

Programme « Boire moins c'est mieux »

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Etude des dommages dus à l'alcool

**Validation de la version française de l'ARPS
Evaluation du risque alcool chez les personnes âgées**

Rapport de l'étude

2005 - 2006

Philippe Michaud¹, Sonia Arfaoui¹, Dorothée Lécallier¹,
Patrick Toulorge², Claire Méhaut², Samir Toubal³, Virginie Dorvault⁴

1 médecins alcoologues

2 assistants de recherche clinique

3 gestionnaire de données

4 documentaliste

PLAN DU RAPPORT

1 Introduction : le contexte de l'étude EDDA en France	p 4
2 Protocole de l'étude EDDA	p 11
2.1 Objectif général de l'étude	
2.2 Matériel et méthode	
2.2.1 Principe général de l'étude	
2.2.2 Matériel	
2.2.2.1 Le questionnaire EDDA	
2.2.2.2 Le dossier médical de l'étude	
2.2.2.3 Le questionnaire médical final	
2.2.3 Echantillon patients	
2.2.3.1 Critères d'inclusion	
2.2.3.2 Critères d'exclusion	
2.2.4 Lieux de recrutement et durées d'inclusion	
2.2.5 Méthode de recueil des données	
2.3 Saisie et analyse	
3 Résultats	p 16
3.1 Participation des médecins	
3.2 Patients vus et patients inclus	
3.3 Comparaison patients inclus versus non-inclus.	
3.4 Prévalence des rapports à l'alcool selon la consommation déclarée d'alcool (ARC)	
3.5 Données concernant les inclus provenant des questionnaires ARC et médecins	
3.5.1 Autres caractéristiques sociodémographiques	
3.5.2 Fonctionnement	
3.5.3 Pathologie repérée par le médecin traitant	
3.5.4 Traitements connus du médecin	
3.5.5 Les consommations déclarées à l'assistant de recherche clinique	
3.5.5.1 Tabac	
3.5.5.2 Cannabis	
3.5.5.3 Alcool	
3.6 Données concernant les inclus provenant du questionnaire EDDA	
3.6.1 Qualité de remplissage des dossiers EDDA par les patients.	
3.6.2 Niveaux de risque	
3.6.2.1 Répartition des niveaux de risque	
3.6.2.2 Composantes d'EDDA selon le sexe et lien avec la consommation déclarée d'alcool	
3.6.2.3 Niveaux de risque selon EDDA et caractéristiques sociodémographiques	
3.6.2.4 Niveaux de risque selon EDDA et caractéristiques de fonctionnement	
3.6.2.5 Niveaux de risque selon EDDA et troubles médicaux connus du médecin.	
3.6.2.6 Niveaux de risque selon EDDA et traitements médicamenteux	
3.7 Les patients en situation de dommage	

3.8 EDDA et ses critères de validité	
3.8.1 La passation d'EDDA en salle d'attente	
3.8.2 Le traitement informatique d'EDDA par le CARPS	
3.8.3 Cohérence interne	
3.8.4 Comparaison avec les données externes	
3.8.4.1 Avec la consommation à risque	
3.8.4.2 Avec les données médecin et ARC	
3.8.5 Données du questionnaire médecin final	
4. Discussion	p 32
4.1 Validité des données	
4.2 Données épidémiologiques	
4.2.1 Sens des résultats : précisions des mesures	
4.2.2 Comparaison avec les études disponibles en France	
4.2.3 Comparaison avec les études internationales	
4.3 Liens entre niveaux de risques, niveaux de consommation d'alcool et interférences	
4.3.1 Le niveau de risque lié à la seule consommation d'alcool est élevé	
4.3.2 L'importance majeure des interférences avec les traitements	
4.3.3 Les interférences avec état de santé et fonctionnement	
4.3.4 La question des chutes	
4.4 Acceptabilité d'EDDA en médecine générale	
4.4.1 Difficultés d'inclusion des médecins dans l'étude	
4.4.2 Questionnaires médecins	
4.4.3 Taux d'entrée dans l'étude	
4.4.4 Taux de remplissage d'EDDA	
4.4.5 Questionnaires exploitables	
4.4.6 Ressenti des patients	
4.5 Validité d'EDDA	
4.5.1 Cohérence interne	
4.5.2 Validation externe	
4.6 Commentaires globaux : l'avenir d'EDDA en pays francophones	
5 Conclusion	p 39
6 Remerciements	p 40
7 Bibliographie	p 41
Annexes	p 44

ETUDE DE VALIDATION DU QUESTIONNAIRE EDDA (ENQUETE SUR LES DOMMAGES DUS A L'ALCOOL)

1. Introduction : le contexte de l'étude EDDA en France

Dans la population française, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 16,1 % de la population totale (soit 9,5 millions) et les personnes âgées de plus de 80 ans 3,7 % (soit 2,2 millions).¹ Dès 2010, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus sera de 17 % et elle atteindra 21 % en 2020.²

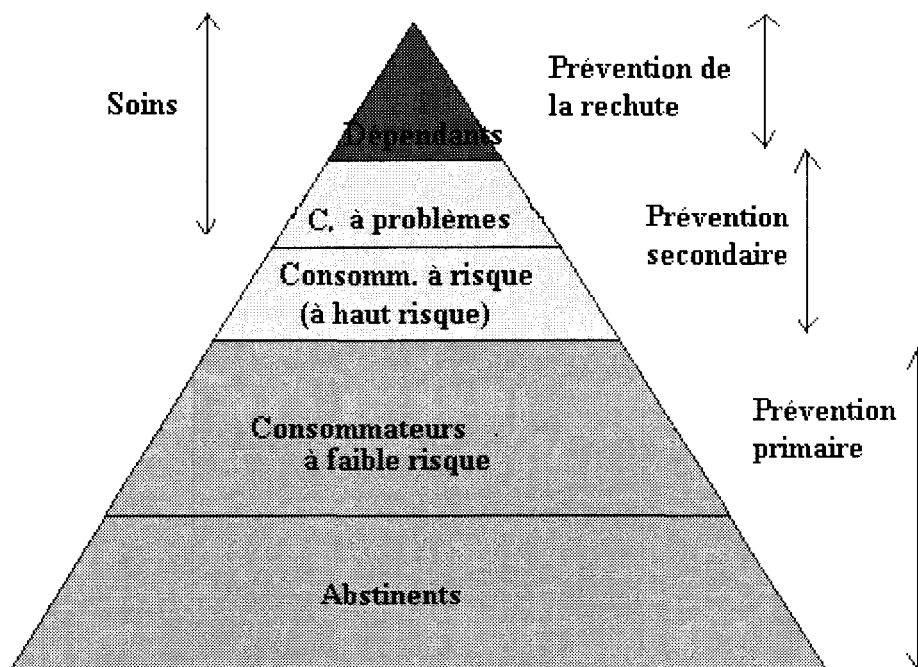
L'indifférence à l'égard du risque alcool chez les personnes âgées est quasi-générale. Elles sont en effet réputées sages et devraient avoir renoncé aux excès. Sur ce postulat s'exerce un véritable déni social des conduites de consommation excessive chez les personnes âgées, comme si à la retraite l'alcool perdait son rôle de psychotrope par excellence. Mais il existe une autre raison très sérieuse de ce désintérêt : la société est moins concernée par les conséquences de cette alcoolisation que pour les adultes plus jeunes, car il n'y a pas d'arrêt ni d'accident de travail, pas ou peu de retrait de permis, pas d'agression sur la voie publique, sauf dans la position de la victime, et une déficience du rôle parental ou conjugal qui se solde plus par un renforcement de l'isolement du buveur que par une souffrance de sa famille. Le coût de ce trouble est essentiellement individuel, et se caractérise par des maladies ou une atteinte de la qualité de vie ; la réduction associée de l'espérance de vie n'est pas prise en considération, comme si à soixante ans il était indifférent de mourir à soixante-dix ou à quatre-vingt-dix.

Et pourtant on boit après soixante ans, et cela n'est pas sans conséquence. Il n'y a certes pas que des dépendants parmi les buveurs des troisièmes et quatrièmes âges, loin s'en faut : comme chez les plus jeunes, il faut distinguer l'alcoolisation à risque, l'alcoolisation problématique et la dépendance. Mais ce sont sans doute les dépendants qui préoccupent le plus les institutions de type maison de retraite ou « long séjour », du fait des troubles qu'ils peuvent occasionner dans leur fonctionnement. Certaines se posent des questions sur les règles prévalant à la distribution d'alcool parmi les personnes hébergées, mais peu donnent des réponses adaptées aux problèmes posés par les « abus » constatés.

La « consommation d'alcool à risque » est plus difficile à préciser concrètement chez les sujets âgés que chez les adultes plus jeunes, du fait que la notion de risque est le plus souvent attachée aux conséquences à long terme, et que les études mettant en évidence un lien entre consommation d'alcool et émergence de telle ou telle pathologie concernent en général des adultes âgés de moins de 65 ans au moment de leur inclusion. Cependant, les définitions restent les mêmes : on parlera ici de consommation à risque lorsqu'il existe une conséquence potentielle associée, relevée dans des études de population ; de consommation à problème s'il existe une conséquence actuelle, sans perte de contrôle du comportement d'alcoolisation ; et de dépendance lorsqu'il existe une telle perte de contrôle. La pyramide (figure 1) illustre ces notions, et il convient d'insister qu'à tout âge la dépendance ne concerne qu'une minorité des personnes en danger avec l'alcool. Dans le cas des personnes âgées cependant, les proportions relatives ne sont pas connues.

Figure 1

La pyramide du risque alcool³ (Michaud, adaptée de Skinner et Saunders)



Les enquêtes de consommation étudiant l'évolution des comportements vis-à-vis des boissons alcooliques en fonction du sexe, de l'âge et d'autres critères sociobiographiques, montrent qu'avec l'âge les sujets boivent plus fréquemment mais des quantités moindres, surtout parmi les hommes.⁴ Si la quasi-totalité des Français consomme de l'alcool, les modes de consommation diffèrent considérablement entre les jeunes, qui boivent essentiellement en fin de semaine des boissons autres que le vin, et les personnes de plus de 65 ans, qui consomment souvent quotidiennement, surtout du vin. C'est dans la tranche d'âge 65-75 ans que la consommation quotidienne est la plus fréquente : elle concerne alors 65 % des hommes et 33 % des femmes. Le vin est consommé par 62 % des hommes et 32 % des femmes de 65-75 ans.⁵ Plus que le constat d'une évolution des modes de consommation au cours de la vie, cette plus grande fréquence de la consommation d'alcool quotidienne est le reflet des modifications de comportement entre générations, celle des « seniors » conservant les modes de consommation dominants jusque dans les années 60.

La quantité d'alcool consommée moyenne est cependant en net reflux à partir de la cinquantaine. On peut penser toutefois que cette diminution de la consommation est aussi le produit d'autres phénomènes : tout d'abord, la réduction de l'espérance de vie chez les alcoolodépendants et plus généralement chez les consommateurs excessifs joue en faveur d'une réduction de la consommation moyenne chez les personnes âgées, les plus forts buveurs étant déjà morts ; certains auteurs attribuent également aux sujets âgés une plus forte tendance à minimiser l'importance de leur consommation d'alcool.⁶

Une excellente revue de l'approche clinique de l'alcoolisation des personnes âgées publiée aux Etats-Unis (Tivis)⁷ répertorie plusieurs études faisant état d'une prévalence élevée (jusqu'à 50 % des sujets) de l'alcoolodépendance parmi les patients âgés hospitalisés ou consultants. Pourtant les médecins semblent plus réticents à porter le diagnostic d'abus ou de dépendance chez les patients âgés que chez les plus jeunes.⁸ Une des explications données est l'attribution abusive aux troubles cognitifs et comportementaux du vieillissement de ce qu'il conviendrait de relier à la consommation d'alcool (qui peut jouer aussi un rôle négligé dans la fréquence du suicide et de la dépression). La présence d'instruments de repérage adaptés devrait permettre d'améliorer les évaluations diagnostiques, et par conséquent d'affiner les estimations de prévalence des études épidémiologiques (voir infra pour ces instruments).

Mais l'intérêt social pour la consommation d'alcool des plus âgés est si faible que les enquêtes de consommation comme le « Baromètre santé » de l'INPES excluent systématiquement en France les personnes de plus de soixante-quinze ans. Il faut, pour avoir des indications dans la littérature, rechercher les études, assez nombreuses, portant sur les effets sanitaires de la consommation d'alcool chez les « personnes âgées ». Une revue de ces études a été conduite par Reid et coll.,⁹ qui ne relèvent pas moins de quatre-vingt-quatre études (répondant à leurs critères d'âge) sur la relation entre consommation d'alcool, d'une part et accidents ou chutes, troubles fonctionnels, troubles cognitifs et mortalité toutes causes, d'autre part. Quarante-sept étaient des études de cohorte, dont seulement 14 relevaient les changements dans la façon de boire pendant la période de suivi de la cohorte, et 8 tenaient compte de l'influence du statut alcoolique sur le fait d'être perdu de vue ou non. La conclusion des auteurs est particulièrement prudente, puisqu'ils considèrent que les résultats contradictoires et les défauts méthodologiques de la plupart des études colligées ne permettent pas de mesurer réellement l'influence de la consommation d'alcool sur les indicateurs évalués (tableau 1).

Tableau 1 : Effet de l'alcool sur la santé des personnes âgées dans 84 études répertoriées (Reid, 2002)

	Résultats des 84 études					
	Dompage lié à la consommation		Pas d'association		Bénéfice associé à la consommation	
Critères étudiés (N=91)	N	%	N	%	N	%
Chute (N=26)	4	15	21	81	1	4
Troubles fonctionnels (N=13)	5	38	6	46	2	16
Troubles cognitifs (N=32)	10	31	21	66	1	3
Mortalité toutes causes (N=20)	3	15	13	65	4	20
Total (N=91)	22	24	61	67	8	9

Si les études montrant l'influence positive de l'alcool sur la santé des personnes âgées sont plus rares (8 résultats allant dans ce sens) que celles qui sont en faveur d'un effet délétère (22 résultats), il est à noter que les premières ont été particulièrement valorisées par les médias en France, notamment celles publiées par des auteurs français. Un récent article de la Revue du Praticien-Médecine générale,

Après ce rappel épidémiologique, il est important de noter que, de façon perceptible au moins par les cliniciens plus encore que par les épidémiologistes, il existe des consommations problématiques débutant ou s'aggravant nettement au moment de la retraite ou d'un autre changement existentiel majeur, comme la perte du conjoint ou l'admission en milieu institutionnel. Plusieurs études décrivent deux types d'entrée dans les consommations problématiques chez les personnes âgées : celles à début « précoce » et celles à début « tardif », la limite variant malheureusement d'une étude à l'autre (entre 50 et 60 ans). Cependant, un consensus existe pour estimer à 30 à 50 pour cent les formes à début tardif, dont les principales caractéristiques cliniques sont le caractère réactionnel, les plus faibles niveaux de consommation, la moindre intensité de l'alcoolodépendance (souvent avec une dépendance physique minime ou absente), la plus grande fréquence du « déni ». Tous ces traits tendent à retarder le diagnostic et l'accès aux soins.¹⁰

Les femmes âgées concernées appartiennent plus souvent à ce deuxième type. Elles associent à l'alcoolisation excessive une surconsommation de psychotropes, souvent en rapport avec une dépression.

Parmi les complications spécifiques de la consommation d'alcool, la plupart des publications insistent sur les chutes et les fractures, les impotences fonctionnelles, les troubles cognitifs et la réduction de l'espérance de vie, mais en tant que cliniciens nous souhaiterions insister sur la dépression (que peut aggraver l'alcoolisation, même si celle-ci a commencé après un événement déprimant comme un deuil) et sur l'appauvrissement relationnel. La dépendance à l'alcool vient s'ajouter ici à la tendance à la faible estime de soi. Il y a lieu de répondre au besoin de soin par une prise en charge qui n'aura pas nécessairement de grandes spécificités, sauf qu'il faut tenir compte de l'aspect relationnel ou institutionnel, et souvent inclure la famille ou l'institution soignante dans la prise en charge.

Mais comme nous il est dit plus haut, il nous paraît surtout fondamental de renforcer les capacités de repérage des soignants, et plus largement des personnes qui ont une responsabilité auprès de personnes âgées. Le repérage permet de contrer le déni social de la souffrance attachée à la consommation excessive d'alcool.

Les premiers instruments de ce repérage sont non spécifiques vis-à-vis de l'âge, mais la tendance est maintenant d'adapter les premiers instruments en fonction de la situation, et donc d'utiliser soit des versions amendées soit même de nouveaux instruments directement conçus pour pouvoir détecter la consommation dangereuse chez les sujets âgés.

