

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMOBURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Repérage de la consommation d'alcool des personnes âgées de
plus de 65 ans dans le Douaisis**

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 2024 à 16 heures
au Pôle Formation

par Céline BAYART

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Madame le Docteur Dana BUCUR

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AUDIT-C Alcohol Use Disorder Identification Test – version Courte

CDA Consommation Déclarée d'Alcool

EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FACE Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien

HAS Haute Autorité de Santé

INSEE Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MSP Maison de Santé Pluriprofessionnelle

RESPADD Réseau de Prévention des Addictions

ROSP Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RPIB Repérage Précoce et Intervention Brève

SFA Société Française d'Alcoologie

Table des matières

<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	4
<u>TABLE DES MATIERES.....</u>	5
<u>INTRODUCTION.....</u>	7
I. Généralités sur l'alcool.....	7
II. La population âgée de plus de 65 ans.....	8
III. Le repérage en médecine générale	9
IV. Objectifs	11
<u>METHODE</u>	12
<u>RESULTATS</u>	16
I. Flow chart	16
II. Caractéristiques des médecins généralistes investigateurs	18
III. Caractéristiques des patients	18
IV. Analyse de la consommation d'alcool supposée par le médecin généraliste	23
V. Analyse de la consommation d'alcool déclarée par les patients	26
VI. Comparaison entre la consommation d'alcool estimée par les médecins généralistes et la consommation d'alcool déclarée par les patients	29
VII. Analyse de la consommation d'alcool déclarée en sous-groupes	32
VIII. Interprétation du questionnaire AUDIT-C et risque de mésusage.....	33

<u>DISCUSSION</u>	<u>34</u>
I. Objectif principal	34
II. Forces et faiblesses de l'étude	38
III. Concordance avec la littérature	41
IV. Quels sont les facteurs amenant à un meilleur repérage ?	42
<u>CONCLUSION</u>	<u>46</u>
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	<u>47</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>50</u>

Introduction

I. Généralités sur l'alcool

En France, la consommation d'alcool est une pratique courante et ancrée dans les habitudes culturelles. D'après le Baromètre 2017 de Santé Publique France, 86,6 % des personnes de 18 à 75 ans en ont consommé au moins une fois au cours des 12 derniers mois¹.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) définit plusieurs niveaux de consommation d'alcool² :

- Le non-usage, ou abstinence, défini par l'absence totale de consommation ;
- L'usage à faible risque, défini par une consommation asymptomatique et conforme aux repères de consommation d'alcool recommandés par Santé Publique France ;
- Le mésusage qui rassemble les modes de consommation entraînant des conséquences négatives ou à risque d'en entraîner. Il comprend l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool dont fait partie la dépendance.

Les modes de consommations diffèrent en fonction de l'âge : les sujets jeunes ont une consommation moins fréquente mais plus massive, tandis que les sujets âgés favorisent les consommations modérées mais plus fréquentes³.

Dans la population générale, la consommation d'alcool est associée au risque d'apparition de troubles mentaux et comportementaux, de maladies cardiovasculaires, de cirrhose, de cancers, et de traumatismes. En 2015, 41 000 décès lui ont été imputés⁴, et l'alcool se place au 2^{ème} rang des causes de mortalité évitables après le

tabac⁵. Il n'existe pas de seuil en dessous duquel la consommation d'alcool serait dénuée de risque, même si 90 % des décès attribuables à l'alcool sont liés à des consommations supérieures à 5 verres par jour⁴.

En France, les repères de consommation d'alcool à faible risque ont été révisés en 2017¹. Ils fixent une limite à ne pas dépasser 10 « verres standard » par semaine, dont maximum 2 « verres standard » par jour, et ne pas en consommer tous les jours. Ces repères sont valables quel soit l'âge, aussi bien pour les hommes que pour les femmes (hors grossesse). D'autres pays comme les Etats-Unis ont adapté leurs recommandations aux personnes âgées de plus de 65 ans : au maximum 1 « verre standard » par jour, 7 « verres standard » par semaine et maximum 3 « verres standard » par occasion⁶.

II. La population âgée de plus de 65 ans

La population âgée de plus de 65 ans est une population hétérogène⁷. Il existe un continuum entre les jeunes retraités en bonne santé, autonomes et les personnes très âgées, souvent atteintes de maladies chroniques plus ou moins invalidantes à l'origine de dépendances physiques ou psychiques, d'une perte d'autonomie et d'une polymédication.

Le vieillissement conduit à une moindre tolérance aux effets de l'alcool⁷. En raison de la diminution de la masse maigre, et donc de la diminution du volume de distribution, le taux d'alcoolémie sera plus élevé pour la même quantité d'alcool ingérée. Pourtant, les effets délétères de l'alcool sont peu étudiés chez les personnes âgées, et un

symptôme sera plus facilement attribué à une pathologie ou une fragilité du sujet âgé qu'à une conséquence directe de la consommation d'alcool.

Selon le Baromètre 2017 de Santé Publique France, 92,3 % des 65-75 ans déclaraient avoir consommé de l'alcool dans l'année, dont 26 % déclaraient une consommation d'alcool quotidienne¹. Il n'existe pas de données relatives à la prévalence de la consommation d'alcool chez les personnes âgées de plus de 75 ans en France.

En population gériatrique, les complications aiguës liées à la consommation d'alcool sont, par ordre de fréquence, les chutes et ses conséquences traumatiques associées, le syndrome confusionnel ou les troubles du comportement, la iatrogénie et les troubles du rythme cardiaque⁷. Bien qu'il existe peu d'études sur le sujet, il existe très probablement un lien, au moins d'aggravation, entre le mésusage d'alcool et les grands syndromes gériatriques : chutes, démences, confusion, troubles anxiodépressifs, dénutrition, troubles psychosociaux, polypathologie et polymédication.

III. Le repérage en médecine générale

Le repérage systématique des consommations de substances psychoactives permet d'identifier les consommateurs à risque avant l'installation d'une possible dépendance.

En France, seul le médecin peut faire le repérage précoce, puis l'intervention brève si elle est indiquée⁸.

Depuis 2006, une circulaire du ministère de la Santé a développé à l'échelle nationale une stratégie de formation des médecins généralistes au repérage précoce et

intervention brève (RPIB) de la consommation d'alcool en soins primaires⁹. Le Plan National de Mobilisation Contre les Addictions 2018-2022 a fait du repérage des consommations à risque une priorité, en insistant sur le rôle qu'ont à jouer les professionnels de soins primaires, dont les médecins généralistes, en tant qu'acteurs pivot de ce repérage¹⁰.

Le repérage précoce et intervention brève (RPIB) a montré son efficacité en termes de réduction significative de la consommation d'alcool^{11,12}. Les interventions brèves ont un impact sur la réduction de la mortalité liée à l'alcool, mais leur efficacité sur la mortalité totale et sur la morbidité n'a pas été prouvée¹³.

Sur une journée type de médecine générale, 30 % des patients adultes seraient des consommateurs d'alcool dit « à risque »¹⁴. En 2011, l'état des lieux français des pratiques de repérage des consommations à risque mettait en évidence que 63 % des médecins généralistes déclaraient aborder systématiquement le sujet du tabac, contre seulement 23 % pour l'alcool¹⁵.

Les médecins généralistes sous-estiment la consommation d'alcool de leurs patients¹⁶, y compris chez les patients âgés de plus de 65 ans. Pour cette population âgée, les recommandations de bonnes pratiques de 2023 suggèrent de mettre en place un repérage ciblé auprès des populations considérées comme « à haut risque de mésusage » après avoir identifié des facteurs prédictifs du mésusage (sexe masculin, tabagisme, difficultés sociales) ou face à des symptômes non spécifiques fréquemment rencontrés à domicile ou en consultation : troubles du sommeil, chutes, dénutrition, symptomatologie anxiante ou dépressive, troubles cognitifs, ou douleurs chroniques².

En l'absence de troubles cognitifs, la consommation déclarée d'alcool (CDA) évaluée en entretien, est le moyen le plus simple et le plus direct d'évaluer les risques. Mais les réponses obtenues sont corrélées à la formulation de la question, c'est pourquoi, pour augmenter la fiabilité, cette dernière doit être ouverte et non jugeante. Des outils de type questionnaires standardisés ont été développés, mais peu d'entre eux sont validés chez les personnes âgées⁷. L'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), notamment dans sa version courte (AUDIT-C), est indiqué pour toutes les situations nécessitant un auto-questionnaire. Le questionnaire AUDIT-C est un outil validé dans le repérage du mésusage ou de la dépendance à l'alcool¹⁷. En seulement trois questions, il permet de repérer facilement et rapidement les consommateurs excessifs d'alcool.

IV. Objectifs

En France, la prévalence de la consommation d'alcool des personnes âgées de plus de 65 ans n'est pas connue alors que ses conséquences sont nombreuses. Le repérage de la consommation d'alcool des personnes âgées de plus de 65 ans en soins primaires est un enjeu majeur pour les médecins généralistes.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer si le questionnaire AUDIT-C permettait d'établir une corrélation entre la consommation d'alcool estimée par les médecins généralistes et celle déclarée par les patients.

L'objectif secondaire était de mettre en évidence des facteurs permettant d'optimiser le repérage de la consommation d'alcool en soins primaires.

