se déroule dans un seul service hospitalier : celui de Mont-Godinne. Puisqu'il n'y a qu'un seul site, un biais de localisation peut être mentionné. Le questionnaire distribué au personnel soignant en première phase et en deuxième phase est identique, cela peut constituer un biais dans l'évaluation des connaissances. Le questionnaire AUDIT ne peut évaluer la surconsommation en alcool que chez les patients non déments. Cela constitue un biais dans la comparaison des détections fait par le personnel et les questionnaires.

## Analyse statistique

Analyse descriptive de l'échantillon : les variables continues sont exprimées par leur moyenne et les déviations standards alors que les variables catégorielles sont exprimées par leur fréquence en valeur absolue et en pourcentage.

La réponse aux questionnaires est exprimée par un score total de bonnes réponses et selon les proportions obtenues pour chaque question.

Le score total de bonnes réponses obtenues à la phase 1 est comparé au score total de la phase 2 par le test T sur deux séries appariées. L'hypothèse nulle est rejetée pour une p-valeur inférieur à 0,05. Cette valeur a été choisie par convention.

La détection d'une surconsommation en alcool en phase 1 est comparée à la détection de la phase 2 par le test de Wilcoxon. L'hypothèse nulle est rejetée pour une p-valeur inférieur à 0,05. Cette valeur a été choisie par convention.

Le taux de détection après sensibilisation est mis en comparaison avec les résultats obtenus par les questionnaires AUDIT. Ces derniers sont considérés comme étant la référence épidémiologique des patients non déments.

## Le comité d'éthique

La soumission du protocole de recherche B039201938924 a été effectuée au comité d'éthique des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne. Celui-ci a été accepté le 26 mars 2019.

### Les conflits d'intérêts

Il n'y a aucun conflit d'intérêt dans la réalisation de cette étude.

### Financement et assurance

Il n'y a aucun financement pour cette étude.

# Résultats

## Population en phase 1 et 2

Il est compté un total de 373 patients inclus dans l'étude dont 141 faisant partie de la première phase d'observation et 232 de la deuxième. Concernant les caractéristiques globales des différentes populations, celles-ci sont reprises dans la table 1.

|  | Phase 1       | Phase 2       | P-valeur | Tous les patients |
|--|---------------|---------------|----------|-------------------|
| <b>Nombres patients</b>                          | 141           | 232           | /        | 373               |
| <b>Age moyen (a)</b> (déviati<br>standard)       | 85,5 (± 5,9)  | 85,28 (± 6,3) | 0,780    | 85 (± 6,1)        |
| <b>Sexe</b>                                      |               |               |          |                   |
| Femme  | 87 (62 %)     | 142 (61 %)    | 0,924    | 229 (61%)         |
| Homme  | 54 (38 %)     | 90 (39 %)     |          | 144 (39 %)        |
| <b>Type d'admission</b>                          |               |               |          |                   |
| • Urgences                                       | 97 (69 %)     | 153 (66 %)    | 0,507    | 250 (67 %)        |
| • Autres   | 43 (31 %)     | 79 (34 %)     |          | 122 (33 %)        |
| <b>Origine</b>                                   |               |               |          |                   |
| • Domicile                                       | 106 (77 %)    | 169 (73 %)    | 0,436    | 275 (75 %)        |
| • MR/MRS   | 32 (23 %)     | 62 (27 %)     |          | 94 (25 %)         |
| <b>Score Charlson</b> (déviati<br>standard)      | 3,14 (± 2,06) | 3 (± 1,95)    | 0,517    | 3,05 (± 1,99)     |
| <b>Durée de séjour (j)</b><br>(déviati standard) | 18 (± 10)     | 18 (± 10)     | 0,754    | 18 (± 10)         |
| <b>Destination de sortie</b>                     |               |               |          |                   |
| • Domicile                                       | 69 (50 %)     | 118 (51 %)    | 0,022    | 187 (51%)         |
| • MR/MRS/autre                                   | 69 (50 %)     | 114 (49 %)    |          | 183 (49 %)        |

Table 1. Caractéristiques des patients inclus dans la phase 1 et la phase 2. P-valeur calculée afin d'évaluer les différences statistiques entre les différentes populations (phase 1 et phase 2) pour chaque donnée observée

La comparaison des deux populations montre de manière statistiquement significative que les caractéristiques sont similaires dans les deux populations, excepté la destination de sortie. Et ce particulièrement pour la distribution entre les maisons de repos, les maisons de repos et de soins et les différents transferts dans les services ou hôpitaux. Il n'y a donc pas de différence significative dans les populations, limitant le biais de sélection.

Concernant les mentions de consommation d'alcool dans les lettres de sortie, il est présent dans 157 dossiers sur les 373, soit 56 en première phase d'observation et 101 en deuxième phase. Il est noté une tendance à mieux dépister les consommations en alcool avec un passage de 39 % de dépistage à la phase 1 et de 43 % à la phase 2. Mais cette différence n'est statistiquement pas significative. Quant aux surconsommations en alcool, celles-ci ne sont mentionnées que chez 24 patients sur toute la population confondue, soit 12 patients en phase 1 et une douzaine également en phase 2. Contrairement à la simple

mention d'alcool, il est mis en évidence une régression des mentions de surconsommation en alcool qui est non significative. Ces données sont reprises dans la table 2.

|                            | Phase 1                       | Phase 2                          | P-valeur | Tous les patients               |
|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------|---------------------------------|
| Mention en alcool          | 56 (40% ;<br>IC95% : 32-48 %) | 101 (44 % ;<br>IC95% : 37 -50 %) | 0,469    | 157 (42 % ;<br>IC95% : 37-47 %) |
| Mention en surconsommation | 12 (9 % ;<br>IC95% : 4-14 %)  | 12 (5 % ; IC95% :<br>3-9 %)      | 0,203    | 24 (6 % ;<br>IC95% : 4-9 %)     |

Table 2. Mention de consommation et de surconsommation en phase 1 et phase 2.