Les instruments non spécifiques de repérage les plus connus sont le CAGE¹¹, validé en français sous l'acronyme DETA¹², le MAST¹³ dont le précédent procède, et l'AUDIT,¹⁴ également validé en français,¹⁵ et à nos yeux certainement le meilleur des instruments de cette série.¹⁶

Les instruments plus spécifiques ont tous pour point commun de n'avoir pas été traduits ni *a fortiori* validés en français. Nous avons identifié notamment le MAST-G¹⁷, le « simple two-stage-questionnaire »¹⁸ (questionnaire simple en deux étapes), et dernièrement, l' « Alcohol-related problems survey » (ARPS)¹⁹ (enquête sur les problèmes liés à l'alcool).

Les tests biologiques comme la gamma-glutamyl-transférase (GGT) et le volume globulaire moyen (VGM) ont la même place chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes : peu

sensibles, peu spécifiques – sauf en combinant les deux tests – ils n’atteignent pas les qualités de repérage d’un questionnaire comme l’AUDIT.¹⁴ Il en est de même pour le test plus récent qu’est la CDT (Transferrine déficiente en hydrates de carbone).

Quelle tactique de repérage peut-on aujourd’hui utiliser pour le risque alcool des personnes âgées ?

Les recherches bien menées jusqu’à une date récente faisaient défaut, notamment en France. Le CAGE/DETA, efficace à l’hôpital et en prison, s’est révélé très décevant en médecine générale,²⁰ et il n’est absolument pas certain qu’il soit utilisable chez les personnes âgées. Son principe même devrait en modifier avec l’âge sensibilité et spécificité, puisqu’il s’agit d’un questionnaire ‘life-time’ (vie entière). Le libellé des questions est cependant peu adapté aux modes de consommation et au vécu des personnes âgées : rareté des symptômes de sevrage, consommation plus faible, entourage moins présent.

Le MAST, ou sa version abrégée SMAST – et même paradoxalement sa version gériatrique MAST-G – reçoivent les mêmes critiques. Celles concernant l’AUDIT sont de deux ordres différents : (a) les trois premières questions interrogent les quantités, mais il semble que celles-ci n’aient pas le même caractère discriminant chez le sujet âgé ; (b) la dangerosité de l’alcool dépend surtout de son association avec les autres pathologies : c’est la comorbidité qui fait le facteur principal de risque, et cela n’est absolument pas pris en compte par l’AUDIT, centré sur l’usage et ses conséquences.

Les auteurs qui ont mis en forme l’ARPS ont tenté de répondre à ces défauts, en intégrant six des questions de l’AUDIT dans un questionnaire (de 60 questions) s’intéressant surtout au statut médicopsychiatrique et aux traitements en cours. Il tente d’identifier les *situations* où l’alcoolisation est un risque pour le sujet âgé.

Dans la première étude réalisée avec cet outil, la méthode, appliquée à un échantillon (biaisé : Américains blancs de statut plutôt favorisé, en relativement bonne santé) de 549 personnes des deux sexes (56 % d’hommes) âgées de 65 à 100 ans (moyenne 75 ans), permettait de les classer en trois groupes : alcoolisation dommageable (*harmful*) ou dangereuse (*hazardous*) ou non dangereuse (*non hazardous*). Dans ce classement, l’abus et la dépendance sont ainsi inclus dans l’alcoolisation dommageable (mésusage). Était considérée comme dommageable toute consommation associée à un trouble qu’elle peut contribuer à aggraver, et dangereuse l’alcoolisation qui peut interagir dans une situation (traitement par exemple). Leur instrument donne ainsi une évaluation du niveau de risque associé à la consommation d’alcool qui semble plus pertinente, du fait de son intégration dans le contexte. A. Fink et son équipe ont ensuite développé une méthode de conseil bref sous la forme d’un algorithme permettant d’imprimer instantanément des livrets de conseil ajustés à la situation de risque et de dommage et sur les éléments de la situation qui conduisent à cette caractérisation. C’est ce qu’elle a appelé le CARPS, pour Computerized Alcohol Related Problems Survey.

Cette approche prometteuse a trouvé une confirmation, apportée par une publication récente de la même équipe,²¹ qui montre que lorsqu’on forme des médecins généralistes à proposer le questionnaire ARPS, puis qu’on les distribue en trois groupes (un qui n’intervient pas, le deuxième qui délivre le livret et donne des conseils de réduction de la consommation d’alcool à ceux de leurs clients qui sont dans le risque et le dommage, le troisième qui donne le livret et recommande de le lire avec attention), c’est dans le troisième groupe que les patients évoluent le plus favorablement (significativement mieux que le deuxième, qui évolue lui-même significativement mieux que le groupe contrôle).

L'ensemble de ces informations montrent que le risque alcool existe, en France sûrement au moins autant qu'aux USA, dans la tranche d'âge supérieure à 65 ans, qu'il existe au moins un instrument qui en donne une représentation adaptée à la nature du risque à cet âge, et qu'une activité de conseil peut diminuer le niveau de risque en modifiant soit la consommation soit le contexte (notamment les prescriptions). La traduction française de l'ARPS (annexe 1.1) et des « *statements* » du logiciel CARPS permettant de créer les livrets de conseils (annexe 1.2.) a été réalisée en 2003 et 2005 par l'équipe de BMCM et Dorothée Lécallier. Sa validation fait l'objet de la présente étude.

En conclusion de cette introduction, le repérage des problèmes d'alcool chez les sujets âgés est actuellement peu performant, tant à l'échelle de la société qu'au plan individuel et clinique. Ceci est expliqué par le faible intérêt porté au sujet par le monde médical, phénomène amplifié en retour par la défaillance du repérage. Comment sortir de ce cercle vicieux ? Il nous semble que trois éléments peuvent être pris en considération simplement :

- Il vaut mieux un repérage imparfait que pas de repérage du tout ; et l'AUDIT, en attendant la validation française de l'ARPS, nous avait paru un support acceptable à un échange avec les personnes. Le score n'a probablement guère de signification puisqu'il sous-estime le risque de façon très importante, mais les réponses aux questions en ont sûrement une, et ce questionnaire reste utilisable comme guide pour l'entretien. Certaines questions n'ont guère de sens pour certaines personnes : le bon sens des deux interlocuteurs ne sera pas pour autant pris en défaut.

- La consommation 'importante' d'alcool aggrave des risques déjà repérés au moins autant qu'elle en crée de nouveaux, du fait de son association avec des troubles ou avec des traitements qu'elle perturbe. Il ne s'agit pas alors de proposer l'abstinence, mais de réfléchir avec les personnes sur les moyens les plus sages pour minimiser les risques. On peut réduire la consommation d'alcool, et aussi de médicaments, la France détenant toujours le record absurde de la prescription excessive.

- La dépendance alcoolique se présente souvent chez les personnes âgées sous des avatars mal connus, notamment du fait de sa plus fréquente association avec la dépression et avec les troubles cognitifs. L'hospitalisation, qui permet une abstinence et une évaluation à distance de l'alcool de ces éléments associés, est certes possible, mais elle est en soi un facteur majeur de perturbation du fonctionnement psychique et n'est pas à envisager sans précaution. La proposition d'un arrêt de l'alcool à domicile n'est pas dangereuse s'il n'existe pas de dépendance physique, ce qui est probablement le plus souvent le cas dans cette tranche d'âge. Cette proposition doit faire l'objet d'une prudente négociation sur l'intérêt d'une telle expérience du point de vue de la personne, en s'appuyant sur ses motifs de plainte, qui pourraient y trouver un amendement. La collaboration d'un proche, lorsque c'est possible et accepté par le patient, est un facteur d'encouragement et de succès. Il faut pour cela que le proche ne soit pas dans la confrontation à propos de l'alcool.

L'étude à mener doit donc contribuer au développement d'une stratégie de repérage des consommations à risque d'alcool chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Chez celles-ci, le repérage de la consommation dangereuse d'alcool est actuellement peu développé et cela contribue fortement à la sous-estimation du problème.²²

On sait pourtant qu'aux USA la prévalence de l'alcoolodépendance chez les personnes âgées est estimée dans une fourchette très large mais constamment élevée : de 2 à 14 % de la population générale et de 20 à 25 % en institution ; celle de la consommation excessive serait de 6 à 25 %.

En France seules deux études de prévalence sont disponibles, qui portent sur des *personnes hospitalisées en service de gériatrie* et ont été réalisées sur de petits échantillons ; elles donnent donc des intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) « larges ». Dans la première, la prévalence de l'alcoolodépendance est estimée à 3 % chez les femmes (IC 95 % : [0,2-6,0]) et à 18 % chez les hommes (IC 95 % [9,1-25,9]).²³ Dans la seconde, 25 % des personnes étaient considérées comme

des consommateurs excessifs (16 % des femmes (IC 95 % [10,3 - 21,7]) et 47 % des hommes (IC 95 % [33,4 - 60,6]).²⁴

Les personnes âgées peuvent être aussi dans le risque avec de faibles consommations d'alcool. En effet, elles sont plus sensibles à l'alcool du fait de leur physiologie, des comorbidités et des traitements médicamenteux associés ; l'alcool peut prolonger ou raccourcir la demi-vie de médicaments et potentialiser leurs effets indésirables ou affaiblir leur efficacité.

Selon un sous-projet de l'étude PAQUID (étude menée dans le sud-ouest de la France et qui porte sur une cohorte de 3777 personnes âgées de plus de 65 ans, constituée entre 1988 et 1993), 89,1 % des personnes âgées prennent au moins un médicament par jour, avec une consommation moyenne de 4,1 médicaments par personne et par jour. Soixante-seize pour cent des personnes âgées prennent des médicaments à visée cardio-vasculaire, 41 % des psychotropes (ce chiffre s'élève à 70 % en institution) et 23 % des antalgiques. Un tiers des personnes âgées prend des benzodiazépines (43 % en institution). D'après cette étude, la polymédication augmente significativement avec l'âge, est plus importante chez les femmes et augmente inversement au niveau d'éducation.²⁵

En 1996, Arlene Fink et coll. avaient passé en revue l'ensemble des questionnaires disponibles sur le repérage de la consommation dangereuse d'alcool et concluait, pour les raisons ci-dessus, qu'il n'existait pas de questionnaire adapté aux personnes âgées.²⁶ La même équipe a publié en 1999 une étude ayant pour but de mieux définir les notions de « *hazardous consumption* » (consommation dangereuse) et « *harmful consumption* » (consommation problématique) chez les personnes âgées. Un consensus d'experts a été réalisé, et le panel, qui réunissait des spécialistes de renom, gériatres, addictologues, ou provenant de l'éventail complet des spécialités médicales concernées, a listé les nombreuses situations dans lesquelles la consommation médicamenteuse, les symptômes, l'état de santé, le tabac interagissent avec la consommation d'alcool chez les personnes âgées. La fréquence et la quantité d'alcool consommée ne suffisant pas pour définir le risque, le panel d'experts a proposé de mettre en place une évaluation du risque alcool en fonction du contexte, en cotant en trois niveaux l'intensité des interférences.²⁷

L'autoquestionnaire ARPS (Alcohol-Related Problems Survey) a été créé en 2000 par Arlene Fink et son équipe à partir de cette étude.^{28, 29} Ce questionnaire, qui comporte 22 questions, a donc pour but d'apprécier l'interaction de la consommation d'alcool avec l'état de santé physique et psychologique, les traitements médicamenteux et le déclin des fonctions organiques. Il cherche à classer les situations en « non dangereuse », « dangereuse » et « dommageable » à l'aide de l'algorithme issu de l'étude de 1999 [Moore, 1999]. Son évaluation a été publiée en 2002 : le questionnaire ARPS est équivalent (sensibilité et spécificité) au CAGE, au MAST et au S-MAST pour le repérage de l'abus et de la dépendance à l'alcool.^{30, 31}

Une version informatisée de l'ARPS, le CARPS™ (Computerized Alcohol-Related Problems Survey) est aujourd'hui disponible en anglais. Elle permet de délivrer automatiquement aux patients et aux médecins les conseils adaptés à la situation des répondants. La traduction du livret automatiquement généré par les réponses au questionnaire a été faite en 2005 par D. Lécallier. Tous les éléments sont donc disponibles pour réaliser l'étude de validation de la version française de l'ARPS.

2 Protocole de l'étude EDDA

2.1 Objectif général de l'étude

Valider une adaptation française de l'autoquestionnaire ARPS, destinée au repérage des consommations dangereuses d'alcool chez les personnes âgées de 65 ans et plus, dans les situations de soins, de prévention ou dans le cadre des institutions les recevant.

Le questionnaire est nommé en français EDDA pour « Enquête sur les dommages dus à l'alcool ».

L'étude de validation a été précédée d'une phase de faisabilité ; des extraits significatifs du rapport de cette première étude sont annexés au présent document (annexe 2).

2.2 Matériel et méthode

2.2.1 Principe général de l'étude

La validation du questionnaire EDDA devait se dérouler selon les principes d'une validation externe d'un test de repérage : pour chacun des patients inclus, il est nécessaire de réunir de façon séparée deux renseignements : les réponses au questionnaire EDDA, le score qui en est tiré et le « niveau de risque » qui en est déduit par application de l'algorithme mis au point par les auteurs américains, d'une part ; et d'autre part, l'évaluation de la situation alcoolologique et du risque associé à la consommation d'alcool par le recueil d'éléments objectifs constituant le « diagnostic de référence » ou « gold standard ». Les diagnostics de référence retenus sont ceux de l'étude d'Arlene Fink [Fink, 2002], à savoir consommation dangereuse et problématique d'alcool selon les définitions explicitées par Moore et coll., approchés par les renseignements recueillis auprès du médecin traitant du patient inclus et par celui-ci lors de sa conversation avec le médecin chargé de la recherche clinique.

Ces éléments objectifs doivent être recueillis par un médecin chargé de recherche formé à l'alcoolologie qui doit évaluer la consommation d'alcool et la situation d'abus ou de dépendance à l'alcool. Les éléments donnés par les dossiers médicaux et par le personnel soignant prenant en charge médicalement les sujets inclus dans l'enquête sont aussi pris en considération, de façon à porter un diagnostic clinique aussi proche que possible de la réalité.

Le rapprochement des résultats du questionnaire EDDA et des gold standards devait permettre d'évaluer les qualités informationnelles de celui-ci.

La validation que nous souhaitons mener se devait d'apprécier mieux l'acceptabilité et la faisabilité du remplissage du questionnaire EDDA par des personnes âgées dans des situations cliniques où le test est censé pouvoir servir : notamment médecine générale et centres de santé. L'étude de faisabilité a montré que l'acceptabilité est élevée chez les patients et que les principales difficultés proviennent de la difficulté de mobilisation des soignants pour participer à l'étude.

2.2.2 Matériel

2.2.2.1 Le questionnaire EDDA

Le questionnaire soumis à évaluation dans cette étude est le questionnaire ARPS traduit en français par les Docteurs Dorothée Lecallier et Philippe Michaud en septembre 2003, avec l'accord de l'auteur du questionnaire, le Dr Arlene Fink. Ce questionnaire est nommé en français EDDA.

EDDA est un questionnaire en 22 questions pouvant comporter des sous-questions :

- 2 questions sur les problèmes de santé connus ;
- 1 question sur les éventuels symptômes ;
- 1 question sur le tabagisme ;
- 4 questions sur les médicaments utilisés ;
- 3 questions sur la consommation d'alcool (une est dédoublée pour tenir compte des différences entre hommes et femmes) ;
- 5 questions sur les éventuelles conséquences de la consommation d'alcool ;
- 2 questions sur l'état de santé ressenti par le patient ;
- 3 questions sociodémographiques.

Six questions sont issues du questionnaire AUDIT [Saunders, 1993]¹⁴, six questions sur l'état de santé sont issues du questionnaire d'évaluation de la qualité de vie SF-36 [Ware, 1992].³² Les autres questions ont été créées pour l'ARPS.

2.2.2.2 Le dossier médical de l'étude (annexe 3)

Il avait pour but d'établir les diagnostics alcoologiques et d'évaluer les éléments du risque alcool chez les personnes remplissant le questionnaire EDDA, et être rempli par l'attaché de recherche clinique sur la base de la clinique actuelle et du dossier médical du patient. Il était strictement anonyme.

Il contient : - des critères sociodémographiques :

- sexe, âge.

- des critères alcoologiques :

- consommation déclarée d'alcool (CDA) ;
- critères d'abus et de dépendance selon le DSM IV.

- des données cliniques :

- pathologies et symptômes dans les douze derniers mois ;
- pathologies chroniques ;
- consommation de tabac ;
- consommations de drogues illicites ;
- problèmes de vision, port de lunettes ;
- traitement médicamenteux ;
- état physique global ;
- Mini-Mental status examination (MMSE).