Méthode

Il s'agissait d'une étude quantitative transversale descriptive par questionnaires. La population étudiée concernait les personnes âgées de plus de 65 ans, consultant un médecin généraliste exerçant dans l'une des 35 communes de l'agglomération du Douaisis (Douaisis Agglo), dans le département du Nord (59). (*Figure 1*)

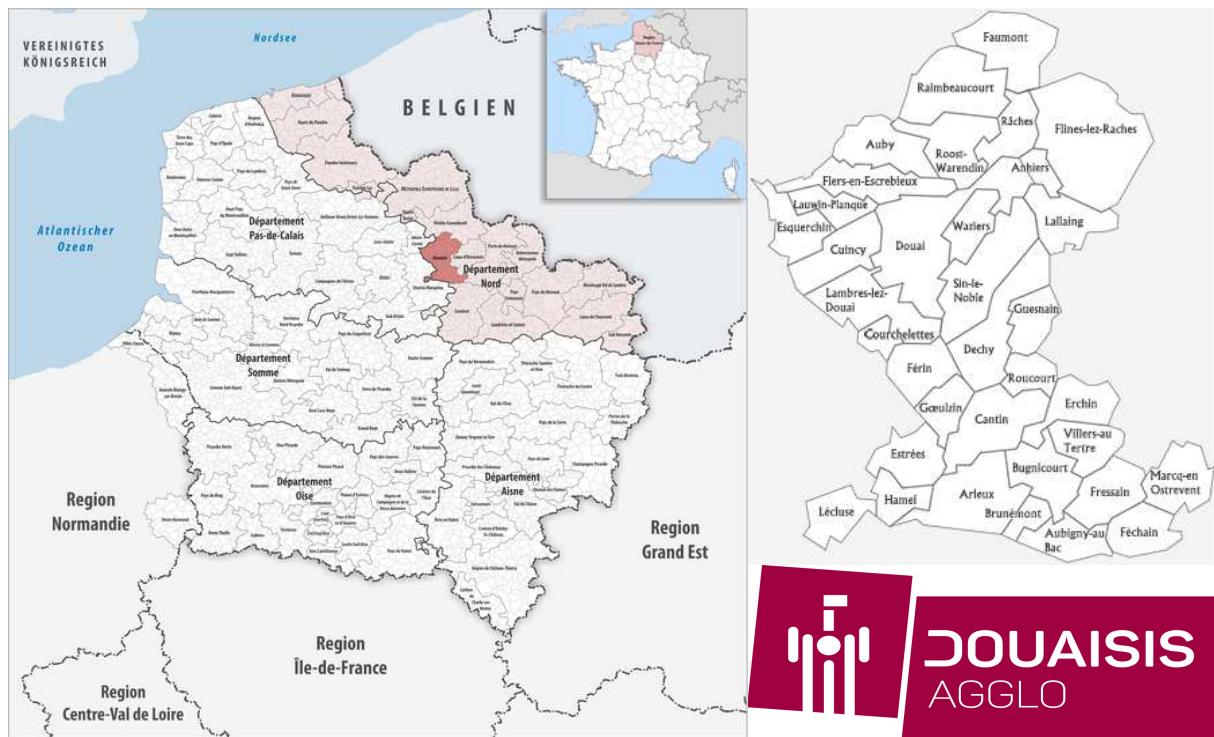


Figure 1 : Situation géographique des 35 communes de l'agglomération du Douaisis

Tous les médecins généralistes de ces communes étaient recensés à l'aide de la plateforme « Annuaire Santé » de la Sécurité Sociale.

Les critères d'inclusion des médecins étaient les suivants :

- Exercer en secteur 1 dans une commune de l'agglomération du Douaisis.
- Être installé depuis au moins un an.

Les critères d'inclusion des patients étaient les suivants :

- Être âgé d'au moins 65 ans,
- Consulter un médecin généraliste exerçant dans l'une des communes de l'agglomération du Douaisis.

Les critères de non-inclusion des médecins étaient les suivants :

- Être un médecin retraité,
- Être un médecin remplaçant,
- Exercer dans une clinique privée (Clinique Saint Amé, Centre Léonard de Vinci, clinique de l'Escrebieux),
- Exercer une autre activité principale (angiologie, allergologie, acupuncture, radiologie, vaccination, tests antigéniques),
- Exercer en secteur 2 ou 3,
- Exercer exclusivement en maison médicale de garde.

Les critères de non-inclusion des patients étaient les suivants :

- Être âgé de moins de 65 ans.

Les médecins généralistes étaient contactés par téléphone pour obtenir leur accord de participation. Ils devenaient « médecin investigateur ». Il leur était demandé d'inclure au moins dix patients correspondants aux critères d'inclusion.

Les questionnaires étaient rédigés à l'aide du logiciel Limesurvey ®, puis distribués au format papier à chaque médecin investigateur. Chaque questionnaire comportait deux parties distinctes : un questionnaire correspondant au médecin investigateur, et un questionnaire correspondant au patient, pour former ainsi un couple de questionnaires.

Les questionnaires étaient anonymes. Chaque couple de questionnaire était préalablement numéroté de telle sorte que le questionnaire « Médecin » et le questionnaire « Patient » relatifs à une même personne portaient le même numéro. Ainsi, un couple de questionnaire était identifié par deux nombres : le numéro du centre, attribué aléatoirement en fonction de la distribution des questionnaires, et le numéro d'ordre d'inclusion du patient dans un centre donné. L'accord de la CNIL pour l'utilisation et la diffusion des questionnaires était obtenu le 16 avril 2021 (*Annexe 1*).

Des couples de questionnaire « Médecin » et « Patient » étaient distribués aux médecins généralistes de l'agglomération du Douaisis acceptant de participer à l'étude (*Annexe 2*). Chaque médecin généraliste représentait un centre. Chaque centre recevait entre dix et quinze couples de questionnaires. Les centres étaient libres d'inclure davantage de patients que de questionnaires reçus. Un questionnaire « médecin » et un questionnaire « patient » ayant le même identifiant devaient être soigneusement remplis pour chaque personne inclue dans l'étude.

L'objectif était de recueillir 200 couples de questionnaires exploitables. Afin d'obtenir un nombre suffisant de questionnaires, il était prévu de contacter les médecins généralistes de l'agglomération du Douaisis jusqu'à ce le nombre de questionnaires vierges distribués soit supérieur à l'objectif fixé.

Les médecins généralistes investigateurs devaient remplir leur questionnaire « Médecin » pour au moins les dix premiers patients de plus 65 ans reçus au cabinet, quel que soit leur motif de consultation. Il leur était demandé de remplir leur questionnaire avant la consultation, à partir des éléments du dossier médical. La consultation se déroulait sans mentionner la participation à l'étude. A la fin de la consultation, les médecins investigateurs remettaient un questionnaire « Patient » à la

personne inclue. Le patient remplissait le questionnaire seul, si possible dans un lieu dédié, sinon dans la salle d'attente, puis le déposait dans une urne mise à disposition, ou dans la boîte aux lettres du cabinet. Le patient n'était pas informé que le médecin avait préalablement rempli un autre questionnaire.

Le recueil de la consommation d'alcool était basé sur un questionnaire validé dans le dépistage du mésusage de l'alcool et utilisé par la HAS : le questionnaire AUDIT-C¹⁷. Dans l'interprétation du questionnaire AUDIT-C, un score supérieur à 3 chez la femme et supérieur à 4 chez l'homme était considéré comme un repérage positif d'un possible mésusage, voire d'une dépendance.

Les médecins généralistes investigateurs devaient recontacter l'investigateur principal de l'étude lorsqu'ils avaient inclus suffisamment de patients, afin que ce dernier vienne récupérer les questionnaires. L'investigateur principal pouvait également relancer les médecins généralistes investigateurs en cas de délai de réponse long (une relance par mois).

Les questionnaires étaient ensuite retranscrits dans le logiciel Limesurvey ® par l'investigateur principal. Les données étaient extraites via le logiciel Excel ®. Le logiciel Jamovi ® était utilisé pour l'analyse statistique. Dans un premier temps, une analyse descriptive univariée était réalisée. Les variables qualitatives étaient décrites par les effectifs et les fréquences. La comparaison des échantillons était réalisée par le test T de Student pour échantillons appariés. L'évaluation du degré de dépendance des variables étudiées était réalisée par des analyses bivariées. Le croisement des variables était réalisé par un test du Khi-2 d'indépendance dans le cas où les conditions d'application étaient remplies. Dans le cas contraire, un test exact de Fisher était utilisé. Le seuil de significativité était fixé à 5% (p < 0,05).

Résultats

I. Flow chart

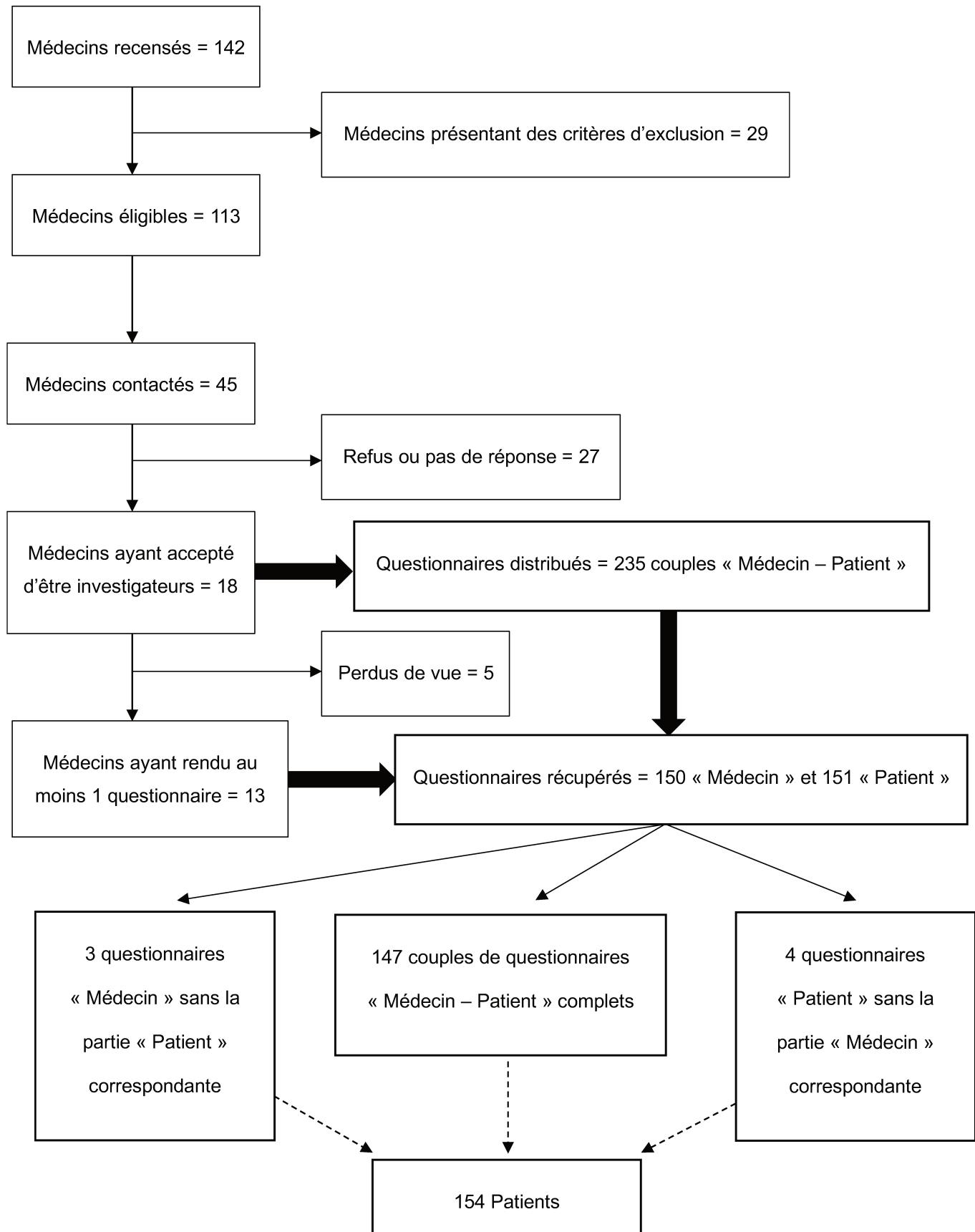


Figure 2 : Flow chart des médecins investigateurs et des patients inclus dans l'étude

1. Médecins investigateurs

On recensait 142 médecins généralistes exerçant dans l'une des communes de l'agglomération du Douaisis, dont 29 d'entre eux présentaient des critères de non-inclusion.