## Profil de patient dépisté

Il est remarqué une légère tendance à ce que ceux-ci soient plus jeune avec moins de comorbidité et une durée de séjour plus courte que les patients où cette mention est absente, sans pour autant que cela soit significatif. Il est par contre significatif d'affirmer que les hommes, les patients en provenance du domicile et ceux admis via les urgences sont plus souvent interrogés. Le calcul des rapports de cote met en évidence qu'un homme a 1,8 fois plus de chances d'être interrogé par rapport à une femme. Les patients en provenance du domicile sont interrogés 1,8 fois plus souvent et les patients admis via les urgences ont 1,8 fois plus de chances d'être questionnés. La régression logistique multivariée montre que seul le sexe reste significatif avec un OR à 1,9 avec un IC de [1,211-3,024]. La table 3 reprend les données des profils de patients où la notation d'une consommation alcoolique est présente par rapport à l'absence de mention.

|                             | Aucune mention d'alcool | Mention de consommation | P-valeur | OR   | IC          |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|----------|------|-------------|
| Nombres patients            | 216                     | 157                     | /        | /    | /           |
| Age moyen (a)               | 86                      | 85                      | 0,069    | 0,97 | [0,94-1,00] |
| Sexe :                      |                         |                         |          |      |             |
| • Homme                     | 71 /144 (49 %)          | 73 /144 (51 %)          | 0,008    | 1,77 | [1,16-2,71] |
| • Femme                     | 145 /229 (63 %)         | 84 /229 (37 %)          |          |      |             |
| Type d'admission            |                         |                         |          |      |             |
| • Urgences                  | 133 /250 (53 %)         | 117 /250 (47 %)         | 0,010    | 1,80 | [1,15-2,83] |
| • Autres                    | 82 /122 (67 %)          | 40 /122 (33 %)          |          |      |             |
| Origine                     |                         |                         |          |      |             |
| • Domicile                  | 150 /275 (55 %)         | 125 /275 (45 %)         | 0,022    | 1,78 | [1,08-2,91] |
| • MR/MRS                    | 64 /94 (68 %)           | 30 /94 (32 %)           |          |      |             |
| Score Charlson              | 3,14                    | 2,94                    | 0,460    | 0,95 | [0,85-1,05] |
| Durée de séjour moyenne (j) | 18                      | 17                      | 0,365    | 0,99 | [0,97-1,01] |

Table 3. Caractéristiques des patients où il est fait mention ou pas en alcool sur toute la population (phase 1 + phase 2).

Les mêmes analyses statistiques ont été effectuées afin de mettre en évidence un profil de patient où il est fait mention d'une surconsommation en alcool. Il est significatif d'affirmer que les patients plus jeunes, de sexe masculin et admis via les urgences, sont plus fréquemment dépistés. Une tendance au dépistage est remarquée chez les patients avec moins de comorbidité et en provenance du domicile, sans que cela soit significatif.

|                                    | Aucune mention de surconsommation | Mention de surconsommation | P-valeur | OR   | IC           |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----------|------|--------------|
| <b>Nombres patients</b>            | 349                               | 24                         | /        | /    | /            |
| <b>Age moyen (a)</b>               | 85,72                             | 80,33                      | 0,000    | 1,17 | [1,08-1,26]  |
| <b>Sexe :</b>                      |                                   |                            |          |      |              |
| • Homme                            | 129/144 (89 %)                    | 16/144 (11 %)              | 0,004    | 3,45 | [1,44-8,29]  |
| • Femme                            | 221/229 (97 %)                    | 8/229 (3 %)                |          |      |              |
| <b>Type d'admission</b>            |                                   |                            |          |      |              |
| • Urgences                         | 229/250 (92 %)                    | 21/250 (8 %)               | 0,029    | 3,64 | [1,06-12,44] |
| • Autres                           | 119/122 (98 %)                    | 3/122 (2 %)                |          |      |              |
| <b>Origine</b>                     |                                   |                            |          |      |              |
| • Domicile                         | 254/275 (92 %)                    | 21/275 (8 %)               | 0,131    | 2,51 | [0,73-8,61]  |
| • MR/MRS                           | 91/94 (97 %)                      | 3/94 (3 %)                 |          |      |              |
| <b>Score Charlson</b>              | 3,08                              | 2,63                       | 0,311    | 1,13 | [0,91-1,41]  |
| <b>Durée de séjour moyenne (j)</b> | 17,70                             | 17,5                       | 0,879    | 0,99 | [0,95-1,04]  |

Table 4. Caractéristique des patients où il est fait mention ou pas d'une surconsommation en alcool sur toute la population (phase 1 + phase 2).

Le calcul des rapports de cote montre qu'il est mentionné une surconsommation en alcool 1,2 fois plus souvent lorsque le patient est plus jeune et 3,5 fois lorsqu'il s'agit d'un homme. Il est de même mentionné plus fréquemment lorsque le patient est admis via les urgences avec un OR de 3,6. De façon similaire au profil de patient où il est uniquement fait mention de la consommation en alcool, La régression logistique multivariée montre que seul le sexe reste significatif avec un OR à 3,7.

## Questionnaire AUDIT

Il est compté un total de 75 questionnaires AUDIT récoltés sur les 232 patients hospitalisés durant la phase 2 d'observation soit sur une période de 6 mois. Les patients ayant refusés d'y répondre et les déments n'ont pas été inclus. La moyenne du score total des questionnaires est de 3,16/40 pour une médiane de 2/40. Il est compté un total de 6 questionnaires où le score est égal ou plus grand à 8, soit 8 % des patients sont susceptibles d'être en surconsommation en alcool. Un compte de 21 questionnaires soit 28 % possèdent un score supérieur ou égal à 5/40, de cette façon la sensibilité du test AUDIT est augmentée et parallèlement la spécificité est diminuée. Pour rappel, 5,17% ont été dépistés durant cette

même période par le personnel soignant. La table 5 reprend les données collectées concernant les questionnaires AUDIT.

|                | Q1   | Q2    | Q3   | Q4   | Q5    | Q6    | Q7    | Q8   | Q9   | Q10   | TOT  |
|----------------|------|-------|------|------|-------|-------|-------|------|------|-------|------|
| <b>Moyenne</b> | 1,48 | 0,827 | 0,16 | 0,08 | 0,067 | 0,093 | 0,013 | 0,04 | 0,05 | 0,347 | 3,16 |
| <b>Médiane</b> | 1    | 1     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0    | 0    | 0     | 2    |
| <b>Min</b>     | 0    | 0     | 0    | 0    | 0     | 0     | 0     | 0    | 0    | 0     | 0    |
| <b>Max</b>     | 4    | 2     | 3    | 3    | 3     | 3     | 1     | 1    | 4    | 4     | 22   |

Table 5. Moyenne et médiane des questionnaires AUDIT.