Le MMSE a été retenu pour évaluer l'état cognitif des personnes incluses. Depuis son introduction en 1975 par Folstein,³³ le MMS est devenu un test d'utilisation fréquente pour dépister des troubles cognitifs sévères. Il est également souvent utilisé en recherche, dans des études épidémiologiques pour le dépistage ou dans des essais cliniques pour suivre l'évolution d'un profil cognitif.³⁴

Anthony et al. ont démontré en 1982 que la performance au MMS est relative à l'âge et au niveau éducatif.³⁵ Crum en 1993 a élaboré à partir d'un échantillon constitué de 20 000 personnes un tableau permettant de définir le score normal en fonction de son niveau éducatif et de son âge (annexe 4).³⁶ Le score au MMS a également été corrélé à des mesures radiologiques telle la taille des ventricules cérébraux au scanner³⁷ ou en tomographie par émission de positrons (PET).³⁸

Le dossier médical de l'étude avait pour objet de permettre d'évaluer la pertinence de la caractérisation par le questionnaire EDDA et doit donc servir de « gold standard » pour les diagnostics de consommation non dangereuse, dangereuse et problématique d'alcool.

Ce dossier médical devait être rempli dans l'ignorance complète des renseignements donnés par le patient lui-même lors du remplissage de l'autoquestionnaire EDDA.

Les antécédents médicaux et traitement médicamenteux actuel étaient renseignés par le médecin traitant.

2.2.2.3 Le questionnaire médical final (annexe 5)

Il était destiné à recueillir l'opinion des médecins participants concernant le questionnaire EDDA, et devait être rempli par chaque médecin participant à la fin de la période d'inclusion des patients.

2.2.3 Echantillons patients

Nous souhaitions réunir 600 dossiers exploitables. Dans l'échantillon du Dr Arlene Fink, les prévalences mesurées sont les suivantes (les abstinentes ne sont pas pris en compte) :

- ⇒ Hazardous drinkers : Hommes : 37,5 % IC 95 % [32,1 - 42,9]
Femmes : 32,2 % IC 95 % [27,3 - 38,1]
- ⇒ Harmful drinkers : Hommes : 14,7 % IC 95 % [10,7 - 18,7]
Femmes : 16,2 % IC 95 % [11,6 - 20,8]

Nous souhaitions recueillir des données comparables avec des IC 95 % de même ordre de grandeur, et disposer de suffisamment d'information pour valider EDDA comme instrument de repérage du risque alcool chez la personne âgée.

2.2.3.1 Critères d'inclusion

Les patients inclus ont été recrutés dans deux situations de soins :

- les consultations de médecine générale libérales ;
- les centres municipaux de santé médecine générale exercée à titre salarié).

Tous les patients de 65 ans et plus, consultant pendant la période d'inclusion, étaient éligibles, en respectant les critères suivants :

- comprendre et savoir lire le français ;
- ayant donné leur consentement oral pour participer à l'étude.

2.2.3.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- abstinence de toute consommation d'alcool dans le dernier trimestre ;
- urgence médicale ;
- trouble visuel non correctible, empêchant la lecture ;
- trouble cognitif sévère.

Un registre était tenu des causes d'exclusion, de façon à évaluer quelles situations cliniques limitent l'usage de l'autoquestionnaire EDDA dans la population cible.

2.2.4 Lieux de recrutement et durées d'inclusion

Les lieux de recrutement choisis pour l'étude ont été sélectionnés sur la base du volontariat, après contact téléphonique (médecins libéraux) ou rencontre confraternelle (centres de santé). La liste des contacts a été établie en utilisant le listing des médecins ayant déjà participé à une étude du programme « Boire moins c'est mieux », ou sur la base de la proximité géographique (département des Hauts-de-Seine, de Paris, des Yvelines, et du Val-d'Oise).

Les objectifs étaient la participation de 30 médecins généralistes de la région Île-de-France, permettant l'inclusion de 15 patients par médecin, et de 4 centres de santé, avec au minimum huit médecins participants, et également 15 patients par médecin. Tous les médecins participant à l'étude ont eu une formation au protocole de deux heures, rémunérée cinquante euros pour les médecins libéraux. Ils recevaient en outre et cinq euros par dossier complet.

2.2.5 Méthode de recueil des données

En salle d'attente :

Tous les patients de 65 ans et plus étaient invités, par une affiche et par sollicitation de l'attaché de recherche clinique, à remplir l'autoquestionnaire EDDA. Les patients pouvaient se faire aider par le personnel dans les conditions naturelles au lieu de soin participant. Ils glissaient ensuite le questionnaire EDDA rempli dans une enveloppe qu'ils fermaient.

En consultation :

Le patient remettait l'enveloppe contenant le questionnaire EDDA au médecin traitant participant. Celui-ci recueillait oralement le consentement à participer du patient puis complétait ensuite sa partie du dossier médical de l'étude pour chaque patient inclus, ou remplissait le registre d'exclusion le cas échéant. Le questionnaire EDDA était intégré (sans ouverture de l'enveloppe) par le médecin dans le dossier médical de l'étude. Le médecin remettait en fin de consultation le dossier médical de l'étude au patient afin que celui-ci le donne à l'attaché de recherche clinique.

Au terme de la consultation :

Le patient participait à un bref entretien avec l'attaché chargé de la recherche clinique. Il devait répondre à d'autres questions dont la consommation déclarée d'alcool (CDA) (en verres par semaine, la période de référence étant les sept derniers jours) et les critères DSM IV de la dépendance.

Cet entretien avait lieu dans une pièce close que le médecin participant mettait à disposition.

L'attaché chargé de la recherche clinique récupérait enfin le dossier médical de l'étude. L'ensemble des données (enveloppe contenant le questionnaire EDDA, dossier médical de l'étude et dossier de l'attaché de recherche clinique) était réuni pour chaque patient dans un dossier unique.

Au terme de la période d'inclusion :

Chaque médecin était invité à répondre à un court questionnaire sur la façon dont il avait perçu l'usage du questionnaire EDDA dans sa situation professionnelle personnelle.

2.3 Saisie et analyse

La saisie des données a été effectuée par l'équipe de BMCM sous la responsabilité du Dr Philippe Michaud, selon les critères de qualité en vigueur, en double saisie.

L'analyse statistique a été conduite par le Dr Philippe Michaud, sous Epi-info. Les tests classiques ont été utilisés, Chi-deux (X^2) pour les comparaisons de pourcentage, avec correction de Mantel-Haenszel le cas échéant, ou si nécessaire le test exact de Fisher ; analyse de variance (ANOVA) et test F de Snedecor pour les comparaisons de moyennes, ou test H de Kruskal-Wallis si les conditions d'application de l'analyse de variances n'étaient pas réunies.

3. Résultats

3.1 Participation des médecins

Le recrutement des médecins pour participer à l'enquête a été extrêmement laborieux ; il a été limité à la fois par la faible quantité de temps disponible pour l'enquête (pendant l'essentiel du recueil des données, deux journées de travail par semaine), et par le faible niveau d'intérêt suscité par la proposition de participation. En effet, sur 120 médecins libéraux contactés, seuls 14 ont accepté de participer (12 %). On trouvera en annexe 6 la liste des médecins participants. Parmi les 4 centres de santé sollicités, tous ont exprimé leur accord, mais seuls 2 ont effectivement participé, pour un apport de patients inclus faible (tableau 1).

Tableau 1 : contribution des différents médecins à l'inclusion de patients dans l'étude.

Médecins	Mode d'exercice	Nombre de patients seniors vus	% du total	Nombres de patients inclus	% du total	% d'inclusion
CHA	libéral	10	2,8	7	3,2	70
COZ	libéral	19	5,4	11	5,0	57,9
DEL	libéral	10	2,8	4	1,8	40
GRA	libéral	40	11,3	21	9,6	52,5
GRO	libéral	26	7,4	14	6,4	53,8
HOR	libéral	34	9,6	24	11,0	70,6
JEA	centre	7	2,0	1	0,5	14,3
LAL	libéral	23	6,5	15	6,8	65,2
LAV	libéral	6	1,7	4	1,8	66,7
LIN	libéral	22	6,2	18	8,2	81,8
MES	libéral	38	10,8	25	11,4	65,8
MON	centre	1	0,3	1	0,5	100
PRA	libéral	23	6,5	16	7,3	69,6
SAR	libéral	5	1,4	0	0	0
TOA	centre	2	3,7	0	0	0
TYR	centre	13	3,7	7	3,2	53,8
VER	libéral	51	14,4	35	16,0	68,6
WEI	libéral	23	6,5	16	7,3	69,6
ENSEMBLE		353	100	219	100	62,0

Le taux d'inclusion est significativement plus faible dans les centres que dans les cabinets libéraux (39,1 % versus 63,6 %, $p = 0,02$). Les centres ont fourni 21,1 % des médecins, 6,5 % des patients vus, et 4,1 % des patients inclus.

Pour pallier ces difficultés de recrutement, nous avons fait appel aux départements de médecine générale de deux facultés de médecine parisiennes. Dans l'une, nous avons formé un groupe de 7 internes de médecine générale qui avait accepté la proposition de participer à l'enquête. Aucun n'a réadressé le moindre dossier, malgré plusieurs rappels de leur enseignant référent. Dans l'autre, deux internes de médecine générale ont accepté de faire leur thèse sur le sujet et ont contribué, après formation, au recueil des données en jouant le rôle d'assistant de recherche clinique (ARC).

3.2 Patients vus et patients inclus

Trois cent cinquante patients de soixante-cinq ans ou plus ont consulté chez les médecins participant pendant la durée de présence des ARC aux cabinets des médecins participants (près de 600 heures de présence en tout, soit près de deux heures de travail par patient vu). Sur ces 353 patients, 219 ont été inclus. Les causes de non-inclusion sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 2 : cause de non-inclusion des patients seniors vus pendant la durée de l'enquête

Causes de non-inclusion	Femmes	Hommes	Ensemble	%
Abstinence	25 (+2)	14 (+1)	39 (+3)	33,7
A déjà participé	6	7	13	11,2
Non francophones	2 (+1)	1 (+2)	3 (+3)	2,6
Non lecteurs	8	10	13	11,2
Refus de participer	15	23 (+3)	38 (+3)	32,8
Tr. cognitifs manifestes	3	1 (+1)	4 (+1)	3,5
Urgence médicale	0	1	1	0,9
Retard du médecin	0 (+1)	0 (+1)	0 (+2)	0
Surdité	0	0 (+1)	0 (+1)	0
Tr. visuel	0 (+5)	0 (+3)	0 (+8)	0
TOTAL	59 (+9)	57 (+12)	116 (+21)	100

NB. Les chiffres entre parenthèses sont des causes données en second, deux réponses étant possibles ; les pourcentages sont établis sur les causes données en premier.

La consommation déclarée d'alcool étant connue pour les 219 inclus et pour les 43 personnes se déclarant abstinentes, certains résultats qui suivent prendront ce nombre de 261 personnes comme dénominateur.

3.3 Comparaison patients inclus versus non-inclus.

Les patients inclus ne diffèrent pas des patients non-inclus pour les données sociodémographiques disponibles : âge (âge moyen des inclus 74,2 ans \pm déviation standard (DS) 6,3 ans contre 72,2 ans \pm 14,5 ans (H de Kruskal-Wallis, $p = 0,61$) et sexe (65,5 % de femmes chez les inclus, versus 58,6 %, (X^2 , $p = 0,19$)).

3.4 Prévalence des rapports à l'alcool selon la consommation déclarée d'alcool

Chez les 261 personnes dont la consommation déclarée est connue, 97, soit 37 % ont une consommation inférieure à un verre par semaine, dont 42 (16,1 %) se déclarent totalement abstinents dans le dernier trimestre. La description plus précise des situations est possible pour les 219 inclus grâce au questionnaire de l'ARC.

Cela permet de reconstituer le tableau des prévalences ci-dessous (tableau 3)

Parmi les inclus (non abstinents), la consommation moyenne est chez les hommes de 13,2 verres par semaine \pm 13,4, chez les femmes de 4,9 verres par semaine \pm 6,7 ; ensemble cette consommation moyenne est de 8,4 verres \pm 11,0. La comparaison des moyennes confirme que cette différence entre sexes, qu'on retrouve à tout âge, est très significative (test H, $p < 10^{-6}$). Elle est également retrouvée lorsque on prend en compte les abstinents dans la comparaison (11,4 verres \pm 13,4 versus 4,0 \pm 6,3, $p < 10^{-6}$).

Le tableau 3 donne le résumé des situations en ce qui concerne le risque alcool, défini comme classiquement en France par le seuil de risque de 14 verres ou plus par semaine chez les femmes, et de 21 verres par semaine ou plus chez les hommes. L'abus et la dépendance actuels ont été recherchés chez les inclus par un entretien approfondi mené par l'ARC en utilisant les critères du DSM. Il est remarquable qu'aucune des personnes interrogées n'ait donné d'argument en faveur d'un abus ou d'une dépendance. Seule une personne a été désignée à l'ARC par son médecin comme 'dans le déni' vis-à-vis d'un mésusage non caractérisé plus précisément. Cette personne de 82 ans avait par ailleurs des signes de détérioration cognitive au MMS (score total à 18).

Tableau 3 : Situations à risque selon le sexe

Situations	Effectif (F)	%	[IC95]	Effectif (H)	%	[IC95]	Effectif (H+F)	%	[IC95]
Abstinence	27	17,5	11,5-23,5	15	14,0	7,4-20,6	42	16,1	11,6-20,5
Consommation < aux seuils de risque	102	66,2	58,7-73,7	70	65,4	56,4-74,4	172	65,9	60,1-71,7
Consommation ≥ aux seuils de risque	25	16,2	10,4-22,0	22	20,6	12,9-28,3	47	18,0	13,3-22,7
Total	154	100		107	100		261	100	

3.5 Données concernant les inclus provenant des questionnaires ARC et médecins

3.5.1 Autres caractéristiques sociodémographiques

Le questionnaire de l'ARC recueillait, pour les 217 inclus (donc tous consommateurs d'alcool, même épisodiques) d'autres données sociodémographiques que les seuls sexe et âge, pour lesquels on a vu que les inclus ne différaient pas des non-inclus. Les femmes vivent beaucoup plus souvent seules que les hommes (50,8 % versus 20,7 %, X^2 , $p < 10^{-8}$), essentiellement du fait de leur beaucoup plus fréquent veuvage : tableau 4.

Tableau 4 : situation matrimoniale des inclus

Situation	Femmes N (%)	Hommes N (%)	Ensemble N (%)
Célibataire	5 (4,1)	5 (5,5)	10 (4,7)
Divorcé(e)/ séparé(e)	13 (10,6)	9 (9,8)	22 (10,2)
Marié(e)	56 (45,5)	68 (73,9)	124 (57,7)
Veuf / veuve	49 (39,8)	10 (10,9)	59 (27,4)

$$X^2 = 23,7 \text{ p} = 0,000 \text{ 03}$$

3.5.2 Fonctionnement

Le fonctionnement a été apprécié par l'ARC avec des questions directes, et avec un MMS. Le tableau 5 donne ces résultats concernant le fonctionnement en fonction du genre, les tableaux 7 et 8 s'intéressent aux scores MMS.

Tableau 5 : Fonctionnement

Situations	Femmes	Hommes	Ensemble	tes t	p
	N (%)	N (%)	N (%)		
Conduit	50 (39,7)	69 (75,0)	119 (54,6)	X ²	2.10⁻⁷
Difficultés de lecture	16 (12,7)	13 (14,1)	29 (13,3)	X ²	0,67
Difficultés pour monter un escalier				X ²	0,49
Très limité(e)	7 (5,6)	8 (8,7)	15 (6,9)		
Peu limité(e)	28 (22,2)	16 (17,4)	44 (20,2)		
Pas limité(e)	91 (72,2)	68 (74,9)	159 (72,9)		
Limitation à la marche	26 (20,6)	19 (20,7)	45 (20,6)	X ²	0,99
Limitation à la toilette	13 (10,3)	10 (10,9)	23 (10,6)	X ²	0,85
Chutes	39 (31,0)	16 (17,4)	55 (25,2)	X ²	0,02

Tableau 6 : distribution du MMSE

Scores MMS (/30)	effectifs	%	Classes	Effectifs	%
Donnée manquante	1	0,5	4	79	36,2
17	2	0,9			
18	3	1,4			
19	2	0,9			
20	3	1,4			
21	4	1,8	3	74	33,9
22	14	6,4			
23	15	6,8			
24	22	10,0	2	51	23,4
25	18	8,2			
26	19	8,7			
27	37	16,9	1	14	6,4
28	37	16,9			
29	28	12,8			
30	14	6,4			
Total	219	100		219	100

Lorsqu'on mesure la consommation déclarée d'alcool selon le score MMS, en ne retenant que deux classes (>24 pour la première et ≤ 24 pour la seconde) on constate une différence significative des consommations d'alcool : 7,6 verres ± 10,0 par semaine pour la première, vs. 11,8 ± 13,2 pour la seconde, test de H, p = 0,056).