Parmi les 113 médecins éligibles à la participation de l'étude, 45 étaient contactés, 18 d'entre eux acceptaient d'être médecins investigateurs. A la fin de l'étude, 13 médecins investigateurs avaient inclus au moins un patient en retournant à l'examineur principal au moins un couple de questionnaires dûment complété. On dénombrait 5 médecins qui, bien qu'ayant accepté d'être investigateurs, étaient perdus de vue et n'incluaient aucun patient.

2. Patients inclus et questionnaires exploitables

Un total de 235 couples de questionnaires vierges étaient distribués aux 18 médecins acceptant d'être investigateurs, soit une moyenne de 13,06 couples de questionnaires par médecin investigateur.

Les 13 médecins ayant retourné au moins un couple de questionnaire à l'investigateur principal incluaient 154 patients, soit une moyenne de 11,85 patients inclus par médecin investigateur. Parmi les 154 patients, 147 couples de questionnaires étaient récupérés complets, 3 étaient récupérés avec la partie « Médecin » seule, et 4 étaient récupérés avec la partie « Patient » seule.

Au total, 150 questionnaires « Médecin » et 151 questionnaires « Patient » étaient exploitables, dont 147 couples de questionnaires.

II. Caractéristiques des médecins généralistes investigateurs

Parmi les 13 médecins investigateurs, 5 étaient des hommes (38 %) et 8 étaient des femmes (62 %).

Ils exerçaient dans 9 communes différentes : Cuincy, Douai, Esquerchin, Flines-lez-Raches, Guesnain ($n = 2$), Lallaing ($n = 2$), Lambres-lez-Douai, Roost-Warendin et Sin-le-Noble ($n = 3$).

Ces médecins utilisaient 7 logiciels métiers différents : Almapro, Axi 5, Chorus ($n = 2$), Crossway ($n = 5$), Medicab ($n = 2$), Mediclick et Medistory.

III. Caractéristiques des patients

1. Age, genre, situation familiale, type de logement et aides à domicile

Les patients inclus étaient majoritairement âgés de 65 à 74 ans (69 %, $n = 104$), un quart d'entre eux avaient entre 75 et 84 ans (25 %, $n = 38$), et une minorité avaient entre 85 et 94 ans (6 %, $n = 9$).

On retrouvait 52% de femmes ($n = 79$) et 47% d'hommes ($n = 71$).

Une majorité des patients vivait en couple (72 %, $n = 109$). Les patients vivant seuls étaient répartis de la façon suivante : célibataire (5 %, $n = 8$), divorcé ou séparé (9 %, $n = 13$) et veuf ou veuve (14 %, $n = 21$).

Une grande majorité des patients vivait dans une maison (89 %, $n = 134$). Les autres déclaraient vivre en appartement ($n = 13$) ou dans un camping-car ($n = 2$).

Les patients qui déclaraient bénéficier d'aides à domicile étaient au nombre de 7 (4,6 %), répartis de la manière suivante : 4 patients bénéficiaient des services d'une aide-ménagère, 3 patients d'une aide à la toilette, et 1 patient de soins infirmiers quotidiens.

2. *Antécédents médicaux*

Les principaux antécédents médicaux des patients sont résumés dans le *Tableau 1*. Les antécédents les plus souvent rencontrés dans notre échantillon étaient les **pathologies cardiovasculaires** dont l'hypertension artérielle (109 patients, 73 %), les cardiopathies (31 patients, 21 %) et les accidents vasculaires cérébraux ou accident ischémiques transitoires (10 patients, 7 %), les **pathologies métaboliques** dont le diabète (41 patients, 27 %), la dyslipidémie ou stéatose hépatique (32 patients, 21 %), l'obésité (9 patients, 6 %) et les **pathologies cancéreuses** (22 patients, 15%). Un antécédent d'**exogénose chronique** n'était déclaré que chez 3 patients (2 %).

Tableau 1 : Synthèse des antécédents médicaux des patients

Antécédents		Nombre de patients
Cardiovasculaires	HTA	109
	Cardiopathie	31
	AVC/AIT	10
	AOMI	4
	Embolie pulmonaire	2
Métaboliques	Diabète	41
	Dyslipidémie/stéatose hépatique	32
	Dysthyroïdie	12
	Obésité	9
	Exogénose chronique	3
Cancers		22
Gastro-entérologiques		10
Uro-néphrologiques	HBP	9
	Insuffisance rénale chronique	7
	Colique néphrétique	4

Pneumologiques	SAOS	9
	Asthme	6
	BPCO	3
Neurologiques	Maladie de Parkinson	4
	Troubles cognitifs	1
	Épilepsie	1
Rhumatologiques	Arthrose	10
	Ostéoporose/ostéopénie	5
	Canal lombaire étroit	2
	Fibromyalgie	1
Psychiatriques	Anxiété – Dépression	7

3. Motifs de consultation

Dans près de trois quarts des cas, les patients consultaient leur médecin généraliste dans le cadre du **suivi d'une maladie chronique** (110 patients, 73 %). Le deuxième motif de consultation le plus représenté était la présence ou l'apparition d'une **douleur** (15 patients, 10 %) qu'elle soit orthopédique/rhumatologique (lombalgie, cervicalgie, douleur de hanche, d'épaule, de pied, de genou) ou abdominale. Les autres motifs de consultation des patients étaient les problèmes infectieux (4 patients, 2,5 %), la vaccination (6 patients, 4 %), ou d'autres motifs détaillés dans le *Tableau 2*.

Tableau 2 : Motifs de consultation des patients

Motifs de consultation	Nombre de patients
Suivi maladie chronique	110
Douleur	15
Arthrose	1
Cervicalgie	1
Douleur de hanche	1
Douleurs abdominales	3
Douleurs d'épaule	1
Douleurs de pied	1
Gonalgie	1
Lombalgie	5
Talalgie	1
Vaccination	6
Pb infectieux	4
Angine	1
Cystite	1
Laryngite	1
Sinusite	1
Résultat d'examen	3
Biologie	1
Scanner	1
Non connu	1
Autre motif	8
Chute	1
HBP	1
Hernie inguinale	1
Lichen vulvaire	1
Maladie professionnelle	1
Œdème des membres inférieurs	1
Plaie	1
Ulcère	1
Non connu	4

IV. Analyse de la consommation d'alcool supposée par le médecin généraliste

1. Est-ce noté dans le dossier ? Savez-vous où retrouver l'information ?

Dans 60% des cas, la consommation d'alcool des patients n'était pas notée dans le dossier médical. En revanche, les médecins généralistes déclaraient savoir où retrouver l'information dans 64% des cas. (Figures 3 et 4)

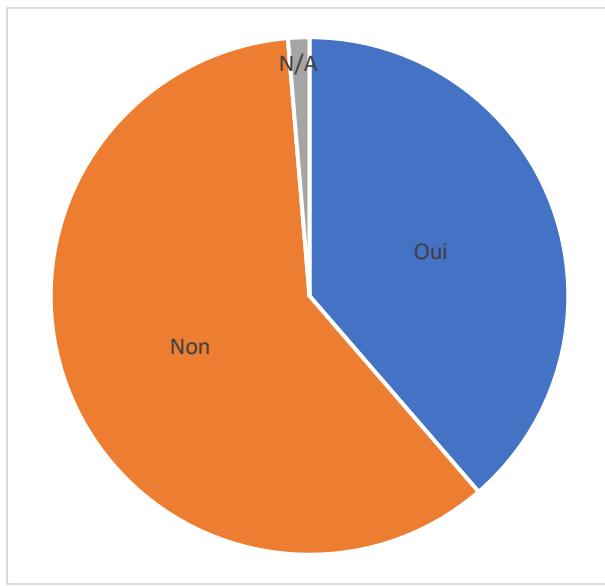


Figure 3 : Est-ce noté dans le dossier ?

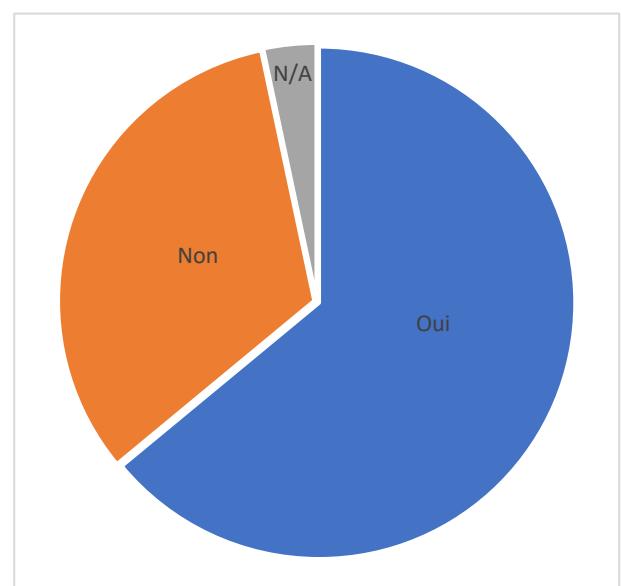


Figure 4 : Savez-vous où retrouver l'information ?