## Questionnaire de connaissance

En ce qui concerne les questionnaires connaissances distribués au personnel, 39 ont été collectés sur toute la durée de l'étude soit 32 lors de la première phase et 7 lors de la deuxième. Les différences de points par question entre la phase 1 et 2, ne sont statistiquement pas significatives excepté pour la deuxième question. Celle-ci porte sur les différences de contenu en éthanol par spiritueux servi en quantité standard. Il est cependant observé une différence significative sur le score total des questionnaires. Les données sont reprises dans la table 6 et 7.

|                        | Q1    | Q2    | Q3    | Q4    | Q5    | Q6    | Q7    | Q8    | Q9    | Q10   |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Phase 1</b>         |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| • Valeur absolue (/32) | 11    | 14    | 27    | 5     | 5     | 3     | 8     | 31    | 27    | 28    |
| • %                    | 34 %  | 43 %  | 84 %  | 16 %  | 16 %  | 9 %   | 25 %  | 97 %  | 84 %  | 87 %  |
| <b>Phase 2</b>         |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| • Valeur absolue (/7)  | 3     | 6     | 7     | 3     | 1     | 2     | 4     | 7     | 6     | 7     |
| • %                    | 43 %  | 86 %  | 100 % | 43 %  | 14 %  | 29 %  | 57 %  | 100 % | 86 %  | 100 % |
| <b>TOTAL (%)</b>       | 36 %  | 51 %  | 87 %  | 21 %  | 15 %  | 13 %  | 31 %  | 97 %  | 85 %  | 90 %  |
| <b>P-valeur</b>        | 0,672 | 0,044 | 0,350 | 0,106 | 0,929 | 0,169 | 0,095 | 0,636 | 0,929 | 0,323 |
|                        | Q11   | Q12   | Q13   | Q14   | Q15   | Q16   | Q17   | Q18   | Q19   | Q20   |
| <b>Phase 1</b>         |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| • Valeur absolue (/32) | 26    | 29    | 25    | 15    | 30    | 5     | 31    | 20    | 14    | 20    |
| • %                    | 81 %  | 91 %  | 78 %  | 47 %  | 94 %  | 16 %  | 97 %  | 62 %  | 44 %  | 62 %  |
| <b>Phase 2</b>         |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| • Valeur absolue (/7)  | 7     | 7     | 6     | 3     | 5     | 1     | 7     | 7     | 4     | 5     |
| • %                    | 100 % | 100 % | 86 %  | 43 %  | 71 %  | 14 %  | 100 % | 100 % | 57 %  | 71 %  |
| <b>TOTAL (%)</b>       | 85 %  | 92 %  | 79 %  | 46 %  | 90 %  | 15 %  | 97 %  | 69 %  | 46 %  | 64 %  |
| <b>P-valeur</b>        | 0,213 | 0,543 | 0,652 | 0,847 | 0,078 | 0,929 | 0,636 | 0,052 | 0,520 | 0,656 |

Table 6. Résultat des réponses correctes en phase 1 et 2.

| Note totale |                  |
|-------------|------------------|
| Phase 1     | 12/20 ( $\pm$ 2) |
| Phase 2     | 14/20 ( $\pm$ 1) |
| P-valeur    | 0,021            |
| TOTAL       | 12/20 ( $\pm$ 2) |

Table 7. Résultat de la note finale en phase 1 et 2.

## Discussion

En se basant sur les résultats, la sensibilisation n'a pas eu d'impact significatif sur le taux de dépistage des consommations alcooliques bien que celle-ci a tout de même amélioré les connaissances du personnel. La question de la mention alcoolique n'est présente que dans 42 % des dossiers soit absente dans 58 %.

Un profil de patient où le dépistage est plus fréquent a pu être établi sur les données collectées. Ces patients sont plus souvent des hommes, admis via les urgences et proviennent de leur domicile. Concernant le profil des patients en surconsommation, ce sont également plus fréquemment des hommes, admis via les urgences mais ceux-ci sont généralement plus jeune. Lorsque toutes les données sont combinées par la régression logistique multivariée, seul le sexe reste significatif.

L'épidémiologie des consommations alcooliques dépistée par les questionnaires AUDIT, avec un score supérieur ou égal à 8/40, met en évidence un taux de 8 % de la population gériatrique susceptible de présenter un mésusage de l'alcool. Au vu de la sensibilité de la population gériatrique aux effets de l'alcool, il est intéressant de diminuer ce seuil à 5/40, donnant un taux de 28% de questionnaires positifs. La surconsommation est alors une problématique bien présente dans le service où il est utile de poser la question des consommations alcooliques. Ces données peuvent être mises en parallèle avec le dépistage effectué par le personnel dans le service qui est de 5 %. Les questions les plus fréquemment positives sont les deux premières, c'est-à-dire celles qui concernent la quantité d'alcool consommée. Dans 7 dossiers sur les 24 dépistés, la mention de surconsommation est liée à un sevrage éthylique. Dans les autres cas, elle est notée sous forme d'un éthylysme ancien ou à des consommations excessives. Il est rarement mentionné une surconsommation lorsque celle-ci est modérée.

Par ailleurs, les données récoltées concernant les questionnaires AUDIT mettent en évidence que les surconsommations sont plus fréquemment liées à la quantité d'alcool ingérée par jour plutôt qu'au comportement lié à la consommation. Parallèlement, les questions portant sur la quantité d'alcool recommandée chez l'adulte et chez la personne de plus de 65 ans dans le questionnaire des soignants en phase 1 montre un taux d'échec de 83 %. Il y a donc une méconnaissance du personnel et probablement de la population sur les limites délétères des consommations alcooliques.