Il n'y a pas de différence de distribution entre les hommes (score moyen 26,0 ± 2,8) et les femmes (26,0 ± 2,9). Par contre l'âge est statistiquement lié au score MMS, comme le montre le tableau 7 ci-dessous.

Tableau 7 : âge et score MMSE

Classe MMSE	Âge moyen	Déviati on standard
1	72,8	5,7
2	72,5	10,8
3	75,7	5,9
4	79,1	7,2

H = 13,6 pour ddl = 3, p = 0,0036

3.5.3 Pathologie repérée par le médecin traitant

Le questionnaire rempli par le médecin traitant permis de décrire précisément les troubles médicaux repérés et leurs associations. Le tableau 8 décrit les résultats item par item, le tableau 9 regroupe quelques principales classes pathologiques.

Tableau 8 : principaux troubles repérés

Trouble	Hommes (N = 92) %	Femmes (N = 127) %	Ensemble (N = 219) %	Test	p
Epilepsie	0	0,8	0,5	Fisher	1
Goutte	12,0	0	5,0	Fisher	5.10⁻⁵
Hypertension artérielle*	50,0	56,0	53,9	X ²	0,96
Insuffisance cardiaque*	5,4	2,4	3,7	Fisher	0,29
Angor*	14,1	7,1	10,0	X	0,09
Troubles cognitifs	2,2	7,9	5,5	X ²	0,07
Diarrhée**	9,8	5,5	7,3	X ²	0,23
Nausée**	4,3	1,6	2,7	Fisher	0,24
Pyrosis**	8,7	8,7	8,7	X ²	0,99
Ulcère gastroduodéal**	0	0	0		
Autre gastropathie**	14,1	12,6	13,2	X ²	0,74
Hépatite**	0	0,8	0,5	Fisher	0,58
Pancréatite**	0	0	0		
Troubles douloureux	22,8	20,5	21,5	X ²	0,68
Ostéoporose	3,3	19,7	12,8	X ²	0,0003
Arthropathies	29,3	31,5	30,6	X ²	0,73
Incontinence urinaire	3,3	4,7	4,1	Fisher	0,74
Anxiété***	20,7	28,3	25,1	X ²	0,19
Dépression***	10,9	15,7	13,7	X ²	0,30
Insomnie***	13,0	23,6	19,2	X ²	0,049

Troubles douloureux : nécessitant au moins des antalgiques de classe 2

Tableau 9 : Trois classes de troubles repérés

Trouble	Hommes (N = 92) %	Femmes (N = 127) %	Ensemble (N = 219) %	Test	p
*Problème cardiaque	56,5	57,5	57,1	X ²	0,89
**Problème digestif	25,0	22,8	23,7	X ²	0,71
***Trouble psychique	28,3	41,7	36,1	X ²	0,04

Les troubles médicaux peuvent être liés à l'âge. On a voulu vérifier pour certains troubles ce lien en comparant les âges moyens selon que le trouble existât ou non. On a pu ainsi obtenir le tableau 10, qui montre que ce lien est particulièrement net en ce qui concerne l'hypertension artérielle (HTA), l'insuffisance cardiaque et les troubles cognitifs repérés par le médecin.

Tableau 10 : lien entre âge et pathologie

Trouble médical		Âge moyen	± DS	Test	p
HTA	présente	75,8	6,4	F	4.10⁻⁵
	absente	72,3	5,7		
Insuff. cardiaque	présente	79,0	7,7	F	0,026
	absente	74,0	6,2		
Ostéoporose	présente	75,7	5,6	F	0,18
	absente	74,0	6,4		
Troubles cognitifs	présents	79,3	7,0	F	0,003
	absents	73,9	6,1		
Troubles digestifs	présents	73,5	6,1	F	0,39
	absents	74,3	6,3		
Troubles psychiques	présents	74,6	6,1	F	0,39
	absents	73,9	6,4		

Les troubles cognitifs sont ici ceux qui sont signalés par le médecin traitant.

Il existe aussi un lien statistique entre les différentes catégories de troubles, de façon significative pour le lien entre troubles digestifs et troubles psychiques (tableau 11) et avec une tendance pour le lien entre troubles psychiques et troubles cognitifs ($X^2 = 2,73$, $p = 0,09$) et pour le lien entre troubles digestifs et troubles cognitifs ($X^2 = 0,07$, $p = 0,07$). Les troubles psychiques jouent ici très probablement le rôle de facteur de confusion.

3.5.4 Traitements connus du médecin

Le tableau 11 décrit les traitements connus du médecin généraliste. La dernière ligne regroupe sous le vocable de psychotropes tous les médicaments prescrits comme tels, non ceux qui peuvent potentiellement avoir un effet psychotrope. Le cumul de traitements médicamenteux est la règle, avec une distribution qui va de pas de médicament quotidien (pour 12,8 % des patients inclus), à 12 classes de spécialités différentes par jour (pour un patient), avec une moyenne de 3,05 classes par jour ($\pm 0,16$), sans différence significative entre hommes ($3,11 \pm 2,7$) et femmes ($3,0 \pm 2,17$). Les médicaments « occasionnels » (moins de 4 prises par semaine) représentent beaucoup moins que les quotidiens (en moyenne 0,2 classes par patients, sans différence entre les genres).

Ces nombres représentent les classes différentes de médicaments, puisque pour une même classe un ou une patient(e) peut recevoir plusieurs spécialités, comme par exemple pour les anti-hypertenseurs, classe dans laquelle un patient peut recevoir de 1 à 4 produits différents, avec une moyenne proche de 1,5.

Tableau 11 : médicaments consommés

Médicaments	Hommes (N = 92) %	Femmes (N = 127) %	Ensemble (N = 219) %	Test	p
Anti-angoreux	10,9	4,7	7,3	X ²	0,08
Anti-coagulants	23,9	14,2	18,3	X ²	0,065
Antihypertenseurs	52,2	59,1	56,2	X	0,31
Autres ttt cardiologiques	18,5	12,6	15,1	X ²	0,22
AINS	6,5	13,4	10,5	X ²	0,10
Aspirine	1,1	0	0,5	Fisher	0,42
Antalgiques de classe 2	15,2	23,6	21,1	X ²	0,12
Insuline	0	3,1	1,8	Fisher	0,14
Antidiabétiques oraux	14,1	7,1	10,0	X ²	0,09
Anticholestérolémians	44,6	45,7	45,2	X ²	0,87
Antacides	23,9	26,8	25,6	X ²	0,63
Anti-histaminiques non sédatifs	6,5	7,1	6,8	X ²	0,87
Anti-histaminiques sédatifs	0	2,4	1,4	Fisher	0,42
Ttt de l'adénome de la prostate	25,0	0	10,5	X ²	<10⁻⁸
Ttt des troubles de l'érection	2,2	0	0,9	Fisher	0,31
Antidépresseurs	8,7	13,4	11,4	X ²	0,28
Acide valproïque	1,1	0	0,5	Fisher	0,42
Méprobamate	1,1	3,9	2,7	Fisher	0,40
Neuroleptique	4,3	3,9	4,1	Fisher	1
Autres sédatifs	16,3	29,1	23,7	X ²	0,028
Psychotropes	25,0	34,6	30,6	X ²	0,12

Ttt : traitements

3.5.5 Les consommations déclarées à l'assistant de recherche clinique

Les consommations ont été interrogées pour la période actuelle et pour le passé.

3.5.5.1 Tabac

En ce qui concerne le tabac, il n'y a pas de différence sur le tabagisme actuel entre hommes (8,7 % de fumeurs) et femmes (7,9 % de fumeuses, $p = 0,84$). Mais en ce qui concerne le tabagisme passé, les hommes ont été beaucoup plus souvent fumeurs : 72,8 % versus 27,8 %, $p > 10^{-8}$). Chez les fumeurs(ses), la consommation moyenne est de 12,4 cigarettes par jour, plus élevé chez les hommes ($13,8 \pm 5,1$ vs. 11,3), mais de façon non significative ($F, p = 0,53$).

3.5.5.2 Cannabis

Il n'y a pas de consommation actuelle de drogues illicites chez les inclus, et l'on ne retrouve que 4 personnes (2 dans chaque sexe) qui déclarent avoir jadis fumé du cannabis.

3.5.5.3 Alcool

Nous rappelons que tous les inclus avaient déclaré une occasion de consommer de l'alcool dans le trimestre qui précède la consultation. La consommation d'alcool moyenne est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes : 13,2 verres \pm 13,7 vs. 4,9 \pm 6,7 (test H de KW, $p < 10^{-6}$).

La consommation à risque, comme on la définit chez les adultes plus jeunes, concerne, comme on l'a déjà vu plus haut, 23,9 % des hommes et 19,7 % des femmes, ce qui n'est pas différent statistiquement. Seules 3 personnes (3 hommes, répondent positivement à un critère de dépendance selon le DSM, donc aucune personne incluse n'a été considérée comme dépendante à l'issue des 219 entretiens avec l'ARC.

3.6 Données concernant les inclus provenant du questionnaire EDDA

3.6.1 Qualité de remplissage des dossiers EDDA par les patients.

Pour qu'un dossier EDDA soit considéré comme exploitable par l'outil informatique d'analyse, il faut que suffisamment de données soient présentes pour que l'algorithme soit en état de caractériser « à coup sûr » la situation. On verra dans la discussion que la présence de dossiers « inexploitables » risque plutôt d'augmenter la proportion de situations de risque ou de dommages.

Sur 219 dossiers analysés, 36 étaient considérés par l'algorithme comme inexploitables (16,4 %). Les prochaines descriptions portent donc sur 183 dossiers. Cependant, il est à relever que l'algorithme compte comme exploitables les dossiers qui comportent au moins les renseignements sur quantité et fréquence, et passe outre l'absence de données sur la fréquence des alcoolisations aiguës (56 dossiers parmi les dossiers exploités, soit 30,6 %).

La qualité de remplissage est influencée par le niveau cognitif : lorsque EDDA est exploitable, le score MMSE moyen est de 26,1 \pm 2,9, contre 25,1 \pm 2,5 dans le cas contraire ($F = 3,59$, $p = 0,06$). Il en est d'ailleurs de même pour les durées de remplissage, qui varient selon les scores au MMSE (tableau 12).

Tableau 12 : durée de remplissage d'EDDA et niveau cognitif selon les classes de scores au MMSE

Classes MMSE	Durée moyenne de remplissage (mn)	\pm DS (mn)
Classe 1 (scores de 28 à 30)	8,2	4,0
Classe 2 (scores de 25 à 27)	10,0	4,2
Classe 3 (score de 22 à 24)	10,5	5,5
Classe 4 (score inférieur à 22)	11,8	5,7

H de K-W 13,6 pour d.d.l. = 3, $p = 0,0036$

3.6.2. Niveaux de risque

3.6.2.1 Répartition des niveaux de risque

Le tableau 13 donne la répartition des niveaux de risque pour les 183 dossiers exploités. La distribution est très différente selon les genres.

Tableau 13 : niveaux de risque selon EDDA

Situations	Hommes		Femmes		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Domage(s)	46	56,8	41	40,2	87	47,5
Risque(s)	16	19,8	14	13,7	30	16,4
Sans risque	19	23,5	47	46,1	66	36,1
Total	81	100	102	100	183	100

$$X^2 = 10,02 \text{ pour d.d.l.} = 2, p = 0,0067.$$

Du fait de la faiblesse des effectifs, les intervalles de confiance à 95 % sont « larges » :

Fréquence de la situation à risque :
Hommes : [11,2 % - 28,5 %]
Femmes : [7,0 % - 20,4 %]
Ensemble : [11,0 % - 21,8 %]

Fréquence de la situation de dommage :
Hommes : [45,8 % - 67,8 %]
Femmes : [30,7 % - 49,7 %]
Ensemble : [40,3 % - 54,7 %]

Ces « prévalences » sont à remettre dans le contexte de l'enquête, d'où les abstinentes étaient exclus. Il s'agit donc des prévalences parmi les consommateurs d'alcool inclus, qui représentent 51,8 % de l'échantillon initial de personnes consultant leur médecin généraliste.

3.6.2.2 Composantes d'EDDA selon le sexe et lien avec la consommation d'alcool déclarée

EDDA comporte six composantes qui peuvent amener chacune à conclure à un risque, un dommage ou à l'absence de l'un et de l'autre. Ces six composantes sont : (1) le niveau de consommation régulière ; (2) la fréquence des consommations aiguës excessives ; (3) l'existence de problèmes directement secondaires à la consommation d'alcool ; (4) l'interférence avec les médicaments ; (5) l'interférence avec l'état de santé et (6) l'interférence avec le fonctionnement.

Certaines de ces composantes diffèrent nettement selon le sexe : voir tableau 14.

Tableau 14 : composantes d'EDDA selon le sexe.

Composante	Femmes N= 102	Hommes N = 81	Ensemble N = 183	Test	p
Consommation habituelle (%)					
Pas de risque	81,4	64,2	73,8	X ²	0,009
Risque	18,6	35,8	26,2		
Excès occasionnels (%)					
Inexploitable	43,1	14,8	30,6	X ² sur les 3 classes	0,0002
Pas de risque	38,2	58,0	47,0		
Risque	18,6	27,2	22,4		
Problèmes dus à l'alcool (%)					
Ni risque ni dommage	96,1	90,1	93,4	X ²	0,11
Dommage	3,9	9,9	6,6		
Interf. avec les médicaments (%)					
Pas de risque	60,8	40,7	51,9	X ²	0,02
Risque	19,6	27,2	23,0		
Dommage	19,6	32,1	25,1		
Interf. avec l'état de santé (%)					
Pas de risque	62,7	51,9	57,0	X ²	0,33
Risque	13,7	18,5	15,8		
Dommage	23,5	29,6	26,2		
Interf. avec le fonctionnement (%)					
Pas de risque	92,2	86,4	89,6	X ²	0,08
Risque	6,9	6,6	6,6		
Dommage	1,0	7,4	3,8		

Interf. : Interférence(s)

La CDA est très liée à la quasi-totalité des composantes d'EDDA : tableau 15

Tableau 15 : consommation déclarée d'alcool et composantes d'EDDA

Composante EDDA	CDA moyenne ± DS dans la catégorie...			Test	p
	...pas de risque	...risque	...dommage		
Consommation habituelle	5,2 ± 6,4	18,9 ± 14,8	--	H	<10 ⁻⁶
Excès occasionnels	6,2 ± 7,0	15,5 ± 17,3	--	H	0,002
Problèmes dus à l'alcool	8,4 ± 10,0	--	13,9 ± 21,6	H	0,36
Interf. avec les médicaments	5,3 ± 11,0	11,5 ± 9,8	15,5 ± 10,2	F	0,0002
Interf. avec l'état de santé	5,5 ± 10,5	11,8 ± 7,9	14,2 ± 11,6	F	7.10 ⁻⁶
Interf. avec le fonctionnement	8,1 ± 10,7	7,9 ± 5,1	26,4 ± 13,4	H	0,001
Total EDDA	2,3 ± 3,5	7,5 ± 8,8	14,1 ± 12,8	H	<10 ⁻⁶
Total EDDA - hommes	3,3 ± 3,7	11,5 ± 10,0	18,8 ± 15,0	H	10 ⁻⁶
Total EDDA - femmes	1,9 ± 3,4	2,9 ± 3,8	8,8 ± 6,8	H	3. 10 ⁻⁶

Interf. : Interférence(s)

La « consommation à risque », telle qu'elle est définie par les seuils de risque de 14 verres/semaine pour les femmes et 21 verres/semaine pour les hommes est très logiquement

fortement liée à la caractérisation du niveau de risque par EDDA, que ce soit chez les hommes ($p = 0,002$), chez les femmes ($p = 10^{-5}$), ou pour les deux sexes ensemble ($p = 3.10^{-8}$).

3.6.2.3 Niveaux de risque EDDA et caractéristiques sociodémographiques

En dehors du sexe, une seule caractéristique sociale est associée au niveau de risque, et ce du fait qu'elle est intégrée dans l'algorithme, le fait d'être conducteur(trice) : tableau 16.