Lorsque l'on comparait, à l'aide d'un test du χ^2 , les réponses à ces deux questions avec le logiciel métier utilisé par le médecin, on retrouvait une différence significative ($p < 0,001$). (Tableaux 3 et 4)

Logiciel utilisé	Est-ce noté dans le dossier ?			
	N/A	Non	Oui	
Almapro	0	13	0	13
Axi 5	0	10	0	10
Chorus	2	15	3	20
Crossway	0	37	29	66
Medicab	0	11	10	21
Mediclick	0	0	10	10
Medistory	0	4	6	10
Total	2	90	58	150

Tests χ^2			
	Valeur	ddl	p
χ^2	50.5	12	<.001
N	150		

Tableau 3 : Test du χ^2 entre le logiciel métier utilisé, et les réponses à la question « Est-ce noté dans le dossier ? »

Logiciel utilisé	Savez-vous où retrouver l'information dans le dossier ?			
	N/A	Non	Oui	
Almapro	0	0	13	13
Axi 5	0	10	0	10
Chorus	1	1	18	20
Crossway	4	18	44	66
Medicab	0	10	11	21
Mediclick	0	0	10	10
Medistory	0	10	0	10
Total	5	49	96	150

Tests χ^2			
	Valeur	ddl	p
χ^2	65.8	12	<.001
N	150		

Tableau 4 : Test du χ^2 entre le logiciel métier utilisé, et les réponses à la question « Savez-vous où retrouver l'information ? »

Il n'y avait pas de différence significative entre l'information contenue dans le dossier médical et le fait d'être atteint ou non par une maladie chronique.

2. Quand avez-vous posé la question pour la dernière fois ?

A la question « A propos de la consommation d'alcool de votre patient, quand avez-vous posé la question pour la dernière fois ? », les médecins généralistes répondaient :

- Lors de la dernière consultation (9,3 %)
- Au cours des 6 derniers mois (20 %)
- Au cours des 12 derniers mois (22,7 %)
- Il y a plus de 12 mois (26 %)
- Je ne sais pas (22 %)

3. Fréquence estimée

Sur les 150 questionnaires « Médecin » exploitables, les médecins généralistes estimait que 13 patients (9 %) ne consommaient jamais d'alcool, 50 patients (34 %) en consommeraient une fois par mois ou moins, 41 patients (27 %) en consommeraient deux à quatre fois par mois, 23 patients (15 %) en consommeraient deux à trois fois par semaine, et 23 patients (15 %) en consommeraient au moins quatre fois par semaine (*Figure 5*).

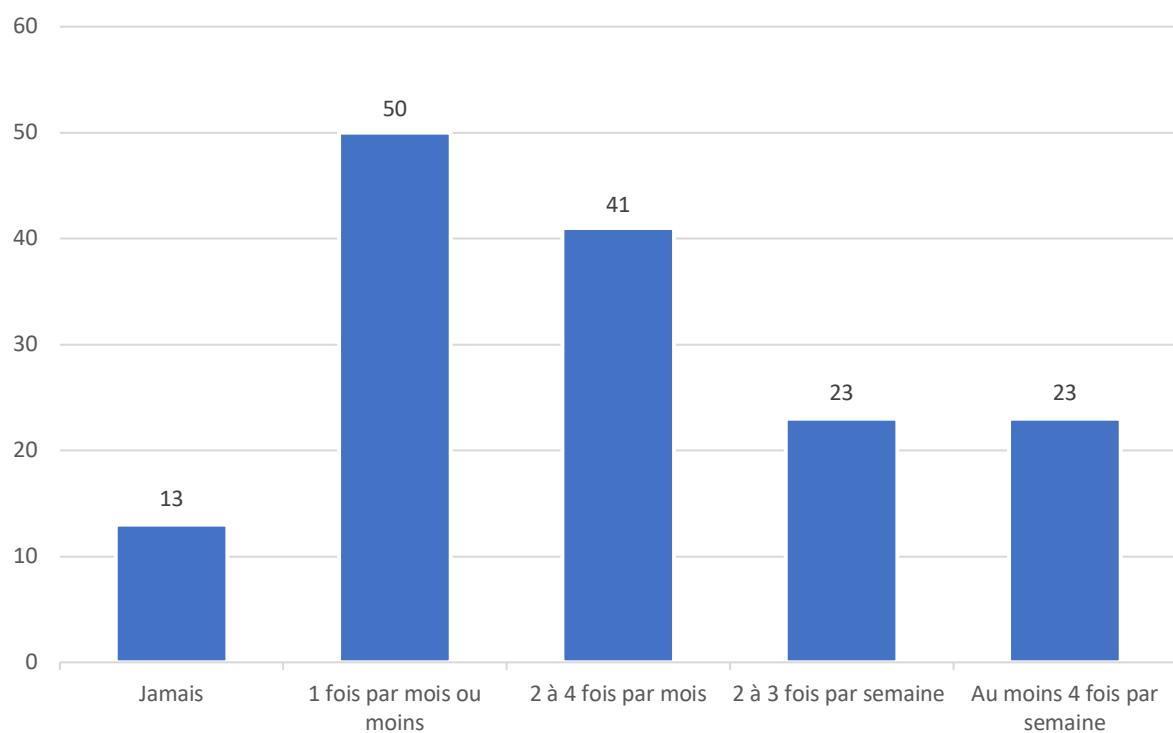


Figure 5 : Fréquence estimée, par les médecins généralistes, de la consommation d'alcool des patients

4. Quantités estimées

Les médecins généralistes estimaient qu'un tiers de leurs patients ($n = 99$) consommerait 1 ou 2 verres d'alcool les jours où ils en consomment (Figure 6). Un quart des patients ($n = 37$) ne consommerait aucun verre d'alcool.

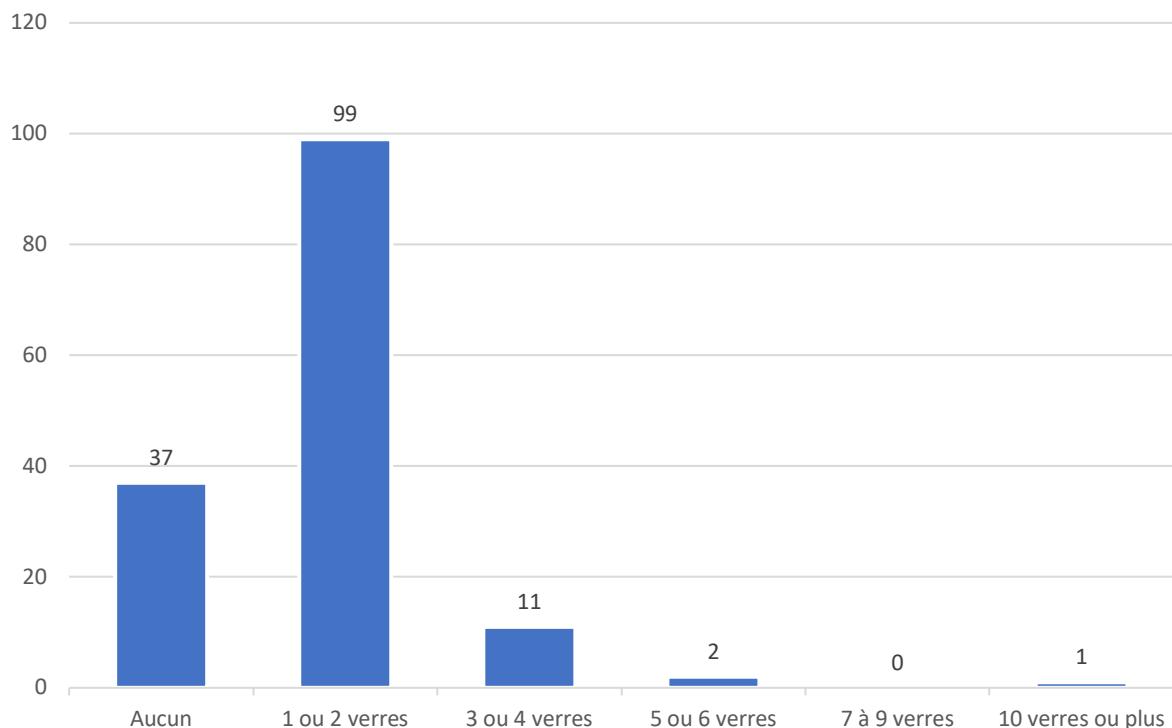


Figure 6 : Estimation, par les médecins généralistes, du nombre de verres d'alcool consommés par les patients

V. Analyse de la consommation d'alcool déclarée par les patients

1. Fréquence déclarée

Sur les 151 questionnaires « Patient » exploitables, 19 patients (13 %) déclaraient ne jamais consommer d'alcool, 34 patients (22 %) déclaraient en consommer une fois par mois ou moins, 46 patients (30 %) déclaraient en consommer deux à quatre fois par

mois, 21 patients (14 %) déclaraient en consommer deux à trois fois par semaine, et 31 patients (21 %) déclaraient en consommer au moins quatre fois par semaine (*Figure 7*).