Plusieurs biais peuvent être mentionnés dans cette étude. Un biais de localisation est présent étant donné que cette étude n'a été effectuée que dans le service de gériatrie aigüe de Mont Godinne. Un autre biais présent est le fait que les personnes âgées présentes dans les autres services ne sont pas incluses dans cette étude. Un biais important doit être aussi souligné dans la distribution des questionnaires AUDIT : les patients déments et les patients ayant refusé d'y répondre ne sont pas inclus. Ces chiffres ne représentent donc pas l'état de la population gériatrique globale.

Concernant les questionnaires de connaissance, l'amélioration des notes peut s'expliquer par la distribution de questionnaires identiques en phase 1 et 2. Par contre, seulement 7 questionnaires ont pu être collectés en deuxième phase par rapport à 32 en première phase.

Le manque d'effet de la sensibilisation sur le dépistage peut s'expliquer par un changement de personnel régulier dans le service, en particulier les assistants médecins qui sont les médecins de première ligne dans le service d'étage de gériatrie aigüe. Par ailleurs, la mention d'éthylisme chronique dans les dossiers, classée dans les surconsommations est une mention subjective.

Il se peut également que la sensibilisation n'ait peut-être pas été suffisamment importante et/ou de trop courte durée pour qu'elle soit efficace. Il a déjà été prouvé par le passé que des sensibilisations à grande échelle fonctionnent, par exemple : l'alcool au volant. Par ailleurs, l'OMS propose comme premier domaine d'action pour lutter contre les abus d'alcool des sensibilisations à grande échelle<sup>36</sup>.

Le ratio homme/femme peut s'expliquer par l'épidémiologie de la surconsommation en alcool qui semble plus fréquente chez les hommes par rapport aux femmes. Parallèlement, il est observé une différence dans le type de consommation entre les deux genres : les hommes boivent plus fréquemment en public contrairement aux femmes qui consomment plus fréquemment au domicile. Cette différence favorise l'idée que les hommes consomment plus que les femmes<sup>29</sup>.

L'environnement social joue également un rôle : le ratio de surconsommation entre homme et femme n'est pas le même en fonction des pays et des normes sociales. Un biais de localisation doit être alors mentionné dans cette étude. D'autre part, il est remarqué que ce ratio diminue de façon progressive dans les jeunes cohortes au vu des changements

psycho-sociaux. Le ratio est toujours présent dans la population gériatrique mais peut tendre à disparaître avec le changement des normes sociales<sup>29</sup>.

Il existe également une différence dans le comportement qui suit l'intoxication alcoolique. Les hommes sont plus enclins à avoir des attitudes violentes, à prendre plus de risques et à avoir plus de problèmes d'un point de vue social par rapport aux femmes<sup>29</sup>. Ces comportements occasionnés par la surconsommation peuvent expliquer que le dépistage est plus fréquent lorsque les patients proviennent des urgences. Le personnel des urgences étant également plus habitué à faire face aux problèmes médicaux causés par une surconsommation alcoolique, qu'elle soit aiguë ou chronique. Il est estimé que 30 % des admissions aux urgences ont un lien direct ou indirect avec une consommation alcoolique<sup>5</sup>.

Les patients en provenance du domicile sont plus fréquemment questionnés par rapport aux patients qui sont institutionnalisés puisque l'accessibilité à l'alcool semble y être plus compliquée. Il existe peu de données fiables concernant l'épidémiologie des troubles de la consommation en alcool chez les patients institutionnalisés. Certaines études indiquent que la prévalence varie entre 0 et 70 % et dépendent des établissements<sup>29</sup>. Par ailleurs, les patients vivant en maison de repos sont plus dépendants aux soins de santé que les patients vivant au domicile. Parmi les patients institutionnalisés, il est noté qu'en moyenne un patient sur 3 présente des troubles cognitifs<sup>21</sup>. Les maisons de repos sont donc peuplées de patients avec plus de comorbidités et de démences.

Cette différence de population pourrait expliquer le manque de questionnement par rapport aux personnes en provenance des institutions et la tendance à interroger les personnes avec moins de comorbidités. L'hétéro-anamnèse est nécessaire lorsque le patient souffre de démence mais celle-ci n'est pas toujours facile à mettre en place car la démence limite la possibilité d'être complet dans l'interrogatoire. Paradoxalement à cette tendance, les conséquences de la surconsommation favorisent le développement de plusieurs comorbidités et de troubles cognitifs. Bien que l'alcool soit la troisième cause de démence toute population confondue<sup>4</sup>, une tendance à moins questionner les patients déments a été remarquée sans que cela soit repris dans les données collectées. Cela pourrait être intéressant d'en connaître l'épidémiologie à la vue du rôle que joue l'alcool dans la prévalence de ces pathologies.

Le questionnement des consommations est légèrement plus fréquent chez les personnes plus jeunes sans que cela soit significatif. Il est par contre significatif d'affirmer

que la mention des surconsommations soit plus fréquente chez les patients plus jeunes. Effectivement, les patients qui sont en surconsommation ont une mortalité plus élevée<sup>1</sup>. Cela pourrait expliquer que les surconsommations soient plus fréquentes chez les sujets moins âgés.

Etant donné l'espérance de vie plus faible dans les populations gériatriques, un manque d'implication dans le dépistage et la prise en charge des surconsommations peut être présente. Cela peut être justifié par compassion envers la personne en bout de vie : pourquoi l'ennuyer avec sa consommation alcoolique ?

La plupart des données et des recommandations concernant les surconsommations en alcool chez les personnes âgées concernent les patients de plus de 65 ans. La moyenne d'âge dans un service de gériatrie aigüe est aux alentours de 80 ans. Il existe peu de données concernant cet âge cible. Il serait peut-être approprié d'adapter les doses recommandées pour cette tranche d'âge. Par ailleurs, il y a une discordance entre les recommandations de l'OMS et NIAAA. En effet l'OMS recommande de limiter la consommation à 14 unités par semaine contrairement à 7 unités pour la NIAAA. Cela met en évidence la difficulté d'une détection précoce d'une surconsommation par rapport à une consommation quotidienne.