Tableau 16 : niveaux de risque et caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristique	Domage	Risque	Pas de risque	Total	Test	p
Âge (moyenne \pm DS)	74,2 \pm 6,4	72,7 \pm 5,7	72,8 \pm 10,9		X ²	0,61
Vit seul (%)						
Oui	41,7	19,4	38,9	100	X ²	0,40
Non	51,4	14,4	34,2	100		
Situation maritale (%)						
Célibataire	66,7	33,3	0	100	X ²	0,15
Divorcé(e)/ séparé(e)	31,6	15,8	52,6	100		
Veuf / veuve	42,0	18,0	40,0	100		
Marié(e)	52,0	14,7	33,3	100		
Conduit (%)						
Oui	53,3	18,1	28,6	100	X ²	0,067
Non	40,0	14,7	45,3	100		

3.6.2.4 Niveaux de risque selon EDDA et caractéristiques de fonctionnement

Parmi les personnes dont les questionnaires EDDA sont exploitables, il n'y a pas de différences pour les scores moyens au MMSE selon le niveau de risque alcool.

Nous n'avons pas retrouvé de différences liées aux niveaux de risque EDDA dans les caractéristiques de fonctionnement telles qu'elles ont été décrites à l'ARC [difficultés à lire ($p = 0,79$), à monter un escalier ($p = 0,35$), à la toilette ($p = 0,25$), à la marche ($p = 0,13$)].

Cependant, la fréquence des chutes semble différente selon le groupe de risque déterminé par EDDA, mais les effectifs dans les classes qualitatives (chutes très fréquentes, peu fréquentes, absentes) ne permettaient pas de le vérifier sans recourir à des regroupements arbitraires. Pour vérifier l'hypothèse du lien entre chutes et niveau de risque selon EDDA, nous avons créé une variable quantitative pour les chutes déclarées, valant 0 si la personne déclaraient ne pas subir de chutes, valant 1 en cas de chutes peu fréquentes et 2 en cas de chutes fréquentes. Cette variable vaut en moyenne $0,39 \pm 0,60$ dans le groupe « domage », $0,20 \pm 0,40$ dans le groupe « risque » et $0,15 \pm 0,36$ dans le groupe « pas de risque ». Le test de H indique un $p = 0,02$.

3.6.2.5 Niveaux de risque selon EDDA et troubles médicaux connus du médecin.

Nous avons exploré systématiquement tous les liens possibles entre pathologie décrite par le médecin et niveau de risque EDDA, pour repérer ceux des troubles connus qui « pesaient » le plus dans la caractérisation par le traitement informatique des données apportées par les patient(e)s. Pour alléger le compte-rendu, nous n'indiquons ici que les liens repérés, qui vont tous dans le même sens [la présence du trouble est associée à un pourcentage accru de risque(s) et/ou de domage(s)] : le lien est notable pour l'angor ($p = 0,045$), les troubles digestifs ($p = 0,020$), les

troubles anxieux ($p = 0,001$), les troubles psy en général ($p = 0,041$), le statut tabagique en deux classes ($p = 0,069$) ou en trois classes ($p = 0,0075$), où les ex-fumeurs ont une position médiane entre fumeurs actuels et non-fumeurs. Les autres données pathologiques n'ont pas de lien, dans cette analyse, avec le niveau de risque selon EDDA.

3.6.2.6 Niveaux de risque et traitements médicamenteux selon le médecin

On peut de même évaluer le lien entre niveaux de risque selon EDDA et traitements médicamenteux connus du médecin traitant. Le lien est statistiquement significatif pour les traitements par sédatifs ($p = 0,025$), et les traitements par psychotropes en général ($p = 0,014$).

Une analyse quantitative montre d'autres liens, selon une modalité inédite (tableau 17)

Tableau 17 : nombre de médicaments pris et niveau de risque selon EDDA

Caractéristique	Dommage	Risque	Pas de risque	Test	p
Nombre de médicaments pris quotidiennement	3,4 ± 2,4	2,2 ± 2,2	2,7 ± 2,1	F	0,023
Nombre total de médicaments pris	3,6 ± 2,5	2,4 ± 2,4	3,0 ± 2,2	F	0,025
Nombre total d'antihypertenseurs*	1,6 ± 0,9	1,5 ± 0,7	1,9 ± 0,9	F	0,23

* chez les patients en recevant

3.7 Les patients en situation de dommage

Quatre-vingt-sept patients sont considérés par EDDA comme subissant un dommage dû à l'alcool. Le tableau 14 a montré la distribution du risque selon les critères et les questions, quantité usuelle, consommation aiguë excessive, problème d'alcool ou interférence(s) avec l'état de santé, les traitements ou le fonctionnement. Le tableau 18 résume de façon quantitative le niveau de risque en attribuant la valeur 1 à tout risque identifié, et la valeur 2 à tout dommage identifié, pour les trois premières composantes d'EDDA.

Tableau 18 : risque alcool quantifié (consommateurs avec dommage)

risque alcool pris isolément	effectifs	
niveau 0	30	34,5 %
niveau 1	28	32,2 %
niveau 2	18	20,7 %
niveau 3	3	3,4 %
niveau 4	4	4,6 %
niveau 5	2	2,3 %
niveau 6+	2	2,3 %
Total	87	100,0 %

Le tableau 19 exprime de la même façon quantifiée les effets des interférences entre alcool et contexte médical.

Tableau 19 : niveaux d'interférences (consommateurs avec dommages)

niveau de risque d'interférences		
niveau 0	2	2,3 %
niveau 1	0	0,0 %
niveau 2	28	32,2 %
niveau 3	28	32,2 %
niveau 4	24	27,6 %
niveau 5	1	1,1 %
niveau 6	4	4,6 %
Total	87	100,0 %

Le tableau 20 somme les deux tableaux 18 et 10, pour décrire la distribution du risque chez les personnes qui sont selon EDDA dans la consommation avec dommages.

Tableau 20 : distribution du risque global, interférences prises en compte (consommateurs avec dommages)

niveau de risque global		
niveau 0	0	0,0 %
niveau 1	0	0,0 %
niveau 2	11	12,6 %
niveau 3	21	24,1 %
niveau 4	20	23,0 %
niveau 5	14	16,1 %
niveau 6	11	12,6 %
niveau 7	5	5,7 %
niveau 8	5	5,7 %
Total	87	100,0 %

3.8 EDDA et ses critères de validité

3.8.1 La passation d'EDDA en salle d'attente

Le taux de refus d'entrée dans l'étude (41 personnes sur 353, 11,7 %) ne doit pas être assimilé au taux de refus « dans la vraie vie », puisque l'acceptation de l'inclusion impliquait une disponibilité plus grande que le seul remplissage d'EDDA. Il est possible que la mise en avant de problèmes sensoriels soit quelquefois un refus déguisé.

L'affiche qui avait été apposée dans les cabinets où l'étude a eu lieu a été ignorée dans la plupart des cas (70,6 %). Elle a été jugée mal conçue par quelques-uns des patients qui l'avaient vue...

La plupart des patients (80,4 %) déclare cependant avoir bien compris l'objet du questionnaire dès la salle d'attente. Seules 16 personnes (7,3 % des répondants, pas de différences hommes/femmes) ont été gênées par certaines questions, et dans 6 cas ce sont les questions sur l'alcool qui sont citées. Vingt-cinq personnes font état de questions non comprises. Soixante-dix personnes (32,1 %) ont hésité sur des questions, essentiellement celles portant sur les médicaments.

La taille des caractères d'impression du questionnaire a paru suffisante à presque tous les répondants (2 exceptions).

Le questionnaire a été jugé trop long par 27 personnes, soit 12,4 % des répondants.

La durée moyenne de remplissage d'EDDA, nous l'avons vu, est de 9,6 mn, elle est influencée non par l'âge ni par le sexe, mais par le niveau cognitif.

3.8.2 Le traitement informatique d'EDDA par le CARPS

Dans notre dispositif expérimental, la saisie simple des données d'EDDA (sur Microsoft Access®) a pris en moyenne 5 mn. Le traitement des données produit in fine un classement (et donc un livret de conseil) dans 83,6 % des cas.

3.8.3 Cohérence interne du questionnaire

Le tableau 21 donne les liens statistiques retrouvés par croisements entre les 6 « composantes » d'EDDA.

Tableau 21 : croisement deux à deux des distributions du risque selon les six composantes d'EDDA

Composantes 1	Composantes 2	test	p
Quantité usuelle	Excès aigu	X ²	10 ⁻⁸
=	Problème dû à l'alcool	X ²	0,008
=	Interférence avec médicaments	X ²	10 ⁻⁸
=	Interférence avec la santé	X ²	10 ⁻⁸
=	Interférence avec fonctionnement	X ² (MH)	<0,001
Excès aigu	Problème dû à l'alcool	X ²	4.10 ⁻⁵
=	Interférence avec médicaments	X ²	0,0001
=	Interférence avec la santé	X ²	0,001
=	Interférence avec fonctionnement	X ² (MH)	p>0,88
Problème dû à l'alcool	Interférence avec médicaments	X ²	10 ⁻⁸
=	Interférence avec la santé	X ²	0,82
=	Interférence avec fonctionnement	Fisher *	0,64
Interférence avec médicaments	Interférence avec la santé	X ²	10 ⁻⁸
=	Interférence avec fonctionnement	X ² *	0,02
Interférence avec la santé	Interférence avec fonctionnement	X ² *	0,14

* avec regroupement en 2 classes pour les interférences avec le fonctionnement : pas de risque et risque ou dommage

3.8.4 Comparaison avec les données externes

3.8.4.1 Avec la consommation à risque

Le tableau 22 donne les liens statistiques entre les différentes composantes d'EDDA et les consommations à risque selon les critères classiques (14 verres par semaine ou plus pour les femmes, 21 verres pour les hommes. Il présente enfin les liens entre score total EDDA et consommation à risque, pour les deux sexes ensemble puis séparément.

Tableau 22 : croisement des six composantes d'EDDA avec la consommation à risque

Composantes	test	p
Quantité usuelle	X ²	10 ⁻⁸
Excès aigu	X ²	2.10 ⁻⁵
Problème dû à l'alcool	Fisher	0,47
Interférence avec médicaments	X ²	10 ⁻⁴
Interférence avec la santé	X ²	4.10 ⁻⁸
Interférence avec fonctionnement	Fisher *	0,14
Total EDDA	X ²	3.10 ⁻⁸
Total EDDA - hommes	X ²	0,002
Total EDDA – femmes	X ²	10 ⁻⁵

* avec regroupement en 2 classes pour les interférences avec le fonctionnement : pas de risque et risque ou dommage

3.8.4.2 Avec les données médecin et ARC

Nous avons procédé par sondage à une comparaison des données apportées par le questionnaire médecin sur les problèmes médicaux et les traitements, et par le questionnaire ARC sur le fonctionnement, d'une part, avec les données sur les mêmes sujets telles qu'elles avaient été rapportées par les patients quand ils ont rempli EDDA, d'autre part. Pour cela, nous avons tiré au sort 20 patients, et appliqué une grille de correspondance sur les 21 classes de la pathologie décrites, les 20 classes médicamenteuses et 4 problèmes de fonctionnement (toilette, marche, escalier, lecture) plus les chutes, soit 46 items par patient (et 920 items en tout).

Nous avons classé les situations en trois modalités pour chaque item : congruence, divergence, ou impossibilité de conclure (par défaut d'information d'un côté ou de l'autre). Nous avons enfin saisi les 20 « EDDA reconstitués » dans le logiciel CARPS pour déceler les éventuels changements dans le classement que les « corrections des erreurs des patients » pourraient avoir provoqués en termes de niveaux de risque finals.

On trouvera tableau 23 les résultats de cette démarche de comparaison externe.

Tableau 23 : qualité de remplissage des questionnaires EDDA

Classes de renseignement (nombre d'items vérifiés)	Congruences	Divergences	Non conclusion	% Congruences
Pathologie (N = 420)	370	25	25	88,1 %
Médicaments (N = 400)	292	68	30	73,0 %
Fonctionnement (N = 100)	89	5	6	89,0 %
Total (N = 920)	751	98	61	81,3 %

En entrant les questionnaires EDDA ainsi reconstitués dans le logiciel, nous n'avons observé qu'une seule modification de classement sur les 20 dossiers de l'échantillon, qui se répartit avant et après selon la distribution décrite tableau 24. Un patient est ainsi passé de la catégorie « sans risque » à la catégorie « à risque », du fait d'une meilleure prise en compte de ses traitements médicamenteux.

Tableau 24 : niveaux de risque EDDA selon les réponses du (de la) patient(e) et selon les données médecin et ARC

		Classes de risque selon EDDA reconstitué (par questionnaires médecin et ARC)			TOTAL
		Sans risque	Risque	Dommmage	
Classes de risque selon EDDA (patient)	Sans risque	7	0	0	7
	Risque	1	4	0	5
	Dommmage	0	0	8	8
TOTAL		8	4	8	20

3.8.5 Données du questionnaire médecin final

Huit médecins ont rempli le questionnaire final, soit 44,4 %. Le caractère biaisé de cet échantillon, son faible effectif et le caractère globalement unilatéral des réponses, très favorables au questionnaire EDDA en font un instrument non interprétable à ce jour.

4 Discussion

4.1 Validité des données et biais

Les données recueillies pendant cette enquête sont issues d'un échantillon qui n'est ni aléatoire ni nécessairement représentatif des consultants de médecine générale âgés de 65 et plus. La grande difficulté que nous avons eue, comme lors de l'enquête de faisabilité³⁹, pour recruter des médecins participants, font de ceux qui ont accepté un échantillon particulièrement biaisé. En ce qui concerne l'échantillon patients, il est difficile de dire en quelles directions il pourrait être biaisé : la localisation de l'étude en région Île-de-France, en particulier dans la proche banlieue parisienne, augmente, par rapport à l'ensemble de la population, la proportion de patients d'origine maghrébine, qui sont plus souvent abstinentes (et quelquefois non ou difficilement francophones). La fréquence de l'abstinence dans l'échantillon n'est pas cependant d'un niveau exceptionnel.

Il s'agit donc, sans plus de prétention à la généralisation des données épidémiologiques, d'un premier échantillon, à notre connaissance, constitué pour étudier directement les problèmes liés à l'alcool dans cette population spécifique. La démarche de validation externe n'est pas modifiée par les biais éventuels introduits dans l'échantillon patients.

La qualité des données a été garantie par un recueil respectueux du protocole, avec des ARC alcoologues formés (2 médecins et un éducateur titulaire d'un diplôme d'université d'alcoologie, ayant travaillé dans une structure d'alcoologie). La saisie et l'analyse ont été réalisées en respect des normes en vigueur.

4.2 Données épidémiologiques

4.2.1 Sens des résultats : précisions des mesures

Les mesures des prévalences doivent être interprétées avec précaution, du fait des biais signalés ci-dessus. La faiblesse numérique (relative) de l'échantillon, très en deçà de ce qui était prévu, crée des intervalles de confiance assez « larges ». Ceci est notamment vrai pour la prévalence des consommations à risque. Cette étude donne cependant la première mesure de la prévalence du risque alcool, tel qu'il est habituellement défini par le dépassement des seuils de risque, dans la population des seniors, et l'on constate qu'il est particulièrement fréquent (environ un cinquième des hommes et un sixième des femmes)... à 5 % près. On verra plus bas qu'il est beaucoup plus faible que l'estimation donnée par EDDA pour la fréquence du risque et des dommages, du fait de la prise en compte des interférences. Il est intéressant de rapprocher cette donnée de la première partie du tableau 14, portant sur les composantes d'EDDA qui portent sur la seule consommation et ses conséquences :

Composante	Femmes N= 102	Hommes N = 81	Ensemble N = 183	Test	p
Consommation habituelle (%) Pas de risque	81,4	64,2	73,8	X ²	0,009
Risque	18,6	35,8	26,2		
Excès occasionnels (%) Inexploitable	43,1	14,8	30,6	X ² sur les 3 classes	0,0002
Pas de risque	38,2	58,0	47,0	X ² sur les 2 dernières classes	0,91
Risque	18,6	27,2	22,4		
Problèmes dus à l'alcool (%) Ni risque ni dommage	96,1	90,1	93,4	X ²	0,11
Dommage	3,9	9,9	6,6		

On voit que pour 18,6 % des femmes, la consommation habituelle (la quantité par semaine) est considérée comme dangereuse : on est dans l'intervalle de confiance de notre mesure, et que pour les hommes, cette situation de risque est donnée ici pour 35,8 % des patients, au-dessus de la borne supérieure de notre intervalle de confiance (28,3 %, voir tableau 3). Il y a deux raisons à cela : (1) le dénominateur n'est pas le même, puisque dans notre calcul de prévalence les abstinents sont pris en compte ; et (2) les seuils de risques pour l'algorithme d'EDDA sont ceux décidés par le groupe de consensus des experts américains, qui ont vraisemblablement repris ceux des autorités sanitaires américaines : pas plus de 2 verres par jour en moyenne. Il faudra en tenir compte dans la discussion générale sur la pertinence d'EDDA.