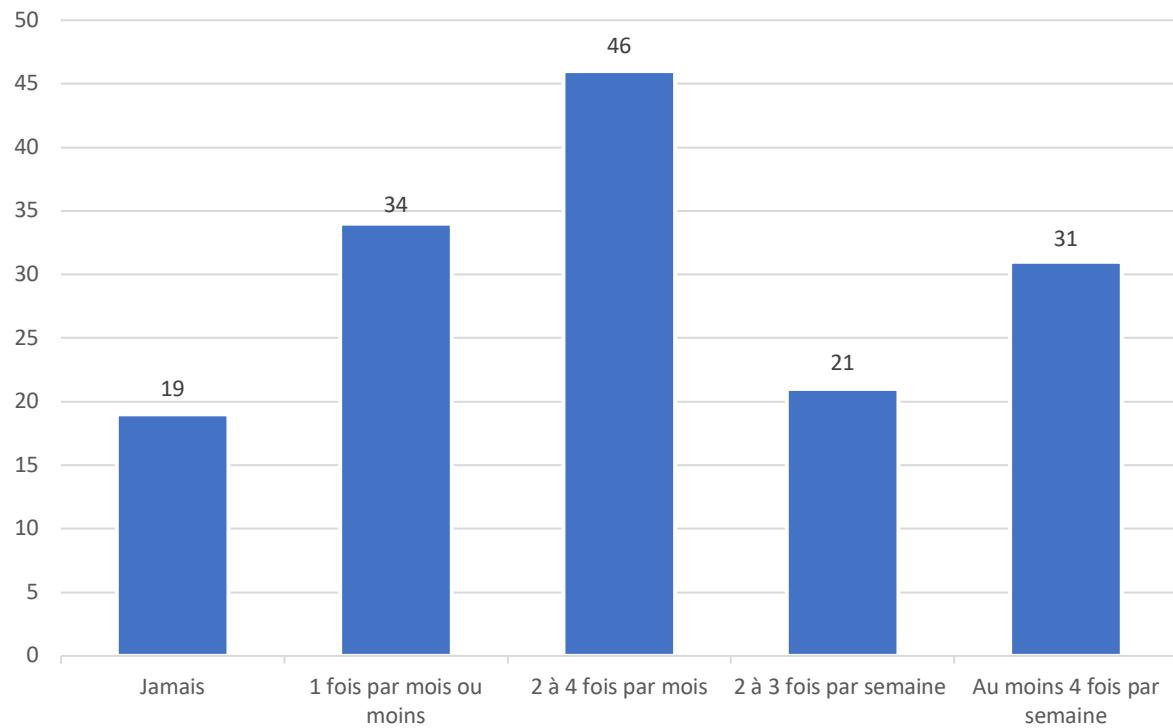


Figure 7 : Fréquence déclarée par les patients de leur consommation d'alcool

2. Quantités déclarées

Environ la moitié des patients ($n = 79$) déclaraient consommer un ou deux verres d'alcool, et 10 % ($n = 15$) déclaraient en consommer trois ou quatre (*Figure 8*). Un tiers des patients ($n = 51$) ne consommerait aucun verre d'alcool.

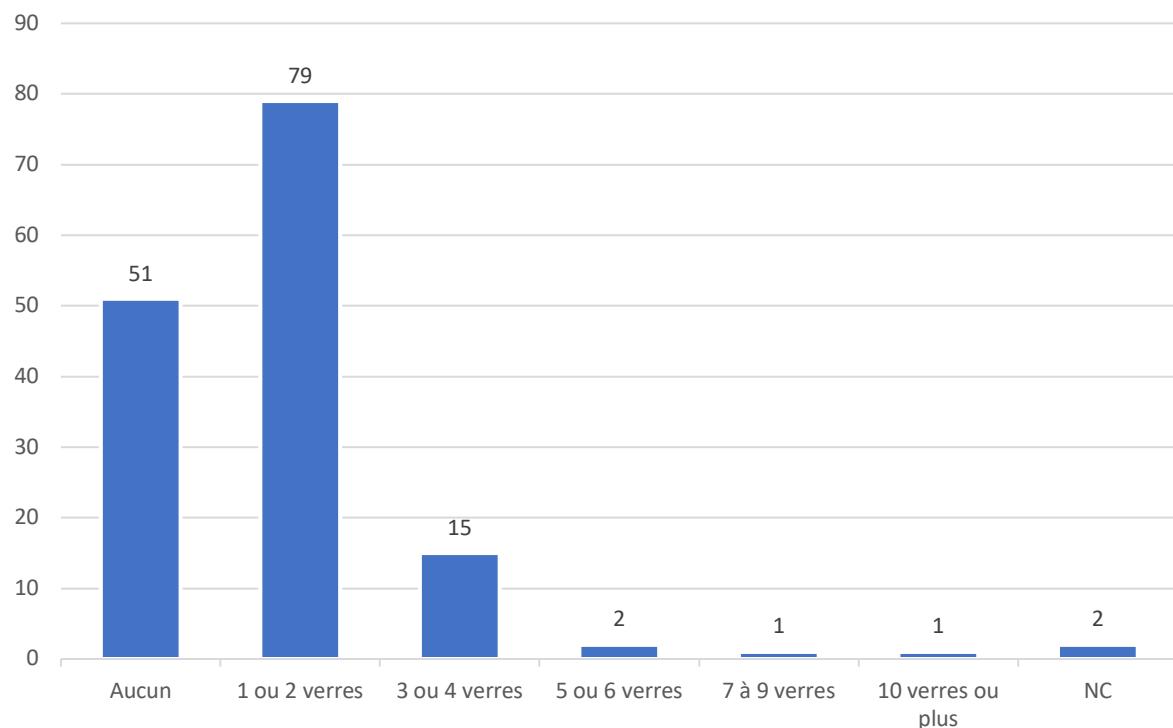


Figure 8 : Déclaration par les patients du nombre de verres d'alcool consommés

3. Fréquence de consommation d'au moins 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion

Les deux-tiers des patients déclaraient ne jamais consommer six verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion. 19% des patients déclaraient consommer au moins 6 verres d'alcool moins d'une fois par mois, et 3% d'entre eux déclaraient consommer au moins 6 verres quasiment tous les jours. (Figure 9)

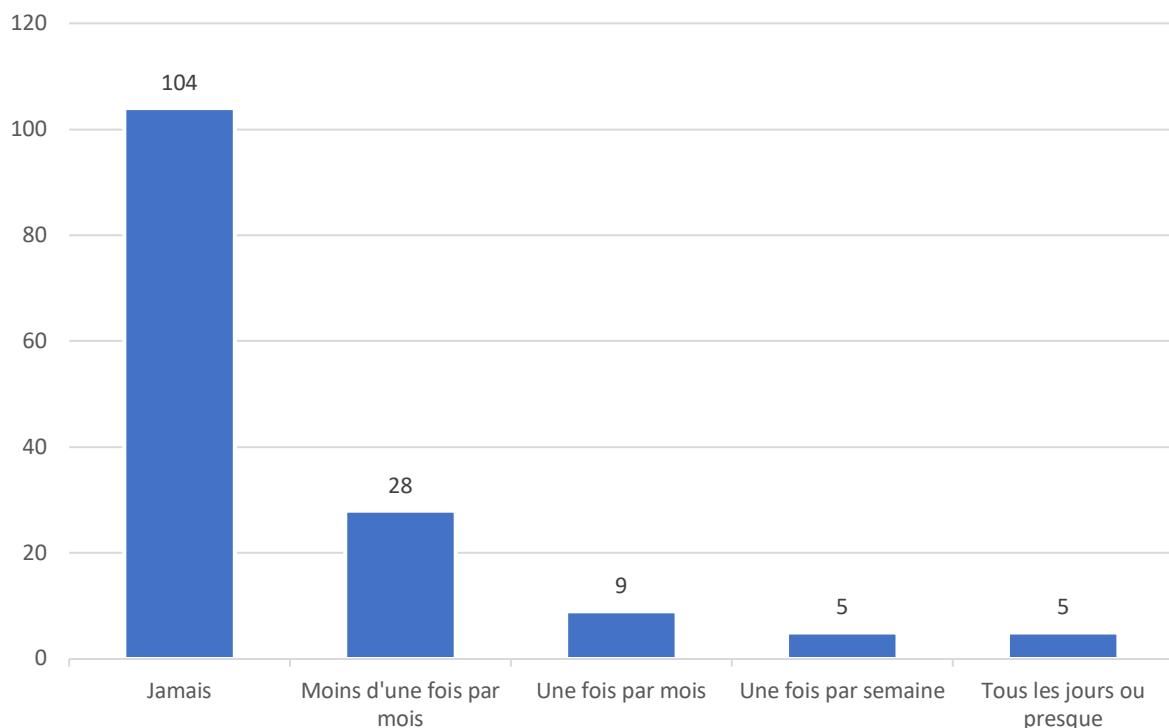


Figure 9 : Fréquence déclarée par les patients de consommation d'au moins 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion

VI. Comparaison entre la consommation d'alcool estimée par les médecins généralistes et la consommation d'alcool déclarée par les patients

1. Fréquence de consommation

Le test T de Student pour échantillons appariés ne montrait pas de différence significative entre la fréquence de consommation d'alcool estimée par les médecins généralistes, et la fréquence de consommation d'alcool déclarée par les patients ($p = 0,080$).

2. Nombres de verres consommés

Le test T de Student pour échantillons appariés ne montrait pas de différence significative entre le nombre estimé et le nombre déclaré de verres d'alcool consommés par les patients ($p = 0,584$).

3. Consommation annuelle

Une estimation de la consommation annuelle du nombre de verres d'alcool était calculée en multipliant le nombre de verres consommés par la fréquence mensuelle de consommation d'alcool.

Le test T de Student pour échantillons appariés ne montrait pas de différence significative entre la consommation d'alcool annuelle estimée par le médecin généraliste et la consommation d'alcool annuelle déclarée par les patients ($p = 0,104$).

4. Concordance de l'estimation et de la déclaration de la consommation d'alcool pour un patient donné

Parmi les 147 couples de questionnaires complets, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le nombre d'estimations exactes ($n = 52$), le nombre de sous-estimations ($n = 49$) et le nombre de surestimations ($n = 46$) de la consommation d'alcool d'un patient par le médecin généraliste.

On retrouvait un effet centre avec une différence significative ($p = 0,040$) entre les médecins généralistes (Tableau 5). Il existait également une différence significative

($p = 0,042$) entre la concordance de l'estimation de consommation d'alcool, et la réponse à la question « Est-ce noté dans le dossier ? » (Tableau 6).

Centre N°	Taux de concordance				Tests χ^2
	Estimation correcte	Sous estimation	Surestimation	Total	
1	4	4	6	14	
2	5	3	7	15	
3	2	5	3	10	
5	7	0	3	10	
6	5	2	3	10	
8	1	2	3	6	
9	10	3	2	15	
12	4	6	0	10	
13	2	4	5	11	
15	3	1	5	9	
16	4	4	2	10	
17	3	7	4	14	
18	2	8	3	13	
Total	52	49	46	147	
					Valeur ddl p
					χ^2 37.4 24 0.040
					N 147

Tableau 5 : Test du χ^2 entre le taux de concordance de la consommation d'alcool estimée/déclarée et les différents médecins généralistes investigateurs

Est ce noté dans le dossier ?	Taux de concordance				Total
	Estimation correcte	Sous estimation	Surestimation		
Non	Observé	24	36	28	88
	Attendu	31.129	29.333	27.537	88.00
Oui	Observé	28	12	17	57
	Attendu	20.163	19.000	17.837	57.00
N/A	Observé	0	1	1	2
	Attendu	0.707	0.667	0.626	2.00
Total	Observé	52	49	46	147
	Attendu	52.000	49.000	46.000	147.00

Tests χ^2			
	Valeur	ddl	p
χ^2	9.92	4	0.042
N	147		

Tableau 6 : Test du χ^2 entre le taux de concordance de consommation d'alcool estimée/déclarée et les réponses à la question « Est-ce noté dans le dossier ? »

VII. Analyse de la consommation d'alcool déclarée en sous-groupes

1. Selon l'âge

La différence de fréquence de consommation d'alcool n'était pas significativement différente en fonction de l'âge des patients ($p = 0,081$).