# Conclusion

La surconsommation en alcool est une problématique présente au sein du service gériatrique. Au vu de la sensibilité plus élevée de cette population face aux effets de l'alcool, il est nécessaire de rechercher et de dépister les consommations à risques. Lorsque le dépistage est précoce, la réponse aux traitements est plus importante. Cette prise en charge permet de limiter les effets délétères d'une surconsommation. Afin d'avoir un dépistage efficace, il est nécessaire que le personnel soignant soit informé sur les différentes méthodes qu'ils peuvent utiliser.

La population étant de plus en plus vieillissante, la mise en place de nouvelles guidelines concernant les consommations chez les patients de plus de 80 ans pourrait être utiles.

Par tous ces points, j'espère vous avoir fait comprendre les tenants et aboutissants de mon étude.

# Annexe

## 1. Test Audit

|  |   |
|--|---|
| <b>1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?</b>   | <b>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 ?</b>   |
| <input type="checkbox"/> 0) Jamais<br><input type="checkbox"/> 1) Une fois par mois ou moins<br><input type="checkbox"/> 2) 2 à 4 fois par mois<br><input type="checkbox"/> 3) 2 à 3 fois par semaine<br><input type="checkbox"/> 4) Au moins 4 fois par semaine | <input type="checkbox"/> 0) Jamais<br><input type="checkbox"/> 1) Moins d'une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 2) Une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 3) Une fois par semaine<br><input type="checkbox"/> 4) Tous les jours ou presque |
| <b>2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?</b>   | <b>7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?</b>   |
| <input type="checkbox"/> 1) 1 ou 2<br><input type="checkbox"/> 2) 3 ou 4<br><input type="checkbox"/> 3) 5 ou 6<br><input type="checkbox"/> 4) 7 ou 8<br><input type="checkbox"/> 5) 10 ou plus   | <input type="checkbox"/> 0) Jamais<br><input type="checkbox"/> 1) Moins d'une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 2) Une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 3) Une fois par semaine<br><input type="checkbox"/> 4) Tous les jours ou presque |
| <b>3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?</b>  | <b>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 ?</b>   |
| <input type="checkbox"/> 0) Jamais<br><input type="checkbox"/> 1) Moins d'une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 2) Une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 3) Une fois par semaine<br><input type="checkbox"/> 4) Tous les jours ou presque        | <input type="checkbox"/> 0) Jamais<br><input type="checkbox"/> 1) Moins d'une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 2) Une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 3) Une fois par semaine<br><input type="checkbox"/> 4) Tous les jours ou presque |
| <b>4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?</b>  | <b>9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?</b>   |
| <input type="checkbox"/> 0) Jamais<br><input type="checkbox"/> 1) Moins d'une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 2) Une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 3) Une fois par semaine<br><input type="checkbox"/> 4) Tous les jours ou presque        | <input type="checkbox"/> 0) Non<br><input type="checkbox"/> 2) Oui, mais pas au cours de l'année écoulée<br><input type="checkbox"/> 4) Oui, au cours de l'année  |
| <b>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 ?</b>   | <b>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 ?</b>  |
| <input type="checkbox"/> 0) Jamais<br><input type="checkbox"/> 1) Moins d'une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 2) Une fois par mois<br><input type="checkbox"/> 3) Une fois par semaine<br><input type="checkbox"/> 4) Tous les jours ou presque        | <input type="checkbox"/> 0) Non<br><input type="checkbox"/> 2) Oui, mais pas au cours de l'année écoulée<br><input type="checkbox"/> 4) Oui, au cours de l'année  |
| <b>Score : .....</b>   |   |

## 2. Evaluation des connaissances<sup>9</sup>

|  |  |
|--|--|
| <p><b>1.</b> En France, un verre standard (unité standard) de boisson alcoolisée servi dans un bar contient :</p>  | <p><b>7.</b> La consommation d'alcool à risque pour un sujet de plus de 65 ans correspond à une prise quotidienne moyenne au-delà de :</p>   |
| <p><input type="checkbox"/> 5 à 7 g d'alcool pur</p> <p><input type="checkbox"/> 10 à 12 g d'alcool pur</p> <p><input type="checkbox"/> 15 à 17 g d'alcool pur</p> <p><input type="checkbox"/> 20 g d'alcool pur</p>   | <p><input type="checkbox"/> 0 à 1</p> <p><input type="checkbox"/> 1 à 2</p> <p><input type="checkbox"/> 2 à 3</p> <p><input type="checkbox"/> 3 à 4</p> <p><input type="checkbox"/> 4 à 5 verres standard par jour</p>                                 |
| <p><b>2.</b> Quelle boisson contient le plus d'alcool pur :</p>  | <p><b>8.</b> Quel niveau maximal de consommation d'alcool sans risque peut-on conseiller à une femme de 90 ans, avec séquelles d'accident vasculaire cérébral, prenant un traitement antidépresseur, des antalgiques et un somnifère chaque soir :</p> |
| <p><input type="checkbox"/> Un verre de 25 cl de bière à 5° (demi)</p> <p><input type="checkbox"/> Un verre de vin de 10 cl ;</p> <p><input type="checkbox"/> Un verre de whisky ou cognac 3 cl</p> <p><input type="checkbox"/> Un verre de porto 7 cl</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun, pareil pour tous</p> | <p><input type="checkbox"/> 0 à 1</p> <p><input type="checkbox"/> 1 à 2</p> <p><input type="checkbox"/> 2 à 3</p> <p><input type="checkbox"/> 3 à 4</p> <p><input type="checkbox"/> 4 à 5 verres standard par jour</p>                                 |
| <p><b>3.</b> En comparaison à des adultes d'âge moyen, les sujets de plus de 65 ans sont :</p>   | <p><b>9.</b> Quel niveau de consommation sans risque recommander à un homme de 85 ans, malade d'Alzheimer</p>  |
| <p><input type="checkbox"/> Insensibles</p> <p><input type="checkbox"/> Moins sensibles</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi sensibles</p> <p><input type="checkbox"/> Plus sensibles aux effets de l'alcool (ébrüité, sédation-somnolence)</p>   | <p><input type="checkbox"/> 0 à 1</p> <p><input type="checkbox"/> 1 à 2</p> <p><input type="checkbox"/> 2 à 3</p> <p><input type="checkbox"/> 3 à 4</p> <p><input type="checkbox"/> 4 à 5 verres standard par jour ?</p>                               |
| <p><b>4.</b> À votre connaissance, le mésusage d'alcool (usage à risque, usage abusif ou dépendance DSM-IV) concerne quelle proportion des 65 ans ou plus :</p>  | <p><b>10.</b> Le risque de développer une dépendance à l'alcool diminue :</p>  |
| <p><input type="checkbox"/> 0 à 6 %</p> <p><input type="checkbox"/> 7 à 12 %</p> <p><input type="checkbox"/> 13 à 20 %</p> <p><input type="checkbox"/> &gt; 20 %</p>   | <p><input type="checkbox"/> &gt; 65 ans</p> <p><input type="checkbox"/> &gt; 80 ans</p> <p><input type="checkbox"/> &gt; 90 ans</p> <p><input type="checkbox"/> jamais</p>   |
| <p><b>5.</b> Le mésusage d'alcool (cf. supra) en EHPAD (maison de retraite) en comparaison à la population générale des plus de 65 ans est :</p>   | <p><b>11.</b> Les symptômes de sevrage physique en alcool (pré-délirium, délirium tremens) sont moins fréquents et moins intenses (en comparaison aux adultes d'âge moyen) :</p>   |
| <p><input type="checkbox"/> Absent</p> <p><input type="checkbox"/> Moins fréquent</p> <p><input type="checkbox"/> Aussi fréquent</p> <p><input type="checkbox"/> Plus fréquent</p>   | <p><input type="checkbox"/> &gt; 65 ans</p> <p><input type="checkbox"/> &gt; 80 ans</p> <p><input type="checkbox"/> &gt; 90 ans</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>   |
| <p><b>6.</b> La consommation d'alcool sans risque pour un adulte d'âge moyen correspond à une prise quotidienne moyenne jusqu'à :</p>  | <p><b>12.</b> Après 65 ans, la meilleure boisson alcoolisée est le vin de porto :</p>  |
| <p><input type="checkbox"/> 0 à 1</p> <p><input type="checkbox"/> 1 à 2</p> <p><input type="checkbox"/> 2 à 3</p> <p><input type="checkbox"/> 3 à 4</p> <p><input type="checkbox"/> 4 à 5 verres standard par jour</p>   | <p><input type="checkbox"/> Vrai</p> <p><input type="checkbox"/> Faux</p>  |