Par contre, le risque lié attaché aux consommations aiguës est clairement défini par le seuil de 4 verres par occasion pour une femme, 5 pour un homme, comme il est assez fréquent dans la définition d'une « bigne » (« cuite ») dans la littérature de langue anglaise, et comme c'est repris dans le questionnaire lui-même (la question des « binges » tient compte du sexe). C'est la question sur l'alcool qui a le plus embarrassé les répondeurs à EDDA, du fait sans doute de la régularité des consommations, plus facile à décrire que les situations exceptionnelles.

Enfin, la consommation problématique concerne 3,9 % des femmes et 9,9 % des hommes inclus avec un EDDA exploitable. Il est néanmoins difficile de parler de « prévalence » de troubles dont la définition n'est pas précisée (sauf individuellement, dans les rapports délivrés au patient de façon automatique par le CARPS).

L'abstinence était considérée comme présente sur la déclaration de l'absence de consommation de toute forme de boisson alcoolisée dans le dernier trimestre, ce qui constituait un critère d'exclusion, comme cela était le cas dans l'étude de validation américaine de Fink et coll. Même si elle était posée de façon bienveillante, cette question, venant tôt, pouvait inciter les personnes en difficulté avec l'alcool à éviter de se confronter à cette réalité, et il n'est pas impossible que certain(e)s de ces abstinents, pour lequel(le)s le protocole de l'étude n'a pas permis que nous ayons plus d'information, notamment de la part du médecin, aient été des dépendants ou des abuseurs. Ceci pourrait contribuer à expliquer l'absence de dépendants au questionnement de l'ARC, même si le hasard et/ou la rareté du phénomène dépendance pourraient être deux autres explications, moins crédibles toutefois, du fait de sa fréquence habituelle dans la société française. Il aurait sans doute été préférable d'inclure les abstinents, et tout nouveau travail sur EDDA devrait tenir compte de cette expérience.

4.2.2 Comparaison avec les études disponibles en France

En France, une approche de la prévalence de la consommation dangereuse d'alcool est donnée par l'enquête PAQUID portant sur une population de 65 ans et plus vivant à domicile : 40 % des sujets consommaient un quart de litre de vin par jour ou plus, et 15 % un demi-litre de vin ou plus.⁴⁰ Cette enquête a eu lieu dans la région de Bordeaux, et la cohorte suivie, nombreuse, exprime les habitudes de cette région viticole.

Nous avons discuté en introduction (p 5) ce que l'on sait de la consommation des personnes âgées en France : c'est dans la tranche d'âge 65-75 ans que la consommation quotidienne est la plus fréquente : elle concerne alors 65 % des hommes et 33 % des femmes.

Enfin, comme nous l'avons également signalé en introduction, la prévalence de l'alcoolodépendance en service de gériatrie est estimée 3 % chez les femmes et 18 % chez les hommes.²³ Concernant les patients hospitalisés en gériatrie, 25 % étaient 'buveurs excessifs' (16 % des femmes et 47 % des hommes).²⁴ Il va de soi que la santé des personnes âgées en institution est en moyenne moins bonne que celle des personnes autonomes, et un des facteurs expliquant la perte

d'autonomie pourrait être justement l'usage excessif de boissons alcoolisées, à moins de considérer que l'hébergement en institution amène les personnes à abuser, ou à aggraver leur consommation.

Ici, les alcoolodépendants sont absents des évaluations par l'ARC, mais il est à noter que dans l'enquête de faisabilité réalisée en 2004-5 (voir rapport en annexe), sur les 71 patients inclus cinq patients (cinq hommes) étaient alcoolodépendants (prévalences 7 % pour les hommes et 0 % pour les femmes) et trois patients (2 hommes et 1 femme) étaient abuseurs. Le recrutement dans cette étude était cependant différent, puisqu'il s'agissait de personnes plus âgées (moyenne d'âge 77 ans) consultant en gériatrie ou hospitalisées.

4.2.3 Comparaison avec les études internationales

La revue de Tivis déjà citée⁷ montre la prévalence élevée de l'alcoolodépendance parmi les patients âgés hospitalisés ou consultants, jusqu'à 50 % des sujets. Selon les études menées en population générale, la prévalence de l'alcoolodépendance chez les personnes âgées serait aux USA de 2 à 14 % (mais de 20 à 25 % en institution) et celle de la consommation excessive d'alcool de 6 à 25 %. Nous ne sommes pas en mesure de comparer nos chiffres avec ceux de ces études portant sur de vastes échantillons, mais qui ont utilisé des critères diagnostiques constitués par des scores à des questionnaires de repérage, ce qui explique les divergences très importantes entre ces différentes estimations. Elles se rejoignent au moins pour considérer la fréquence de l'alcoolisation excessive et de la dépendance chez les seniors comme constitutive d'un problème de santé publique.

4.3 Liens entre niveaux de risques, niveaux de consommation d'alcool et interférences

4.3.1 Le niveau de risque lié à la seule consommation d'alcool est élevé

Le risque attaché à la seule consommation, en utilisant le terme « consommation à risque » comme on le fait pour les patients plus jeunes, en fonction des seuils dit en France « seuils OMS », est aussi fréquent que lorsqu'on le recherche chez les consultants des médecins généralistes tous âges. Cela contredit donc l'impression générale que les médecins expriment spontanément, à savoir que « ça se tasse avec l'âge ». Le risque est plus souvent lié à la consommation régulière qu'aux alcoolisations exceptionnelles.

4.3.2 L'importance majeure des interférences avec les traitements

Le plus souvent, la caractérisation « consommation à risque » ou consommation avec dommages » donnée par le traitement informatique d'EDDA est provoquée par une ou plusieurs interférences avec les médications prescrites. Celles-ci sont dans notre échantillon très représentatives, en quantité et en qualité, des produits consommés par les seniors français. L'intuition des créateurs de l'ARPS est une nouvelle fois confirmée : c'est en fonction du contexte de la prise d'alcool que celle-ci se révèle le plus souvent dangereuse, et dans le contexte, ce sont les interactions entre alcool et psychotropes (sédatifs en tête) qui sont les plus préoccupantes. Sachant que les insomnies et l'anxiété sont souvent causées par la consommation excessive d'alcool, on retrouve ici un cercle vicieux dans lequel le médecin joue, à son insu, un rôle-clé dans l'aggravation du risque.

On peut aussi relever que ces interactions alcool-médicaments sont très corrélées au niveau de consommation, et qu'une approche de réduction de la consommation est probablement réaliste pour diminuer le risque dû à ces interactions. L'approche du CARPS est cependant plus exhaustive : en mettant l'accent sur l'interaction, elle rappelle aussi qu'il est possible de réduire le

risque en modifiant les prescriptions, notamment de psychotropes, dont on se souvient que les médecins français sont les champions du monde.

4.3.3 Les interférences avec état de santé et fonctionnement

Les interférences avec l'état de santé et avec le fonctionnement (mot qui recouvre aussi ici la question de l'autonomie) sont également très présentes. Ici, il est probable que la consommation d'alcool excessive contribue elle-même à la diminution de la qualité de vie. En retour, la perte ou la réduction de fonctions relationnelles ou physiques aggravent le risque et peut provoquer des dommages. Ici, la variable sur laquelle il est le plus facile d'agir est la consommation d'alcool, et l'on ne peut qu'insister de nouveau sur la question des troubles cognitifs. L'attribution des troubles cognitifs à l'âge est un réflexe face à une personne âgée, et il est clair que plus l'on avance en âge et plus le fonctionnement cognitif est altéré (tableau 7). Mais si nous n'avons pas mis en évidence de lien statistique entre niveau de risque EDDA et score MMS, il en existe un entre la consommation déclarée d'alcool et le score MMS, regroupé en deux classes. Cela pourrait être attribué aux différences de comportement selon le milieu socio-éducatif, cela pourrait aussi indiquer comment la consommation d'alcool retentit sur le fonctionnement cognitif : nous n'avons pas les moyens de trancher ici.

4.3.4 La question des chutes

La question des chutes est une donnée capitale du devenir des personnes âgées, en particulier chez les femmes du fait du risque de fracture du col du fémur associé à l'ostéoporose. On a pu voir combien dans notre échantillon l'ostéoporose est fréquente : 19,7 % des femmes et 3,3 % des hommes. Nous avons, en transformant une variable quantitative en variable qualitative, pour tenir compte des effectifs faibles de notre classe « chutes fréquentes », montré un lien statistique entre consommation d'alcool et risque de chutes. Ce qui paraît de longue date une évidence traumatologique⁴¹ ne saute pourtant pas aux yeux à la lecture de la littérature gériatrique francophone.⁴² Il est donc important de rappeler que la recherche d'une consommation dangereuse d'alcool a aussi des enjeux en termes de mortalité et de qualité de vie chez des milliers de personnes âgées victimes de chutes chaque année.

4.4 Acceptabilité d'EDDA en médecine générale

4.4.1 Difficultés d'inclusion des médecins dans l'étude

L'étude de faisabilité préparatoire à celle qui fait l'objet du présent rapport avait montré le caractère faiblement mobilisable des gériatres sur la question du risque alcool, malgré le soutien de la Fondation nationale de gérontologie. La recherche de financement pour l'étude EDDA nous avait aussi appris le faible intérêt des institutions chargées de la gestion du risque chez les personnes âgées, à l'exception notable de l'assurance maladie (par le biais de la CRAMIF) et de la Direction générale de la santé. Nous avons appris cette fois la difficulté de mobiliser les médecins généralistes libéraux et les centres de santé, et les jeunes médecins en fin de formation.

Nous n'en sommes pourtant pas à notre première expérience de recherche dans le milieu de la médecine générale, et nous avons toujours appliqué les mêmes recettes pour mener à bien le recrutement d'échantillons de médecins volontaires pour participer à nos travaux : contact téléphonique appuyant un courrier associant des représentants du corps de métier, argumentaire simple, rémunération, simplification des tâches.

Ici, le taux d'adhésion au projet a été particulièrement faible, alors que la difficulté du protocole n'avait rien de rédhibitoire, il était même globalement moins exigeant pour les médecins que ne l'étaient ceux de précédents travaux, l'essentiel des tâches concrètes reposant sur l'ARC. Nous

sommes donc tentés d'interpréter cette difficulté à l'incompréhension des objectifs de la recherche, aux barrières séparant actuellement la conscience des médecins des enjeux qui sous-tendait la recherche. Nous espérons que les étapes qui ont été malgré tout franchies pour arriver au présent rapport, et sa prochaine publication sous la forme d'un article destiné aux médecins généralistes permettront de modifier leurs représentations du phénomène alcool chez les seniors.

4.4.2 Questionnaires médecins

Pour tempérer cette analyse, il faut reconnaître que les médecins qui ont participé ont eux montré, en pratique pendant l'étude et dans leurs commentaires sur les questionnaires médecins, un intérêt très vif, plus positif que ceux qui avaient été recueillis à la fin de l'étude de faisabilité. Mais le nombre très restreint de répondants ne permet de tirer aucune conclusion des réponses fournies. Nous nous efforcerons toutefois, pour ne pas perdre l'information précieuse que constitueraient leurs commentaires et la bonne volonté manifeste des participants, d'avoir dans les mois qui viennent une approche qualitative en les interrogeant précisément sur les obstacles perçus par eux sur la voie de la prise de conscience générale par les médecins du risque alcool chez les seniors, et sur les méthodes qu'ils imaginent pour les surmonter. Après tout, c'est sur la base de ces recherches qualitatives que s'est lancée en 2000 toute la dynamique de recherche action sur le RPIB dans le cadre du programme « Boire moins c'est mieux ».

4.4.3 Taux d'entrée dans l'étude

Le taux d'entrée dans l'étude est de 62 %, ce qui est comparable à d'autres études de même type, notamment l'étude initiale de validation de l'ARPS par Fink et coll. Le taux de refus de participer n'est pas exceptionnellement élevé (10 %). Il est cependant très supérieur au taux habituel de refus de remplissage d'un questionnaire en salle d'attente, comme on l'a mesuré en médecine générale ou en santé au travail, où il est inférieur à 5 %, lorsque ce remplissage est sollicité par un tiers.^{43, 44} Nous ne pouvons être certains de l'hypothèse d'un évitement des consommateurs les plus concernés par le risque alcool, mais leur absence dans l'échantillon final parle en ce sens.

4.4.4 Taux de remplissage d'EDDA

Le taux de remplissage d'EDDA est comparable à ce qui avait été mesuré dans l'enquête de faisabilité, alors que dans celle-ci l'aide d'un tiers était fréquente. La proportion de questionnaires exploitables est de quatre cinquièmes, et il semble que les fonctions cognitives y soient pour quelque chose (en moyenne un point au MMS en moins pour ceux qui ont rempli insuffisamment EDDA, par rapport à ceux pour lequel le questionnaire était exploitable). La rapidité de remplissage est elle aussi statistiquement liée au temps nécessaire pour remplir le questionnaire. Il est clair que deux questions embarrassent plus les répondeurs : celle des alcoolisations excessives ponctuelles et celle portant sur les médicaments pris.

Cependant, notre rapprochement entre les données apportées par les médecins et celle apportées par les patients dans EDDA, dans un sous-échantillon constitué par sondage aléatoire, montre que la cohérence globale des réponses des patients avec celles des médecins est bonne, et que les divergences n'affectent qu'exceptionnellement le classement dans les niveaux de risque.

4.4.5 Questionnaires exploitables

Même si 20 % des répondants ne sont finalement pas classés après leurs efforts de réponse, on arrive à une moitié des consultants (187 sur 353) qui ont bénéficié d'une approche globale du risque alcool à l'occasion du passage chez le médecin généraliste. Problématique du verre à moitié vide ou à moitié plein... notre tendance est d'y voir à la fois un encouragement et un défi, de façon à apporter à la procédure de remplissage des aménagements qui permettraient d'augmenter significativement la proportion de seniors qui pourraient recevoir des conseils adaptés dans cette situation.

4.4.6 Ressenti des patients

Comme dans l'enquête de faisabilité, l'ARC interrogeait les personnes incluses sur leur ressenti de l'affaire. Elles donnent des réponses très favorables à la démarche, même celles et ceux qui sont les plus concernés par le risque. Ces réponses rejoignent celles qui ont été données dans les enquêtes précédentes en médecine générale auprès des consultants ou du grand public, et confirment qu'à tout âge les patients ont beaucoup moins de mal à parler d'alcool que leurs médecins.

4.5 Validité d'EDDA

4.5.1 Cohérence interne

Les croisements à la recherche de lien statistiques entre les différentes « composantes » d'EDDA, que nous n'avons pas voulu appeler « dimensions » montrent qu'il existe une grande cohérence dans le questionnaire entre toutes ces composantes, toutes statistiquement reliées entre elles, à l'exception notable de celle qui s'intéresse aux interactions entre l'alcool et le fonctionnement, qui semble bien composer une réelle « dimension » autonome. Ceci devrait être étudié par une analyse spécifique qui n'a pu être conduite dans le cadre de ce rapport et de l'analyse qui le sous-tend (limites du logiciel EPI-Info). Une analyse complémentaire conjointe sera proposée aux partenaires américains.

4.5.2 Validation externe

La validation externe a été menée non sur l'ensemble des dossiers, mais par économie de temps sur un sondage : celui a permis de voir (tableau 23) que la cohérence des réponses avec la « réalité médicale » (c'est-à-dire telle que les médecins l'évaluent) est bonne, et suffisamment en tout cas pour que le risque soit « correctement évalué » dans 19 cas sur 20. « Correctement évalué » signifie « évalué de la même façon que ce soit le malade ou le médecin qui répond », car ici le fonctionnement de l'algorithme du CARPS ni son bien-fondé théorique n'ont été réinterrogés. Nous avons repris *ad integrum* l'ensemble des conclusions du consensus d'experts américains sur le risque alcool chez les seniors et sa traduction concrète en algorithme dans le fonctionnement du CARPS. Nous pensons par exemple qu'il sera quelquefois complexe de reformuler les conseils qui sont finalement donnés pour tenir compte des différences dues au contexte culturel. Nous avons d'ailleurs pris la liberté de supprimer les conseils qui visent à encourager à mouiller le vin avec du soda... A ceci près le fonctionnement global du CARPS amène peut-être une surévaluation du niveau de risque. Nous rappelons que nous ne pourrions répondre à cette question fondamentale que lorsque nous disposerons d'études de cohortes suffisamment nombreuses pour mieux comprendre les interactions entre santé des seniors et prise d'alcool, notamment sur les questions encore controversées des bénéfices d'une consommation faible. Notre ambition était plus limitée :

il s'agissait de démontrer la pertinence globale de la démarche dans un contexte francophone, et le maintien de sa cohérence scientifique. Nous estimons que les réponses données vont en ce sens.