2. Selon le genre

On retrouvait une différence significative ($p < 0,001$) de fréquence de consommation d'alcool entre les hommes et les femmes. Les hommes déclaraient consommer de l'alcool plus fréquemment que les femmes.

3. Selon la situation familiale

On retrouvait une différence significative ($p = 0,043$) de fréquence de consommation d'alcool selon la situation familiale des patients : les patients vivant en couple consommaient plus fréquemment d'alcool que les patients vivants seuls (célibataires, veufs ou veuves, séparés ou divorcés).

4. Selon les antécédents médicaux

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative de fréquence de consommation d'alcool en fonction des antécédents médicaux des patients :

- Pas de différence significative entre les patients diabétiques ou non ($p = 0,998$)
- Pas de différence significative entre les patients dyslipidémiques ou non ($p = 0,564$)
- Pas de différence significative entre les patients hypertendus ou non ($p = 0,084$)
- Pas de différence significative entre les patients atteints d'un cancer ou non ($p = 0,943$)
- Pas de différence significative entre les patients dépressifs ou non ($p = 0,058$)

VIII. Interprétation du questionnaire AUDIT-C et risque de mésusage

Il était mis en évidence que 15 % des femmes ($n = 12$) obtenaient un score supérieur à 3, et que 32 % des hommes ($n = 23$) obtenaient un score supérieur à 4 au questionnaire AUDIT-C. Le test du χ^2 mettait en évidence une différence significative ($p = 0,013$) par rapport à la consommation d'alcool à risque de mésusage entre les hommes et les femmes (*Tableau 7*).

Genre	Risque de mésusage ?			Tests χ^2		
	NON	OUI	Total	Valeur	ddl	p
Féminin	67	12	79	χ^2	6.19	1
Masculin	48	23	71	N	150	0.013
Total	115	35	150			

Tableau 7 : Test du χ^2 évaluant le lien entre le genre et le risque de mésusage de l'alcool

Discussion

I. Objectif principal

1. Optimiser le repérage de la consommation d'alcool

En utilisant le questionnaire AUDIT-C, cette étude n'a pas réussi à établir de corrélation entre l'estimation, par les médecins généralistes, et la déclaration, par les patients eux-mêmes, de leur consommation d'alcool.

Du côté des médecins, environ deux tiers d'entre eux disent savoir où retrouver la consommation d'alcool de leurs patients. Mais seulement un tiers d'entre eux déclarent avoir enregistré cette information dans le dossier médical. On peut donc se poser la question de savoir où est cette information ? A postériori, il aurait été intéressant de poser cette question ouverte dans le questionnaire, car il semble impossible que chaque médecin soit capable de se souvenir de tous les détails du mode de vie de ses patients.

Ce faible taux de remplissage des dossiers médicaux vis-à-vis de l'alcool est tout de même supérieur au taux de remplissage de 11,22 % retrouvé par une autre étude française menée dans le Puy-de-Dôme¹⁸. Une étude parisienne s'était intéressée au taux de remplissage des dossiers médicaux suite à une formation couplée à un audit sur les pratiques préventives en soins primaires. Le taux de remplissage de l'item « consommation d'alcool » avait été significativement augmenté entre le début et la fin de leur étude, passant de 55 à 73,1 %¹⁹.

Dans notre étude, les médecins généralistes identifiaient correctement la consommation d'alcool de leurs patients dans 35 % des cas. Cette bonne identification

était statistiquement associée au remplissage du dossier médical. Mais la consommation d'alcool des patients atteints de maladies chroniques n'était pas mieux renseignée dans les dossiers médicaux, ce qui suggère que le sujet de l'alcool n'est pas plus souvent abordé chez ces patients par rapport aux patients indemnes de maladies chroniques.

Il pourrait être intéressant de renforcer les formations spécifiques à l'utilisation du logiciel métier, par les éditeurs, pour optimiser le remplissage du dossier médical pour les médecins généralistes afin de le rendre plus systématique, et ainsi optimiser le repérage des consommations.

2. *Freins au repérage de la consommation d'alcool*

Du point de vue des patients, discuter des consommations à risque relève du rôle du médecin généraliste. Ils ne déclarent pas avoir de freins à parler d'alcool, n'ont pas honte de parler du sujet, et disent avoir confiance en leur médecin généraliste dans ce domaine^{20,21}. A l'inverse, les médecins rapportent une méconnaissance du sujet²², ce qui freineraient leur repérage pour éviter le sujet.

Les outils d'aide au repérage des consommations à risque, notamment ceux centrés sur l'alcool, sont peu connus et peu utilisés malgré une utilisation recommandée par la HAS²². Les médecins généralistes donnent la priorité à l'entretien libre. Donc plus un outil sera simple et court, plus il sera facilement mémorisable et pourra être incorporé dans une discussion avec un patient. Un travail récent s'est efforcé de traduire en français une question unique comme outil de repérage, en soins primaires, des consommations d'alcool à risque, ce qui pourrait augmenter son acceptabilité et

majorer le taux de repérage systématique de la consommation d'alcool par les médecins généralistes²³.

En 2013, une étude britannique mettait en évidence que le taux de personnes dépistées pour une consommation excessive d'alcool était supérieur en cas d'incitation financière²⁴. Mais en France, la tarification à l'acte ne valorise pas les actes de préventions qui sont également chronophages, ce qui n'incite pas les médecins généralistes à les réaliser.

On pourrait proposer que le repérage systématique des consommations à risque soit réalisé régulièrement par des assistants médicaux lors de consultations dédiées à la prévention et au dépistage. Cela permettrait de libérer du temps aux médecins généralistes, et d'inciter les médecins généralistes à répéter leurs interventions brèves auprès des consommateurs déjà identifiés comme étant à risque.

3. Mettre en place des interventions brèves

Plusieurs études, dont une méta-analyse publiée dans la revue *Cochrane*²⁵, ont montré l'efficacité de l'intervention brève chez les consommateurs excessifs, avec une réduction de la consommation déclarée d'alcool. Mais il existe de très nombreux freins à la mise en place de ces interventions brèves dans les cabinets de médecine générale.

Cet entretien, que l'on nomme à tort « intervention brève », est chronophage car il durerait en réalité entre 10 et 45 minutes⁸. Cela le rend difficile à mettre en place en pratique courante où le temps prévu par consultation n'est en général que de 15 à 20 minutes, et que l'alcool n'est que très rarement le motif de consultation du patient. Les

médecins généralistes rapportaient qu'il était difficile d'aborder le sujet de l'alcool chez les patients se présentant en consultation avec une plainte sans aucun rapport, car trop éloigné de la prise en charge centrée-patient²⁶. Ils déclaraient également avoir trop de dépistages ou repérages à faire en soins primaires. Ce que confirment des médecins américains, qui ont calculé que pour pouvoir appliquer toutes les recommandations de prévention dont ils ont la charge, il faudrait qu'ils y consacrent 85 % de leur temps²⁷. En 2016, une étude a montré la non-infériorité de l'efficacité d'une intervention brève faite par internet *versus* une intervention brève faite en entretien face à face²⁸. Cela pourrait faciliter la réalisation de l'intervention brève par les médecins généralistes.

4. *Aller vers un changement de comportement en termes de consommation d'alcool*

Chez les consommateurs à risque, le but des interventions brèves est de les amener à changer leurs habitudes de consommations d'alcool, en allant vers la réduction de la consommation. Pour cela, il est possible d'utiliser des outils qui ont prouvé leur efficacité comme l'éducation thérapeutique ou l'entretien motivationnel. Cependant, notre étude ne retrouvait pas de différence de consommation d'alcool entre les patients atteints d'une maladie chronique, et ceux qui en sont indemnes. Ces outils sont vraisemblablement sous-utilisés en pratique clinique, peut-être parce qu'ils sont chronophages et peu rémunérés, ou peut-être en raison d'un manque de formation des médecins généralistes.

Très récemment, le Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD) a imaginé et publié un guide pratique d'évaluation de sa consommation d'alcool intitulé « Alcool :

connaitre ses limites ». Ce guide peut être utilisé seul ou avec un professionnel de santé. Son but est d'informer les consommateurs d'alcool, de les amener à prendre conscience du niveau de leur propre consommation et de ses conséquences, et d'y trouver des conseils et outils pour les aider à changer leurs consommations²⁹.

II. Forces et faiblesses de l'étude

1. Manque de puissance

Sur certaines données, le manque de puissance de l'étude aurait peut-être amené à davantage de différences significatives. Il est possible que la différence entre la consommation d'alcool estimée par les médecins généralistes et la consommation d'alcool déclarée par les patients soit réelle, suggérant que les médecins ne connaissent pas la consommation d'alcool réelle de leurs patients.

2. Biais déclaratifs

Pour minimiser les biais déclaratifs, nous avons choisi de mettre en place une double déclaration à l'aide de questionnaires papiers et d'isoler les patients de leur médecin en mettant à leur disposition un lieu dédié pour répondre à l'enquête. En effet, plusieurs études ont montré que les patients déclaraient une consommation d'alcool plus importante via des questionnaires confidentiels que lors d'entretiens en face à face³⁰,
³¹.

Cependant, malgré cette méthode, nous avons observé des incohérences dans les réponses, telles que des déclarations contradictoires comme "Je consomme de l'alcool

plusieurs fois par an" et "Je ne consomme aucun verre d'alcool", ce qui complique l'établissement d'une estimation précise de la consommation annuelle réelle du patient. L'utilisation du questionnaire AUDIT-C en consultation, donc à l'oral, est plus pertinente car le médecin pourrait identifier immédiatement les incohérences, et reformuler les questions pour obtenir des réponses plus précises de la part du patient.

3. Biais liés à la représentation de l'alcool

Afin de contrer les tendances des patients à minimiser leur consommation d'alcool, nous avons inclus une image dans le questionnaire « Patient » représentant les différents types d'alcool ainsi que les quantités correspondantes équivalentes à un verre standard. Cette mesure visait à atténuer les biais liés à la représentation individuelle de l'alcool.