|  |                   |  |  |
|--|-------------------|--|--|
| <b>13. Proposer un sevrage alcoolique après 65 ans :</b>   |                   | <b>17. Il est recommandé de boire de l'alcool après 65 ans pour prévenir la maladie d'Alzheimer :</b>          |  |
| <input type="checkbox"/>   | N'a pas d'intérêt | <input type="checkbox"/>   | Vrai   |
| <input type="checkbox"/>   | Est inadapté      | <input type="checkbox"/>   | Faux   |
| <input type="checkbox"/>   | Est traumatisant  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | Est utile         |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | Est dangereux     |  |  |
| <b>14. Une consommation modérée d'alcool est associée à une moindre mortalité cardiovasculaire :</b>         |                   | <b>18. Parler d'alcool avec une personne âgée qui n'en fait pas la demande :</b>                               |  |
| <input type="checkbox"/>   | Vrai              | <input type="checkbox"/>   | N'a pas d'intérêt                              |
| <input type="checkbox"/>   | Faux              | <input type="checkbox"/>   | Est inadapté                                   |
|  |                   | <input type="checkbox"/>   | Est traumatisant                               |
|  |                   | <input type="checkbox"/>   | Est utile                                      |
|  |                   | <input type="checkbox"/>   | Est dangereux                                  |
| <b>15. Il est recommandé de boire de l'alcool après 65 ans pour le coeur (prévention cardiovasculaire) :</b> |                   | <b>19. L'ivresse alcoolique de sujets âgés (&gt; 65 ans) se manifeste surtout par :</b>                        |  |
| <input type="checkbox"/>   | Vrai              | <input type="checkbox"/>   | Des chutes                                     |
| <input type="checkbox"/>   | Faux              | <input type="checkbox"/>   | Des confusions                                 |
|  |                   | <input type="checkbox"/>   | Des comas                                      |
|  |                   | <input type="checkbox"/>   | Des vertiges                                   |
| <b>16. Consommer modérément d'alcool est associée à une moindre fréquence de la maladie d'Alzheimer :</b>    |                   | <b>20. Après 65 ans, le taux d'alcoolémie dans l'organisme lors de l'ingestion de deux verres de vin est :</b> |  |
| <input type="checkbox"/>   | Vrai              | <input type="checkbox"/>   | Egal à zéro                                    |
| <input type="checkbox"/>   | Faux              | <input type="checkbox"/>   | Inférieur                                      |
|  |                   | <input type="checkbox"/>   | Identique                                      |
|  |                   | <input type="checkbox"/>   | Supérieur à celui chez d'un adulte d'âge moyen |

### 3. Dépliant

#### Les risques chez les personnes âgées

Les aînés sont plus à risque de développer une dépendance à l'alcool. Cela s'explique de plusieurs façons :

La diminution de l'autonomie de la marche, la perception d'une mauvaise santé, la diminution des activités dans la vie quotidienne, ... Tous ces facteurs prédisposent la personne âgée à développer une **dépression**. Un trouble psychique est un facteur de risque prédominant dans le développement d'une alcoolisation chronique. De plus, l'effet désinhibiteur de l'alcool cause une augmentation des suicides des personnes qui en abusent.

Par le vieillissement naturel, les personnes âgées ont un métabolisme plus lent de l'alcool. Cela explique donc la tolérance plus faible de cette population.

La population gériatrique est connue pour être une grande consommatrice de médicaments. Malheureusement, ceux-ci ne sont pas dénués d'interaction avec l'alcool pouvant causer de nombreux dégâts physiologiques.



#### La surconsommation en alcool dans la population gériatrique



#### Une surconsommation ? Qu'est ce que c'est ?

Les surconsommations en alcool chez les personnes âgées sont souvent ignorées. Il n'y a, par ailleurs, pas de données précises concernant la prévalence de celles-ci. Mais elle est belle et bien présente !