4.6 Commentaires globaux : l'avenir d'EDDA en pays francophones

L'avenir d'EDDA dans les pays francophones semble assuré, mais sera-t-il celui d'un énième questionnaire valide mais inutilisable, ou celui qui permettra à la fois la prise de conscience du risque alcool chez les seniors, de sa dimension de santé publique, et sa prise en compte en constituant un élément de la nécessaire réponse sociale ? L'étude EDDA ne permet pas de répondre. Mais elle permet de mieux cerner le chemin à parcourir. Il nous semble que nous en sommes aujourd'hui pour le risque alcool chez les seniors à la situation de 1998 en France pour le problème plus général du risque alcool, lorsqu'il a fallu le reconnaître indépendamment de la dépendance. Les processus d'adaptation, de mise en route des processus de connaissance, puis de changement des représentations, enfin de changement des pratiques peut prendre encore une décennie. C'est un premier pas qui vient d'être fait, modestement et difficilement, il en permettra beaucoup d'autres.

5 Conclusion

EDDA, traduction française de l'ARPS mis au point par Arlene Fink et son équipe pour le public des seniors américains, permet d'évaluer correctement le risque attaché à la consommation d'alcool chez les plus de 65 ans. Si son acceptabilité est bonne pour la grande majorité des patients, sa mise en pratique réussie dans des conditions expérimentales ne permet pas encore de préjuger de son adaptation concrète dans les cabinets de médecine générale, en routine. La moitié des seniors ayant consulté pendant la durée de l'étude ont reçu une évaluation du risque alcool, dont la fréquence est très supérieure à la prévalence de ce qui est convenu d'appeler la consommation à risque, du fait des très nombreuses interférences de la consommations d'alcool avec l'état de santé, les prescriptions et le fonctionnement des personnes. EDDA permet de juger de l'importance du phénomène alcool chez les seniors, il convient maintenant d'assurer la dialectique de l'adaptation de l'outil à son public-cible, et réciproquement.

6 Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement

- les médecins participants
- les patients

pour leur collaboration patiente et leur intérêt,

Et, spécifiquement pour ce travail, les organismes financeurs

- la Caisse régional d'assurance maladie des travailleurs salariés d'Île-de-France (CRAMIF), avec une mention spéciale pour M. Dudragne, notre correspondant attentif
- la Direction générale de la santé, qui a soutenu l'ensemble du programme 'Boire moins c'est mieux', jusque dans ses innovations qui l'ont conduit à travailler en direction des seniors, avec une mention spéciale à Mme le Dr Dominique Martin,

en espérant que la suite des événements nous conduira à prolonger cette recherche dans un projet de longue haleine.

Et, pour les partenaires opérationnels, la Fondation nationale de Gérontologie, et en particulier Mme Henriette Gardent, pour son apport pendant la phase de faisabilité.

Il va de soi que sans la contribution émérite du Pr. Arlene Fink, qui a créé la dynamique de cette nouvelle approche évaluative et a par deux fois déjà montré son intérêt pour l'adaptation française de l'ARPS en venant nous prêter main forte sur le bien nommé vieux continent, nous n'aurions pu mener ce travail à bien. Qu'elle trouve ici le témoignage de notre amicale gratitude.

Enfin, merci à Danièle Sené et à Christine Debrieu qui ont occupé tour à tour la rude tâche d'assurer la logistique.

Ce rapport, dernier acte du programme « Boire moins c'est mieux » qui trouve ici son terme, est l'occasion de remercier l'ensemble de ses partenaires, trop nombreux pour être tous cités, en espérant que les retombées de ce programme continueront d'alimenter les projets de santé publique en faveur de la prévention secondaire en addictologie.

7 Bibliographie

1. Eco-santé France. Paris : CreDES 2002.
2. Brutel C. La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable. *Economie et statistique*, 2002 ; 355-356 : 57-71.
3. Michaud P. « Boire moins c'est mieux, un programme de l'OMS en direction des médecins généralistes ». *Alcool ou santé*, 2001 ; 237 : 4-15.
4. Guilbert P, Baudier F, Gautier A. (sous la dir.). *Baromètre santé 2000. Vanves : INPES 2001. Volume 2. Résultats. 480 p.*
5. INSERM. *Alcool : effets sur la santé. Expertise collective. Paris : Editions INSERM 2001. 358 p.*
6. Saunders PA, Copeland JRM, Dewey ME, Davidson IA, McWilliam C, Sharma V, Sullivan C. Heavy drinking as a risk factor for depression and dementia in elderly men : Findings from the Liverpool longitudinal community study. *British journal of psychiatry*, 1991 ; 159 : 213-216.
7. Tivis LJ, Brandt EN Jr. Alcohol consumption among the elderly : dispelling the myths. *Journal of Oklahoma State medical association*, 2000, Jul ; 93(7) : 275-284.
8. Liberto JG, Oslin DW, Ruskin PE. Alcoholism in older persons : a review of the literature. *Hospital and community psychiatry*. 1992 ; 43 : 975-984.
9. Reid MC, Boutros NN, O' Connor PG, Cadariu A, Concato J. The health-related effects of alcohol use in older persons: a systematic review. *Subst. Abuse* 2002, Sep ; 23(3) : 149-164.
10. Mulford HA, Fitzgerald JL. Elderly versus younger problem drinker profiles: do they indicate a need for special programs for the elderly ? *J of Study on alcohol*, 1992, 53:601-610.
11. Mayfield D, McLeod G, Hall P. the CAGE questionnaire : validation of a new alcoholism screening instrument. *American J. of psychiatry*, 1974 ; 131 : 238-246.
12. Rueff B. *Alcoologie clinique. Paris : Flammarion sciences médecine 1988.*
13. Selzer A, MI : The Michigan Alcoholism screening test : the quest for a new diagnostic instrument. *American J. of Psychiatry*, 1971 ; 127 : 1653-1658.
14. Saunders GB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR & Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders identification test (AUDIT) WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 1993 ; 88 : 791-804.
15. Gache P, Michaud P, Daepfen JB, Landry U, Accietto C, Arfoui S, Bernstein M. The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care : Reliability and validity of a French version. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 2006 ; 30(11) : 1889-95.

-
16. Aergeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S. and Fevery, J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice* 2001 ; 51 : 206-210.
 17. Blow FC, Brower KJ, Schulenberg JE, Itchoum-Demo-Dananberg LM, Young JP, Beresford TP. The Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric version (MAST-G): A new elderly specific screening instrument. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 1992 ; 16 : 372.
 18. Luttrell S, Watkin V, Livingstone G et al. Screening for alcohol misuse in older people. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 1997 ; 12 : 1151-1154.
 19. Fink A, Morton SC, Beck JC, Hays RD, Spritzer K, Oishi S & Moore AA. The Alcohol-Related Problems Survey: identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *Journal of American Geriatric Society*, 2002 Oct ; 50(10) : 1717-22.
 20. Huas D. Allemand H. Loiseau D. Pessione F. Rueff B. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. *La revue du praticien – Médecine générale* 1993 ; (7)203 : 39-44.
 21. Fink. A, Elliott MN, Tsai M, Beck JC. An evaluation of an intervention to assist Primary Care Physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005 ; 53 : 1937-43.
 22. Michaud P., Lécallier D. Risque alcool chez les plus âgés. *Gérontologie et Société*, juin 2003 ; 105 : 89-99.
 23. Lejoyeux M., Delaroque F., McLoughlin M., Adès J. Alcohol dependence among elderly French inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2003 ; 11(3) : 360-364.
 24. Pissochet P., Gillet C., Pirollet P., Maheut A., Barrucand D., Penin F., Paille F. L'alcoolisme chez les personnes âgées : étude sur 222 patients hospitalisés dans un service de gériatrie. *La revue de gériatrie*, 1994 ; 19(5) : 279-290.
 25. Emeriau J.P., Fourrier A., Dartigues J.F., Begaud B. Prescription médicamenteuse chez les personnes âgées. *Bull. Acad. Natle Med*, 1998 ; 7 : 1419-1429.
 26. Fink A., Hays R.D., Moore A.A., Beck J.C. Alcohol-related problems in older persons: determinants, consequences and screening. *Arch Intern Med*, 1996 ; 156 : 1150-1156.
 27. Moore A.A., Morton S.C., Beck J.C., Hays R.D., Oishi S., Partridge J.M., Genovese B.J., Fink A. A new paradigm for alcohol use in older persons. *Medical care*, 1999 ; 37(2) : 165-179.
 28. Moore A.A., Hays R.D., Reuben D.B., Beck J.C. Using a criterion standard to validate the Alcohol-Related Problems Survey (ARPS): a screening measure to identify harmful and hazardous drinking in older persons. *Aging Clin Exp Res*, 2000 ; 12(3) : 221-227.
 29. Fink A., Tsai M.C., Hays R.D., Moore A.A., Morton SC., Spritzer K., Beck J.C. Comparing the alcohol-related Problems Survey (ARPS) to traditional Alcohol Screening measures in elderly outpatients. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2002 ; 34: 55-78.

-
30. Fink A., Morton S.C., Beck J.C., Hays R.D., Spritzer K., Oishi S., Moore A.A. The Alcohol Related Problems Survey: identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *Journal of American Geriatric Society*, 2002 Oct ; 50(10) : 1717-1722.
31. Moore A.A., Beck J.C., Babor T., Hays R.D., Reuben D.B. Beyond alcoholism: identifying older, at-risk drinkers in primary care. *Journal of studies alcohol*, 2002 ; 63 : 316-324.
32. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 1992 ; 30(6) : 473-483.
33. Folstein MF, Folstein SE, Mac Hugh PR, « Mini-Mental state » a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J. Psychiatr. Res., Res.*, 1975 ; 12 : 189-198.
34. Horton AM, Stone DG, Shapiro S, Neuropsychometric correlates of the mini-mental state examination : preliminary data, *Percept Mot Skills*, 1987 ; 65 : 64-66.
35. Anthony JC, LeResche L, Niaz U, Von Korff MR, Folstein MF, Limits of the « Mini-Mental State » as a screening test for dementia among hospital patients, *Psychological medicine*, 1982 ; 12 : 397-408.
36. Crum RM, Anthony JC, Basset SS, Folstein MF, Population based norms for the Mini-Mental state examination by age and educational level, *JAMA*, 1993 ; 18 : 2386-2391.
37. Pearlson GD, Tune LE, Cerebral ventricular size and cerebrospinal fluid acetyl cholinesterase levels in senile dementia of the Alzheimer type, *Psychiatry Res*, 1986 ; 17 : 23-29.
38. De Korsky ST, Shih WJ, Qchmitt FA, Coupal J, Kirk Patrick C, Assessing utility of single photon emission computed tomography scan in Alzheimer disease :correlation with cognitive severity. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 1990 ; 4 : 14-23.
39. Arfaoui S. Etude de faisabilité pour la validation en français d'un questionnaire de repérage de la consommation dangereuse d'alcool chez les personnes âgées : le questionnaire EDDA (Enquête sur les dommages dus à l'alcool). Mémoire pour la capacité d'alcoologie-addictologie, Université Paris V, 2005.
40. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF et al. Consommation de médicaments psychotropes chez les sujets âgés à partir de la cohorte PAQUID. Bordeaux, 1996.
41. Rivara FP, Koepsel TD, Jurkovitch GJ et al.. The effect of alcohol abuse on readmission for trauma. *JAMA*, 1993, Oct ; 270(16) : 1962-4.
42. Rumeau P. Chutes du sujet âgé. *Revue du praticien - Médecine générale*, 2004 ; (18) : 909-916.
43. Dewost AV, Dor B, Orban T, Riedr A, Gache P, Michaud ? Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. Etude REPEX. *Revue du Praticien - Médecine générale*, 2006 ; 20 : 321-6.
44. Demortière G, Michaud P Dewost AV. Consommation excessive d'alcool chez les salariés. Du repérage précoce à la prise en charge. Documents pour le médecin du travail, INRS, 2005 ; 102 : 215-23.

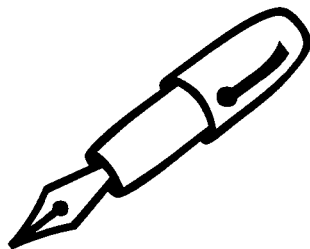
Annexes

Questionnaire

EDDA

**Cette enquête concerne la santé
des personnes âgées de 65 ans et plus.**

**Vos réponses nous aideront à comprendre
comment prévenir certaines maladies
et promouvoir la santé.**



PREMIERE PARTIE

Les questions qui suivent portent sur vous en général

1. Êtes-vous un homme ou une femme ?

- un homme ₁
- une femme ₂

2. Quel est votre âge ? [][]

3. Quelle est la classe la plus élevée que vous ayez achevée pendant votre scolarité ?

Cochez une seule case

- ₁ Je ne suis pas allé(e) à l'école

Je me suis arrêté(e) :

Ecole primaire

- ₂ en Cours préparatoire (CP ou 11^{ème})
- ₃ en Cours élémentaire 1^{ère} année (CE1 ou 10^{ème})
- ₄ en Cours élémentaire 2^{ème} année (CE2 ou 9^{ème})
- ₅ en Cours moyen 1^{ère} année (CM1 ou 8^{ème})
- ₆ en Cours moyen 2^{ème} année (CM2 ou 7^{ème})
- ₇ en Classe de fin d'études ou après le Certificat d'Etudes

J'ai fait des études secondaires et je me suis arrêté(e) :

Etudes secondaires

- ₈ en 6^{ème} ou en première année de CAP
- ₉ en 5^{ème} ou en deuxième année de CAP
- ₁₀ en 4^{ème} ou en troisième année de CAP
- ₁₁ en 3^{ème} ou après le Brevet d'enseignement primaire supérieur
- ₁₂ en 2^{nde} ou première année de BEP
- ₁₃ en 1^{ère} ou deuxième année de BEP
- ₁₄ en Terminale ou après le Baccalauréat

J'ai fait des études après le Baccalauréat :

- ₁₅ une année
- ₁₆ deux années
- ₁₇ trois années ou plus

DEUXIEME PARTIE : PROBLEMES DE SANTE

Cette partie porte sur votre état de santé actuel

4. La question qui suit porte sur les limitations que vous pourriez ressentir dans certaines activités physiques quotidiennes.

A quel point votre santé est-elle un obstacle...

... pour monter l'escalier sur un étage?

- ma santé n'est pas un obstacle du tout 1
- ma santé me limite un peu dans cette activité 2
- ma santé me limite beaucoup dans cette activité 3

Cochez une seule case

... pour marcher sur la longueur d'un pâté de maison ?

- ma santé n'est pas un obstacle du tout 1
- ma santé me limite un peu dans cette activité 2
- ma santé me limite beaucoup dans cette activité 3

Cochez une seule case

... pour faire votre toilette et vous habiller ?

- ma santé n'est pas un obstacle du tout 1
- ma santé me limite un peu dans cette activité 2
- ma santé me limite beaucoup dans cette activité 3

Cochez une seule case

5. Comment qualifieriez-vous votre état de santé actuel ?

- excellent 1
- très bon 2
- bon 3
- correct 4
- médiocre 5

Cochez une seule case

6. Est-ce que votre médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez...

Cochez une case à chaque ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas
a. de l'hypertension artérielle (ou de la tension)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. de l'insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. du diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. de l'ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. une cirrhose ou une autre maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. un cancer de la bouche ou de la gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. un cancer du poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. de la goutte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. des problèmes de mémoire ou de fonctionnement cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. un cancer du colon ou du rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne et une seule, même si c'est « je ne sais pas » ?

7. Dans les douze derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez...

Cochez une case à chaque ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas
a. une hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. une gastrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. un ulcère de l'estomac ou du duodénum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. une pancréatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. une dépression, de l'anxiété ou un problème de santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne et une seule, même si c'est « je ne sais pas » ?

8. Actuellement, est-ce que vous fumez (des cigarettes, des cigares ou la pipe) ou chiquez ou prenez du tabac ?

Cochez une seule case

- je n'ai jamais consommé de tabac
- je consommais du tabac dans le passé, mais j'ai arrêté
- oui, je fume (ou je prise, ou je chique) actuellement

9. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu les problèmes de santé suivants ?

Cochez une case à chaque ligne

	jamais	rarement	quelquefois	souvent	toujours
a. du mal à dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. mal à l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. des brûlures digestives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. la nausée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. des vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. la diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. de la nervosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. des problèmes de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. le sentiment d'être déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. trébucher, heurter les objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. des chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. des problèmes pour contrôler ma vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne, et une seule ?

TROISIEME PARTIE : LES MEDICAMENTS
Cette partie porte sur les médicaments
que vous prenez actuellement

10. Combien de médicaments différents prenez-vous actuellement CHAQUE JOUR ou PRESQUE TOUS LES JOURS ?

(même ceux que vous prenez sans prescription du médecin – ne comptez pas les vitamines et les sels minéraux, ni les gouttes pour les yeux et les pommades).