En France, l'alcool est omniprésent et a une représentation conviviale et festive²¹. En revanche, la consommation excessive d'alcool, que la société nomme « alcoolisme », a une connotation très péjorative et est vue comme un aveu de misère sociale, morale et de précarité³².

Nous pouvons également souligner qu'au siècle dernier, de nombreuses affiches publicitaires mettaient en scène des personnes âgées qui consommaient de l'alcool et en vantaient les bienfaits tels que « prolonger la vie » ou « devenir un robuste vieillard »³³. C'est dans ce contexte socio-culturel que les personnes âgées actuelles ont grandi et dans lequel elles se sont construites.

Une étude parisienne s'est récemment intéressée aux variables médico-sociales de la consommation d'alcool des personnes de plus de 75 ans³⁴. Comme dans notre

échantillon, cette étude mettait en évidence une association significative entre la vie en couple et une fréquence plus importante de consommation de boissons contenant de l'alcool par rapport aux personnes vivant seules. D'autres études comme celle de Kelly et al. mettent en évidence que la consommation d'alcool est étroitement liée à la vie sociale et aux moments de plaisir³⁵.

Notre étude retrouve une différence de déclaration de consommation d'alcool entre les hommes et les femmes qui n'est pas nouvelle. Les stéréotypes de la femme au foyer et de l'homme en pilier de bar sont encore bien présents, raison pour laquelle l'alcoolisme féminin est décrit comme caché, culpabilisé, honteux, solitaire alors que l'alcoolisme masculin est perçu comme convivial et festif³².

Le vieillissement est lié à une consommation d'alcool réduite²⁶, mais certaines études ont mis en évidence un lien entre la retraite et la consommation d'alcool. D'après l'étude de Zins et al., la retraite est une période de transition où l'on peut observer une augmentation temporaire de la consommation d'alcool³⁶. Cette étude montrait une augmentation des quantités d'alcool consommées autour de la période de la retraite, puis une diminution avec retour aux consommations antérieures. Cette modification du mode de vie pouvait s'expliquer par l'augmentation du temps libre des jeunes retraités en bonne santé, donc une augmentation du nombre d'occasions de boire, le tout associé avec une diminution des contraintes liées au fait de devoir travailler le lendemain. Notre étude ne permettait pas d'étudier l'impact de la retraite sur la consommation d'alcool, et les résultats de l'étude de Zins et al. sont à nuancer car leur population était plus jeune avec un âge de la retraite situé entre 55 et 60 ans.

III. Concordance avec la littérature

Notre échantillon de personnes âgées de plus de 65 ans était dans l'ensemble plus jeune que la population des personnes âgées des Hauts-de-France telle que décrite par l'INSEE en 2021³⁷. Nous avons constaté une proportion inférieure de personnes âgées de plus de 85 ans par rapport à la population générale. Cela s'explique probablement par le fait que les participants à notre étude étaient des patients en bon état général, capable de se rendre au cabinet médical pour leur consultation.

Cette observation pourrait également rendre compte de la faible proportion de patients ayant recours à des aides à domicile dans notre échantillon. En effet, il est probable que les patients les plus dépendants, qui sont souvent vus en visite à domicile ou résidants en EHPAD, n'aient pas été inclus par les médecins investigateurs pour des raisons pratiques (telles que l'évitement de la gestion des questionnaires hors du cabinet), organisationnelles (comme le retour des questionnaires lorsque le médecin investigator n'est plus sur place) ou physiques (notamment des difficultés à remplir les questionnaires).

D'après l'étude ESTEBAN de Santé Publique France, la prévalence de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées de plus de 65 à 74 ans en France est de 67,8 %³⁸, ce qui est comparable avec la prévalence de l'hypertension artérielle dans notre population.

D'après Santé Publique France, la prévalence du diabète chez les personnes âgées de plus de 65 ans dans le département du Nord était de 17 % en 2013³⁹, ce qui est moins que dans notre échantillon. Les personnes atteintes de maladies chroniques consultant plus régulièrement leur médecin que les personnes non malades, il est

possible que la prévalence du diabète, et des maladies chroniques en général, soit surestimée dans notre échantillon par rapport à la population générale de plus de 65 ans.

IV. Quels sont les facteurs amenant à un meilleur repérage ?

1. Rôle de la formation initiale

Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 recommande de développer un socle minimal de formation sur les conduites addictives pour les étudiants de 3^{ème} cycle de médecine générale⁴⁰. Il existerait un lien entre la présence d'un enseignement addictologique obligatoire et un niveau plus élevé des connaissances en addictologie des étudiants de 3^{ème} cycle de médecine générale⁴⁰.

Une étude normande s'est attelée à l'élaboration d'un consensus sur les compétences addictologiques minimales à acquérir en 3^{ème} cycle de médecine générale pour l'alcool, afin de définir des objectifs prioritaires dans la formation initiale des internes⁴¹.

A propos des rôles attribuables aux médecins généralistes, parmi les 32 items retenus, on retrouve :

- Nommer avec précision le type d'usage que les patients font de l'alcool (usage, mésusage, trouble de l'usage) ;
- Réaliser une intervention brève ;
- Mener un entretien motivationnel ;
- Délivrer les conseils de réduction des risques liés à l'usage de l'alcool.

Par rapport aux objectifs de formation des internes, parmi les 41 items retenus, on retrouve :

- Enseigner les spécificités du dépistage pour certains terrains (adolescent, femme enceinte ou ayant un projet de grossesse, sujet âgé) ;
- Enseigner l'utilisation de l'outil standard FACE pour le repérage ;
- Enseigner l'utilisation de l'outil standard AUDIT-C pour le repérage ;
- Un médecin généraliste doit savoir mener un entretien motivationnel à l'issue de sa formation initiale.

Cette étude a également formulé 10 messages clés à faire passer aux étudiants, parmi lesquels se trouve en 2^{ème} position : « Le repérage doit être systématique, c'est-à-dire évoqué chez tous les patients ».

2. Logiciels métier

Notre étude montre que le remplissage du dossier médical favorise une évaluation plus adaptée de la consommation d'alcool.

Comme dans d'autres études, notre étude retrouvait des différences significatives entre le logiciel métier utilisé et les informations consignées dans le dossier médical¹⁸. L'ergonomie du logiciel, sa fluidité et sa facilité d'utilisation sont une aide au maintien d'une tenue correcte des dossiers médicaux. Le niveau de formation du médecin à l'utilisation de son logiciel a également un impact sur la manière dont il va l'exploiter et l'utiliser durant ses consultations.

En ce qui concerne l'intégration des indicateurs de la ROSP dans les logiciels médicaux, cela dépend généralement du logiciel spécifique utilisé par le médecin. Les professionnels de santé doivent être en mesure d'accéder facilement aux informations nécessaires pour évaluer leur conformité aux critères de la ROSP. Ainsi, il est recommandé que les logiciels médicaux prennent en compte les indicateurs de la ROSP afin de faciliter le suivi et la déclaration des interventions du médecin, contribuant ainsi à l'obtention de la rémunération associée.

3. Indicateurs ROSP

En France, la ROSP est une incitation financière destinée à encourager les médecins à atteindre certains objectifs de santé publique. Les indicateurs de la ROSP sont liés à la qualité des pratiques professionnelles et à l'efficience des soins.

En médecine générale, il existe un indicateur ROSP déclaratif intitulé « Part des patients “médecin traitant” consommateurs excessifs d’alcool ayant fait l’objet d’une intervention brève telle que décrite par l’outil HAS et enregistrée dans le dossier médical ». Selon la Haute Autorité de Santé, une intervention brève en alcoologie doit durer moins de 5 minutes, et a pour but d’engager la discussion et de renforcer le lien de confiance entre le médecin et le patient⁴². Cette intervention doit permettre de recueillir la consommation déclarée de la substance, d’informer le patient des conséquences potentielles de cette consommation, et de lui demander s’il envisage de changer ses habitudes.

Pour bénéficier de cette ROSP, le médecin généraliste devrait donc identifier tous les ans les consommateurs excessifs d’alcool de sa patientèle. Cette proportion de

consommateurs excessifs d'alcool est probablement sous-estimée puisque près de la moitié des médecins généralistes admettent ne pas savoir quand ils ont fait ce dépistage, ou que le dernier dépistage date d'il y a plus de 12 mois.

Conclusion

Pour être amené à mieux repérer la consommation d'alcool des patients, une amélioration de la formation initiale en addictologie des étudiants en 3^{ème} cycle de médecine générale serait bénéfique. Il faudrait également modifier les logiciels métier pour y intégrer systématiquement des indicateurs de la consommation d'alcool, au même titre que les indicateurs de la mesure de la tension artérielle ou du tabac.

En termes de projet de soins, des actions pour la mise en place du repérage systématique de la consommation d'alcool pourraient être développées au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. Et une fois le repérage et l'identification de la consommation d'alcool faits, il serait bénéfique de développer l'éducation thérapeutique en soins primaires dans les territoires, en parallèle des actions mises en place à l'hôpital.

Différentes études décrivent que les patients n'ont pas de gêne à parler d'alcool avec leur médecin, mais qu'ils attendent que ce soit le médecin qui ouvre le dialogue à ce sujet. Or on sait que les médecins abordent peu le sujet de l'alcool qui est considéré comme un tabou. Les praticiens ont peur d'en parler, peur de froisser leurs patients et peur d'apparaître comme étant dans le jugement. Les praticiens consomment eux-mêmes de l'alcool, et cette consommation peut être trop élevée par rapport aux recommandations. Il pourrait donc être intéressant d'identifier la consommation des médecins généralistes et de la comparer avec leurs facilités ou freins à parler d'alcool avec les patients.