« Dans les hôpitaux français, 6-9 % des aînés sont identifiés comme alcoolodépendants » cité par un article rédigé par la Société Française d'Alcologie.

Lorsque la consommation en alcool devient délétère et provoque des conséquences sur la santé, on parle de surconsommation. Ce seuil limite est défini en nombre d'unités d'alcool. Une unité d'alcool correspond à un verre d'alcool servi en quantité standard soit un verre qui contient entre 10 à 12g d'éthanol.

En raison d'une sensibilité plus élevée chez les femmes et les personnes âgées de plus de 65 ans, le seuil est défini à 7 unités d'alcool par semaine ou 3 par jour. Contrairement aux hommes adultes où il est fixé à 14 unités par semaine ou 4 par jour.



#### Quels sont les risques ?

Il existe de nombreuses conséquences à une consommation élevée en alcool. Voici celle qui concerne particulièrement les aînés :

- **Risque d'incapacité fonctionnelle :** Au plus la consommation est élevée, au plus le risque d'atteinte fonctionnelle est élevé. Cela influence donc directement la qualité de vie des patients.
- **Chute :** Cela n'est pas une cause mais un facteur favorisant.
- **Trouble cognitif :** Lors d'une consommation modérée en alcool, il a été démontré qu'il y a un léger effet protecteur concernant les démences. Mais lorsque celle-ci devient plus élevée, elle devient vite délétère et provoque des troubles cognitifs tels que le syndrome de Gayet-Wernicke, syndrome de Korsakoff.
- **Etat de dénutrition :** Il n'est pas rare que l'alcool remplace un repas. Cela cause plusieurs carence vitaminique et protéique.
- **Désocialisation :** L'alcool est souvent source de conflit et d'adynamisme qui peuvent mener à l'isolement.

Il en existe bien d'autre tels que la cirrhose hépatique, une augmentation du risque de développer un cancer, augmentation des pathologies cardiovasculaires, divers troubles neurologiques...

#### Les méthodes de dépistage

Il existe plusieurs méthodes de dépistage. Etant donné les multiples pathologies dont souffrent les personnes âgées, les marqueurs biologiques ne sont pas les plus fiables. Lorsque la personne âgée ne souffre pas de démence, il est préférable d'utiliser des questionnaires tels que l'AUDIT. Un dépistage précoce permet un meilleur résultat dans les traitements.

#### La prise en charge

Celle-ci peut être médicamenteuse ou non. Une intervention psychosociale peut être préconisée afin de restaurer un bien-être médical et social. Lorsque le patient surconsomme de l'alcool sans dépendance, une simple intervention du médecin peut suffire pour diminuer celle-ci en dessous du seuil de risque.

Les traitements médicamenteux soutiennent les thérapies psychosociales et sont indiqués lorsque la personne souffre de dépendance.

Référence principale : Groupe de travail de la société française d'Alcologie et de la société française de gériatrie et de gérontologie et consommation d'alcool. *Alcologie et Addictologie*. 2014;36(1):61-72.

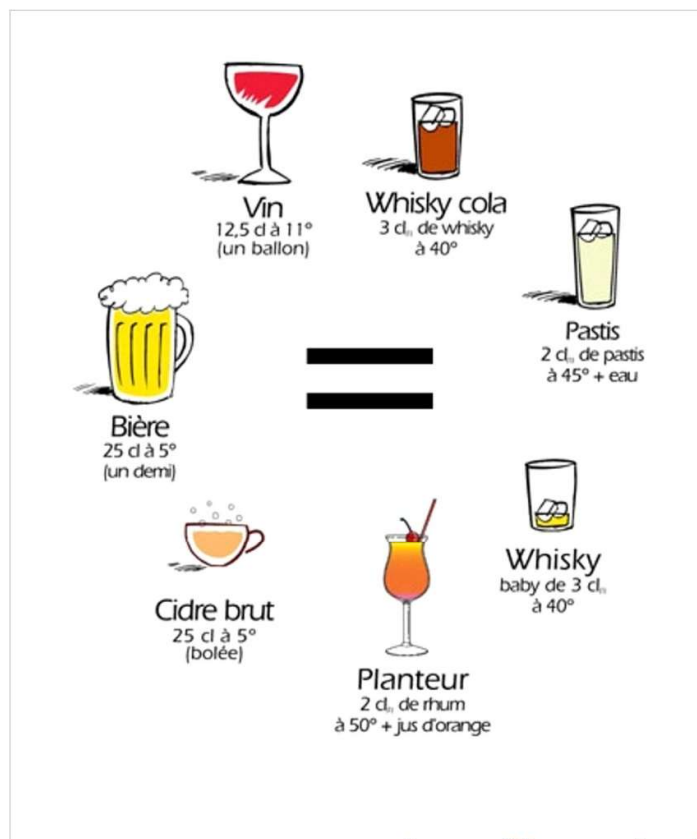
#### 4. Affiche

*La surconsommation en alcool chez les personnes âgées ?  
Ce n'est pas si rare !!*

*Le saviez-vous ?*

*En raison d'une sensibilité plus élevée chez les personnes de plus de 65 ans, il est recommandé de ne pas dépasser une consommation de plus de 7 unités d'alcool par semaine et moins de 3 sur une journée. Une unité d'alcool correspond à un verre contenant 10 à 12 grammes d'éthanol.*

*SOIT :*



*Ne sous-estimez pas les effets de l'alcool  
N'hésitez pas à en parler à votre médecin*