Références bibliographiques

1. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):89-97. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html
2. Société Française d'Alcoologie. « Recommandation de bonne pratique – Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement », 2015, version actualisée le 05 Juin 2023. <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2-2.pdf>.
3. Gordon R, Heim D, MacAskill S. Rethinking drinking cultures: a review of drinking cultures and a reconstructed dimensional approach. Public Health 2012;126:3-11.
4. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):97-108. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html
5. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 2013;23(4):588-93.
6. American Geriatric Society. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. 2003.
7. Groupe de travail de la SFA et de la SFGG. « Personnes âgées et consommation d'alcool - Recommandations 2013 » Alcoologie et Addictologie 2014;36(1):61-72. https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/SFA_R2013-SeniorsTC.pdf?_rt=MXwxfHBlcnNvbm5lcyBhZ8OpZXN8MTcxMjkxNDY4Ng&_rt_nonce=722693bcad
8. Huas D, Rueff B. « Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? » Exercer 2010;90:20-23.
9. Circulaire DGS/SD6Bn°2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. Bulletin officiel du ministère chargé de la Santé 2006;11:121-6.
10. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les pratiques addictives. « Plan National de Mobilisation Contre les Addictions 2018-2022 », https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf.
11. Bertholet N, Daepen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2005;165:986-95.
12. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. Drug Alcohol Rev 2009;28:301-23.
13. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effect on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. Addiction 2004;99:839-45.
14. Canoui-Poitrine F, Mouquet MC, Com-Ruelle L. Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins. Études et résultats 2005;405:1-12.
15. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Rev Epidemiol Santé Publique 2011;59(5):285-94.

16. Gallois P, Emeriaud P, Charpentier JM. Le problème « alcool » en médecine générale. 2301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. Médecine 2006;7(2):320-4.
17. Bradley KA, De Benedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. Alcohol Clin Exp Res 2007;31(7):1208-17.
18. Blanquet M, Malaval J, Campagne C, Gerbaud L, Llorca P.M, Noirfalise C. Mésusage de l'alcool : un dépistage inexistant. Etude observationnelle de l'activité de prévention de médecins généralistes. Alcoologie et Addictologie 2011;33(3):215-225.
19. Gelly J, Seif A, Chandemerle C, Le Bel J, Lepoutre B, Nougairède M. Étude de l'impact sur le taux de remplissage des dossiers médicaux d'une formation couplée à un audit clinique sur les pratiques préventives en soins primaires. Exercer 2010;93:98-103.
20. Phan, T., J. Yana, J. Fabre, L. Yana, V. Renard, et E. Ferrat. « Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes : enquête auprès de patients en soins premiers ». Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 68, n° 4 (1 août 2020): 215-25. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.06.003>.
21. Maynié-François C, Dupouy J, et le Conseil scientifique du Collège national des généralistes enseignants. Prendre en charge un patient ayant un trouble de l'usage de l'alcool en médecine générale. Exercer 2019;152:175-81.
22. Scharli N, Maynié-François C. Utilisation des outils de repérage et d'évaluation des consommations à risque d'alcool, tabac et cannabis en médecine générale. Exercer 2021;170:60-5.
23. Analyse et commentaires de Besnier M et Le Goff D. D'après une communication de Vaccaro S. Traduction et validation en français d'une question unique comme outil de dépistage des consommations à risque d'alcool en soins primaires. Exercer 2023;193:203-3.
24. Analyse et commentaires de Ramond-Roquin A. et Räber C. D'après une communication de O'Donnell A, Haughton K, Chappel D, Schevills C, Kaner E. Les données collectées en routine peuvent-elles contribuer à évaluer la mise en place du dépistage et de l'intervention brève pour la consommation d'alcool en soins primaires ? Exercer 2013;110(suppl 3):88S-9S.
25. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858. CD004148.pub3.
26. Berkhout C, Rizzioli N, Messaadi N, Cunin M, Cottencin O. Consommation nocive d'alcool et usage de tranquillisants. Dépistage et intervention brève en médecine générale. Exercer 2015;117:4-12.
27. Yarnall K, Pollak K, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health 2003; 93:635-41.
28. Analyse et commentaires de Vaillant-Roussel H. D'après une communication de P. Wallace, P. Struzzo, R. Della Vedova, et al. Résultats préliminaires d'une étude randomisée contrôlée de non-infériorité en soins primaires sur un accès facilité à une intervention brève sur l'alcool via Internet. Exercer 2016;124(suppl 1):S30-S31.
29. Réseau de prévention des addictions. « Alcool : Connaître ses limites. Guide pratique d'évaluation de sa consommation d'alcool ». Avril 2024

30. Gmel G. The effect of mode of data collection and of non-response on reported alcohol consumption: a split-sample study in Switzerland. *Addiction* 2000; 95:123–134.
31. Kraus L, Augustin R. Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction* 2001; 96: 459–471.
32. Taschini E, Urdapilleta I, Verlhac JF, Tavani JL. Représentations sociales de l'alcoolisme féminin et masculin en fonction des pratiques de consommation d'alcool. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2015 ; 3 (107):435-461. <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2015-3-page-435.htm>
33. Menecier P, Rezard R. Représentations de l'usage d'alcool par des aînés dans la publicité de la première moitié du XXe siècle. *Psychotropes* 2016 ; 22 : 49-89. <https://doi.org/10.3917/psyt.221.0049>.
34. Azorin F. « Consommation d'alcool et variables médico-sociales après 75ans ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 24, n°139 (1 février 2024) : 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2023.05.004>.
35. Kelly S, Olanrewaju O, Cowan A. Alcohol and older people: a systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. *PLoS One* 2018;13(1):e0191189.
36. Zins M, Guéguen A, Kivimaki M, Singh-Manoux A, Leclerc A, Vahtera J, et al. Effet de la retraite sur la consommation d'alcool : preuves longitudinales de l'étude de cohorte française Gazel. *PLoS ONE* 2011 ; 6(10) : e26531. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026531>
37. INSEE. « Pyramide des âges ». Consulté le 19 mars 2024. <https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5014911/pyramide>.
38. Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* du 24 avril 2018, n°10.
39. Santé Publique France. Prévalence et incidence du diabète. Consulté le 14 mars 2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete>.
40. Djengué A, Pham AD, Kowalski V, Burri C. L'alcoologie et les futurs médecins généralistes français. *Psychotropes* 2017;23:89-109.
41. Leclerc A, Leforestier P, Cabé N. Élaboration d'un consensus sur les compétences addictologiques minimales à acquérir en 3e cycle de médecine générale pour l'alcool et le tabac. *Exercer* 2023;189:39-46.
42. Haute Autorité de Santé. Repérer précocement, intervenir et suivre les consommations addictives. Consulté le 25 mars 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2005216/fr/reperer-precocement-intervenir-et-suivre-les-consommations-addictives.

Annexes

Annexe 1 : Accord de la CNIL



Direction
Données personnelles
et archives

RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Évaluation par le médecin généraliste, de la consommation d'alcool chez les patients de plus de 65 ans
Référence Registre DPO : 2021-92
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme Céline BAYART – M. le Dr Marc BAYEN

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 16 avril 2021

Délégué à la Protection des Données



Direction Données personnelles et archives
42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr

Questionnaire Médecin

Patient n°.....

Commune d'exercice :

Logiciel utilisé au cabinet :

Quel est le motif de consultation du patient ?

Quels sont ses ATCD médicaux principaux ?

.....
.....
.....

A propos de la consommation d'alcool de votre patient :

→ Est-ce noté dans le dossier ?

Oui Non

→ Savez-vous précisément où retrouver cette information dans le dossier médical du patient ?

Oui Non

→ Quand avez-vous posé la question la dernière fois ?

Lors de la dernière consultation

Au cours des 6 derniers mois

Au cours des 12 derniers mois

Il y a plus de 12 mois

Ne sait pas

→ A combien estimatez-vous la consommation d'alcool de votre patient ?

× Fréquence : Jamais 1 fois par mois ou moins 2 à 4 fois par mois
 2 à 3 fois par semaine Au moins 4 fois par semaine

× Nombre de verres consommés au cours d'une journée ordinaire où il consomme de l'alcool : Aucun 1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6
 7 à 9 Plus de 10

Questionnaire Patient

Patient n°.....

Age : 65-74 ans 75-84 ans 85-94 ans 95 ans et plus

Sexe : Homme Femme

Situation familiale : Célibataire En couple Divorcé/séparé Veuf/veuve

Type de logement : Maison Appartement Foyer logement EHPAD

Est-ce que vous bénéficiez d'aides pour les actes de la vie quotidienne ? Si oui, lesquelles ?

Non

Oui : Aide à la toilette Aide-ménagère Soins infirmiers quotidiens

Le saviez-vous ?

Un verre standard =



© INPES

A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais 1 fois par mois ou moins 2 à 4 fois par mois

2 à 3 fois par semaine Au moins 4 fois par semaine

Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Aucun 1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7 à 9 Plus de 10

Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

Jamais Moins d'une fois par mois Une fois par mois

Une fois par semaine Tous les jours ou presque

AUTEUR : Nom : BAYART

Prénom : Céline

Date de soutenance : 11 juin 2024

Titre de la thèse : Repérage de la consommation d'alcool des personnes âgées de plus de 65 ans dans le Douaisis

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Consommation d'alcool, sujet âgé, diagnostic précoce

Introduction : En France, il y a peu de données concernant la consommation d'alcool des personnes âgées de plus de 65 ans. Les conséquences d'une consommation excessive d'alcool sont nombreuses, d'autant dans cette population fragile. Le repérage des consommations à risque est un enjeu majeur en médecine générale. L'objectif était de déterminer si le questionnaire AUDIT-C permettait d'établir une corrélation entre la consommation estimée par les médecins généralistes et la consommation déclarée par les patients.

Méthode : Étude transversale descriptive par questionnaires. Les médecins généralistes exerçant dans l'agglomération du Douaisis incluaient au moins 10 patients âgés de plus de 65 ans, que soit leur motif de consultation. Pour chaque patient inclus, un couple de questionnaires avec une partie « Médecin » et une partie « Patient » devait être complété. Le recueil de la consommation d'alcool était basé sur le questionnaire AUDIT-C.

Résultats : L'analyse des 147 couples de questionnaires « Médecin – Patient » ne montrait pas de différence entre la consommation d'alcool estimée par les médecins généralistes et la consommation déclarée par les patients. Les médecins généralistes identifiaient correctement la consommation d'alcool de leurs patients dans 35% des cas. La bonne identification était associée à un meilleur remplissage des dossiers médicaux. Les hommes et les personnes vivant en couple consommaient de l'alcool plus fréquemment que les autres.

Conclusion : Le questionnaire AUDIT-C ne permet pas d'établir une corrélation entre la consommation d'alcool estimée par les médecins généralistes et celle déclarée par les patients.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseurs : Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Madame le Docteur Dana BUCUR

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc BAYEN