# Référence

1. Adamson SS, Brace LE, Kennedy BK. Alcohol and aging: From epidemiology to mechanism. *Translational Medicine of Aging*. oct 2017;1:18-23.
2. Mukamal KJ, Rimm EB. Alcohol consumption: Risks and benefits. *Current Atherosclerosis Reports*. déc 2008;10(6):536-43.
3. Kalapatapu RK, Paris P, Neugroschl JA. Alcohol Use Disorders in Geriatrics. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. sept 2010;40(3):321-37.
4. Menecier P, Afifi A, Menecier-ossia L. Alcool et démence : des relations complexes. *La Revue de Gériatrie*. 2006;31(1):11-8.
5. Brousse G, Geneste-Saelens J, Cabe J, Cottencin O. Alcool et urgences. *La Presse Médicale*. juill 2018;47(7-8):667-76.
6. Biesalski HK, Grimm P, Nowitzki-Grimm S, et al. Atlas de poche de nutrition. 2017.
7. Voet D, Domenjoud L, Voet JG. Biochimie. Louvain-La-Neuve: De Boeck; 2016.
8. Niemelä O. Biomarker-Based Approaches for Assessing Alcohol Use Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 27 janv 2016;13(2):166.
9. Menecier P, Fernandez L, Pichat M, et al. Connaissances soignantes à propos d'usage et de mésusage d'alcool de sujets âgés. *Alcoologie et Addictologie*. 2015;37(4):301-8.
10. Consommation d'alcool [Internet]. World Health Organization. [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
11. Biderman A. Depression and falls among community dwelling elderly people: a search for common risk factors. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1 août 2002;56(8):631-6.
12. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. juin 1993;88(6):791-804.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
14. Fagan KJ, Irvine KM, McWhinney BC, et al. Diagnostic sensitivity of carbohydrate deficient transferrin in heavy drinkers. *BMC Gastroenterology* [Internet]. déc 2014 [cité 4 août 2018];14(1). Disponible sur: <http://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-230X-14-97>
15. Suzuki O, Watanabe K. Drugs and poisons in humans: a handbook of practical analysis [Internet]. Berlin; New York: Springer; 2005 [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=303985>
16. Zhou H, Polimanti R, Yang B-Z, et al. Genetic Risk Variants Associated With Comorbid Alcohol Dependence and Major Depression. *JAMA Psychiatry*. 1 déc 2017;74(12):1234.
17. Bommersbach TJ, Lapid MI, Rumman TA, et al. Geriatric Alcohol Use Disorder. *Mayo Clinic Proceedings*. mai 2015;90(5):659-66.
18. Marteau P, Louvet A, Collège des universitaires en hépato-gastro-entérologie. Hépato-gastro-entérologie, chirurgie digestive. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2015.
19. Université de Liège, Cellule Drogues, Seutin V, Scuvée-Moreau J, Quertemont E. L'alcool en question. Bruxelles: Mardaga; 2015.
20. Lécaillier D, Michaud P. L'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie*. Mars 2004;26(2):129-134.
21. Laasman J-M, Maron L, Van den Heede A. Maison de repos : à quel prix. Jean-Pascal Labille; 2016.
22. Whitfield JB, Dy V, Madden PAF, et al. Measuring Carbohydrate-Deficient Transferrin by Direct Immunoassay: Factors Affecting Diagnostic Sensitivity for Excessive Alcohol Intake. *Clinical Chemistry*. 1 juill 2008;54(7):1158-65.
23. Guedj M, Hoffman O. Mikbook: les cahiers de l'internat : médecine. Paris: Éditions Vernazobres-Gregory; 2016.
24. Reference GH. OPRM1 gene [Internet]. Genetics Home Reference. [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://ghr.nlm.nih.gov/gene/OPRM1>
25. Groupe de travail de la société française d'alcoologie et de la société française de gérontologie et gériatrie.

- Personnes âgées et consommation d'alcool. *Alcoologie et Addictologie*. 2014;36(1):61-72.
26. Bankole J 2018. Pharmacotherapy for alcohol use disorder. UpToDate. Topic 7800 Version 21.0. Available : [https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-alcohol-use-disorder?search=pharmacotherapy%20for%20alcohol%20use%20disorder&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-alcohol-use-disorder?search=pharmacotherapy%20for%20alcohol%20use%20disorder&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). [Accessed : 14.06.2018]
  27. Yamada K, Hosoda M, Nakashima S, et al. Psychiatric diagnosis in the elderly referred to a consultation-liaison psychiatry service in a general geriatric hospital in Japan: Psychiatric diagnosis in the elderly. *Geriatrics & Gerontology International*. avr 2012;12(2):304-9.
  28. Aronson M 2018. Psychosocial treatment of alcohol use disorder. UpToDate. Topic 7810 Version 20.0. Available : [https://www.uptodate.com/contents/psychosocial-treatment-of-alcohol-use-disorder?search=psychosocial%20traitement%20of%20alcohol%20use%20disorder&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/psychosocial-treatment-of-alcohol-use-disorder?search=psychosocial%20traitement%20of%20alcohol%20use%20disorder&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). [Accessed : 14.06.2018]
  29. Publications | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism | Harmful Interactions [Internet]. [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/medicine/medicine.htm>
  30. Tetrault J. 2018. Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment and diagnosis. UpToDate. Topic 7809 Version 21.0. Available : [https://www.uptodate.com/contents/risky-drinking-and-alcohol-use-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=risky%20drinking%20and%20alcohol&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/risky-drinking-and-alcohol-use-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=risky%20drinking%20and%20alcohol&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). [Accessed : 14.06.2018]
  31. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alcohol Dependence*. nov 2015;156:1-13.
  32. Mernecier P, Badila P, Menercier-ossia L. Sujets âgés et alcool. *La Revue de Gériatrie*. 2008;33(10):857-68
  33. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, et al. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med*. 14 sept 1998;158(16):1789-95.
  34. Dhalla S, Kopec JA. The CAGE Questionnaire for Alcohol Misuse: A Review of Reliability and Validity Studies. *Clinical & Investigative Medicine*. 11 févr 2007;30(1):33-41.
  35. Hirata ES, Almeida OP, Funari RR, et al. Validity of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) for the Detection of Alcohol-Related Problems Among Male Geriatric Outpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 1 déc 2001;9(1):30-4.
  36. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. WHO. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/classifications/icf/icf\\_more/en/](http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/)
  37. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. WHO. [cité 23 avril 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/10-areas-for-national-action-on-alcohol>
  38. Ryou YI, Kim JS, Jung JG, et al. Usefulness of Alcohol-screening Instruments in Detecting Problem Drinking among Elderly Male Drinkers. *Korean Journal of Family Medicine*. 2012;33(3):126.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN  
Faculté de médecine et médecine dentaire

Avenue Mounier, 50 bte B1.50.04, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | [www.uclouvain.be/mede](http://www.uclouvain.be/mede)