Cochez une seule case

- ₁ aucun
- ₂ un ou deux
- ₃ trois à cinq
- ₄ six ou sept
- ₅ huit ou plus

11. Est-ce que vous prenez une Aspirine à 500 mg ou plus CHAQUE JOUR ou PRESQUE TOUS LES JOURS ?

(Aspirine 500 ou 1000 mg, Aspégic® 500 ou 1000 mg etc...)

Cochez une seule case

- ₁ non
- ₂ oui
- ₃ je ne sais pas

**12. Est-ce que vous prenez l'un de ces médicaments
UNE FOIS PAR SEMAINE OU PLUS SOUVENT ?**

Cochez une case à chaque ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas
a. des calmants ou des somnifères			
comme Stilnox®, Témesta®, Valium®, Séresta®, Atarax®, Xanax®, Lexomil®, Rohypnol®, Imovane®, Tranxène®...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. des neuroleptiques	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
comme Melleril®, Haldol®, Tiapridal®, Risperdal®, Largactil®...			
c. des médicaments contre la douleur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
comme Diantalvic® ou Dialgirex®, Topalgic®, Tramadol®, Zamudol®, Propofan®, de la morphine, Skénan®, Moscontin®, Fortal®, Lamaline®, Effergal Codéiné®, ou contre la toux comme le Néocodion®...			
d. de l'Equanil® 250mg ou 400mg	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
e. des médicaments contre la dysfonction érectile	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
comme Viagra®, Cialis®, Levitra®...			

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne et une seule, même si c'est « je ne sais pas » ?

13. Est-ce qu'actuellement vous prenez l'un de ces médicaments TOUS LES JOURS ou PRESQUE TOUS LES JOURS ?

Cochez une case à chaque ligne

- | | Oui | Non | Je ne sais pas |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. des médicaments pour l'estomac
comme Mopral®, Ogast®, Zoltum®,
Azantac®, Tagamet®, Inexium®, Lanzor®... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. des médicaments contre les rhumatismes
et la douleur

comme Voltarène®, Profénid®, Advil®,
Indocid®, Nifluril®, Nurofen®, Apranax®,
Naprosyne®... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. des médicaments contre le diabète

comme Diamicron®, Glucophage®,
Glucor®, Daonil®... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c'. de l'Insuline | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. des médicaments contre l'hypertension

comme Avlocardyl®, Sectaral®, Lopressor®,
Corgard®, Cozaar®, Hyzaar®, Captopril®,
Zestril®, Renitec®, Atacand®... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. des médicaments contre l'angine de poitrine

comme Risordan®, Lenitral®,
un patch de Trinitrine... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. d'autres médicaments pour le cœur

comme Lasilix®, Digoxine®,
Cordarone®, Aldactone®... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne et une seule, même si c'est « je ne sais pas » ?

(13. suite)

Est-ce qu'actuellement vous prenez l'un de ces médicaments TOUS LES JOURS ou PRESQUE TOUS LES JOURS ?

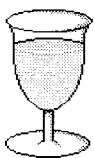
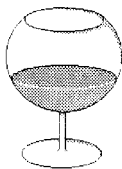
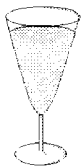

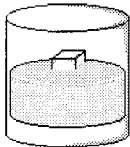


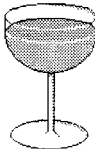
Cochez une case à chaque ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas
g. des anticoagulants comme Préviscan®, Sintrom®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. des médicaments contre l'épilepsie comme Gardéнал®, Lamictal®, Dépakine®, Tégrétol®, Neurontin®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. des antidépresseurs comme Prozac®, Deroxat®, Zoloft®, Laroxyl®, Anafranil®, Stablon®, Effexor®, Séropram®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i'. Depakote®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. des médicaments contre l'allergie, non sédatifs comme Zyrtec®, Telfast®, Clarityne®, Xyzall®, Aérius®, Virlix®, Primalan®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. des médicaments contre l'allergie, sédatifs, ou contre le mal des transport comme Polaramine®, Nautamine®, Nausicalm®, Mercalm®, Dramamine®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Des médicaments contre le cholestérol comme Zocor®, Tahor®, Elisor®, Vasten®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. des médicaments de l'adénome prostatique comme Xatral®, Omix®...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous bien rempli une réponse par ligne et une seule, même si c'est « je ne sais pas » ?

QUATRIEME PARTIE : VOS HABITUDES ACTUELLES AVEC L'ALCOOL
Cette partie porte sur votre consommation d'alcool
dans les douze derniers mois

Les questions suivantes vous demandent de compter les verres que vous buvez. Pour répondre, comptez « un verre standard » pour chacune des boissons suivantes :

	7 cl d'apéritif à 18°		2,5 cl de digestif à 45°
	10 cl de champagne à 12°		25 cl de cidre « brut » à 5°
	2,5 cl de whisky à 45°		2,5 cl de pastis à 45°
	25 cl de bière à 5°		10 cl de vin rouge ou blanc à 12°

14. À quelle fréquence avez-vous bu des boissons contenant de l'alcool ? (au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ quatre ou cinq fois par semaine
- ₃ deux ou trois fois par semaine
- ₄ deux à quatre fois par mois
- ₅ une fois par mois ou moins
- ₆ **jamais : allez dans ce cas directement page 14 répondre à la question 22.**

15. Combien de verres standard buvez-vous les jours où vous buvez des boissons contenant de l'alcool ?

(au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ cinq verres ou plus
- ₂ quatre verres
- ₃ trois verres
- ₄ deux verres
- ₅ un verre
- ₆ moins d'un verre

16. à remplir par LES FEMMES seulement

A quelle fréquence avez-vous bu trois verres ou plus dans la même occasion ? (au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ quatre ou cinq fois par semaine
- ₃ deux ou trois fois par semaine
- ₄ deux à quatre fois par mois
- ₅ une fois par mois ou moins
- ₆ jamais

17. A remplir par LES HOMMES seulement

A quelle fréquence avez-vous bu quatre verres ou plus dans la même occasion ? (au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ quatre ou cinq fois par semaine
- ₃ deux ou trois fois par semaine
- ₄ deux à quatre fois par mois
- ₅ une fois par mois ou moins
- ₆ jamais

18. A quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

(au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours
- ₃ au moins une fois par mois, mais pas toutes les semaines
- ₄ moins d'une fois par mois
- ₅ jamais

19. À quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?
(au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours
- ₃ au moins une fois par mois, mais pas toutes les semaines
- ₄ moins d'une fois par mois
- ₅ jamais

20. À quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ? (au cours des douze derniers mois)

Cochez une seule case

- ₁ tous les jours ou presque tous les jours
- ₂ au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours
- ₃ au moins une fois par mois, mais pas toutes les semaines
- ₄ moins d'une fois par mois
- ₅ jamais

**21. Combien de fois vous est-il arrivé de conduire une voiture ou un autre véhicule à moteur moins de deux heures après avoir pris trois verres ou plus ?
(au cours des douze derniers mois)**

Cochez une seule case

- ₁ à 20 occasions ou plus
- ₂ entre 10 et 19 fois
- ₃ entre 6 et 9 fois
- ₄ entre 3 et 5 fois
- ₅ 1 ou 2 fois
- ₆ jamais
- ₇ je n'ai pas conduit dans les 12 derniers mois

22. Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

Cochez une seule case

- ₁ non
- ₂ oui, mais pas dans les douze derniers mois
- ₃ oui, dans les douze derniers mois



Merci pour votre participation à cette étude

Annexe 1.2 Un exemple de rapport automatique délivré par le CARPS à une femme

A votre santé !

Ce guide est élaboré à partir des réponses que vous avez fournies au questionnaire **EDDA** le... (jour/mois/année). Son objectif est de vous donner les moyens de vous repérer entre consommation d'alcool raisonnable pour la santé, consommation à risque et consommation à problèmes. C'est aussi une façon pour vous d'aborder plus volontiers ce sujet avec votre docteur ou tout autre professionnel de santé qui pourra vous donner de l'information sur l'usage d'alcool et ses effets sur la santé.

Chez certaines personnes, une consommation modérée d'alcool peut contribuer à un bon état de santé. Toutefois, en vieillissant nous devenons plus sensibles aux effets de l'alcool. Ainsi, l'alcool peut être à l'origine de sérieux problèmes de santé lorsqu'il est associé à des médicaments, très fréquemment utilisés par les personnes âgées. Un usage d'alcool peut causer certains problèmes de santé, les aggraver ou les rendre difficiles à traiter.

Il est important de comprendre que ce qu'on appelle 'problèmes liés à la consommation d'alcool' chez les sujets âgés, recouvre tout un type de difficultés qui ne sont pas seulement les consommations excessives d'alcool. Connaître les éventuels bénéfices, tout autant que les risques possibles d'un usage d'alcool, peut vous aider à faire les bons choix pour votre santé.

Consommation sans risque

Une **consommation sans risque** signifie qu'il y a très peu de chance qu'elle conduise à des problèmes de santé. Elle peut être festive ou gastronomique et peut éventuellement être protectrice de certains accidents cardiovasculaires.

Consommation à risque

Une **consommation à risque** est celle qui peut être à l'origine de futurs problèmes médicaux, psychologiques ou de fonctionnement. Cela peut comporter des accidents ou des chutes, l'aggravation de maladies chroniques (comme le diabète) ou de difficultés psychologiques (comme la dépression). Une consommation à risque peut aussi diminuer les capacités d'une personne à mener ses activités quotidiennes.

Consommation à problèmes

Une **consommation à problèmes** est celle qui est vraisemblablement à l'origine de problèmes de santé **actuels**. La consommation à problèmes inclue la consommation qui a déjà causé des maladies du foie, des accidents ou des chutes ; qui a aggravé une maladie chronique (comme le diabète) ou contribué à une dépression. Cela comporte aussi l'abus ou la dépendance à l'alcool (que l'on connaît aussi sous le terme d'"alcoolisme").

Savez-vous comment boire sans risque ?

Vous pouvez faire le choix d'une consommation sans risque pour votre santé.

Résumé de votre type de consommation d'alcool

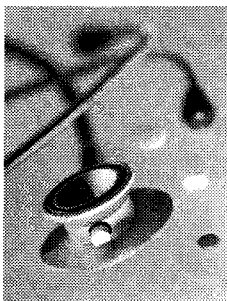
- Vous dites avoir consommé habituellement 2 verres, 2 ou 3 fois par semaine, au cours de cette dernière année.
- Vous dites aussi boire 3 verres ou plus en une occasion, une fois par mois ou moins.
- Compte tenu des informations que vous avez données sur votre usage d'alcool, sur vos prises de médicaments, sur votre état de santé et vos conditions physiques, votre consommation est jugée **problématique**.
- Même si sur certains de ses aspects votre consommation peut être considérée comme 'à risque', vous avez au moins une situation pour laquelle elle est jugée 'problématique'. Lorsqu'au moins une situation est identifiée comme telle, la consommation d'alcool est classée dans la catégorie 'problématique'.

Lisez attentivement ceci



Votre consommation d'alcool

Vous dites que durant les 12 derniers mois...	Ceci est considéré comme...
...au moins une fois par mois, mais moins d'une fois par semaine, vous n'avez pas réussi à faire ce que vous aviez prévu, à cause de votre consommation d'alcool	Un risque
...au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours, vous vous en voulez pour quelque chose que vous avez fait, en lien avec votre consommation d'alcool	Un risque
...quelqu'un s'est inquiété de votre consommation d'alcool ou vous a suggéré de la modifier.	Un risque
...vous avez conduit votre véhicule dans les deux heures suivant une consommation d'alcool de 3 verres ou plus.	Un risque



Votre consommation de médicaments

- Vous dites prendre 6 à 7 médicaments prescrits ou non prescrits, au moins une fois par semaine
- L'association de votre consommation de médicaments et de votre consommation d'alcool est considérée comme **risquée**.
- Vous pourrez en savoir plus page X, sur « Médicaments, alcool et santé »

Vous dites que ...	Compte tenu de votre consommation d'alcool, ceci est considéré comme...
...vous prenez des sédatifs ou des somnifères au moins une fois par semaine	Un risque
...vous prenez au moins 2 aspirines (de dosage normal ou fort) chaque jour ou presque	Un risque
...vous prenez des médicaments contre les douleurs des articulations et contre la dépression chaque jour ou presque	Un risque
...dans l'année qui vient de s'écouler, vous avez conduit votre véhicule dans les deux heures suivant une consommation d'alcool de 3 verres ou plus, et vous prenez des médicaments qui interagissent avec l'alcool	Un risque



Votre état de santé

- Compte tenu de votre état de santé, votre consommation d'alcool est considérée comme **problématique**.
- Vous trouverez un résumé des états de santé qui peuvent être perturbés par l'usage d'alcool à la fin de ce guide dans la rubrique « Problèmes liés à l'alcool ».

Vous dites que ...	Compte tenu de votre consommation d'alcool, ceci est considéré comme...
...votre docteur ou un autre soignant vous a dit que vous aviez une gastrite, au cours de cette dernière année	Un problème
...durant cette dernière année, vous avez souffert la plupart du temps de : palpitations, nervosité, troubles du sommeil, diarrhée	Un problème
...vous fumez régulièrement	Un risque
...vous consommation de tabac aggrave une de vos situations de santé	Un problème



Votre activité

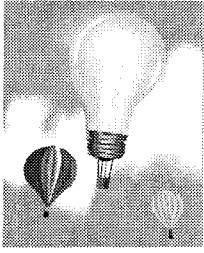
- L'usage d'alcool peut parfois perturber les capacités de la personne à mener ses activités quotidiennes habituelles. De ce point de vue votre consommation d'alcool est considérée comme étant **à risque**.

Vous dites que lors d'une journée habituelle, vous vous sentez limité(e) pour...	Compte tenu de votre consommation d'alcool, ceci est considéré comme...
...monter un étage	Un problème
...marcher sur la longueur d'un pâté de maison	Un risque



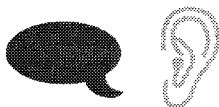
Et maintenant, que faire ?

- Vous pouvez modifier votre consommation d'alcool pour quelle devienne 'sans risque' en suivant les conseils donnés dans ce guide.
- Ce serait aussi une bonne idée de parler avec un professionnel de santé de la bonne façon de boire de l'alcool sans prendre de risque. Si votre consommation est à risque ou problématique, reportez vous aux différents types de difficultés mentionnés dans ce guide.
- Essayez quelques unes des idées proposées ci-dessous !



Quelques idées

- Ne buvez pas d'alcool l'estomac vide
- Soyez prudent(e) lorsque vous buvez seul(e) à la maison. Limitez-vous à une quantité dont vous savez qu'elle ne vous perturbera pas.
- Si vous êtes seul(e) ou triste, ne buvez pas seul(e). Demandez de l'aide.
- Demandez-vous quel verre est le plus agréable pour vous au cours d'une journée et prenez juste celui-là (un verre de vin pendant le dîner par exemple). Le reste du temps ayez des boissons non alcoolisées.
- Prenez un verre de champagne uniquement dans les occasions particulières.
- N'hésitez pas à mélanger largement les boissons alcoolisées avec des jus de fruits, des eaux gazeuses.
- Commencez par une boisson alcoolisée puis passez à sa version non alcoolisée (par exemple un gin-tonic puis un tonic ou un jus de tomate).
- Renseignez-vous sur tous les types de boissons non alcoolisées qui existent et commandez des boissons non alcoolisées au restaurant (cocktails de jus de fruits).
- Essayez les bières ou cidres sans alcool.
- Dans les occasions conviviales, servez les boissons non alcoolisées dans des verres agréables, jolis ou amusants.



Comment utiliser cette information pour parler à votre docteur

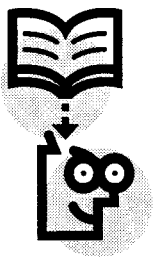
- Faites une liste de vos soucis de santé ou de moral.
- Faites une liste des problèmes qui gênent votre activité de tous les jours, comme des problèmes de vue, d'équilibre, des chutes, des difficultés à monter les marches, à vous promener, à prendre ou à porter des objets, de la gêne à vous occuper de votre toilette.
- Faites une liste de tous les médicaments que vous prenez. N'oubliez pas ceux que vous prenez seulement de temps en temps et ceux que vous prenez sans ordonnance.
- Demandez à votre docteur la façon dont l'alcool intervient sur tous ces aspects de votre vie. Etablissez avec lui la quantité d'alcool que vous pouvez boire sans prendre de risque. N'oubliez pas de prendre en compte votre poids, votre taille, votre sexe.

- Demandez à votre docteur comment les médicaments que vous prenez peuvent modifier votre taux d'alcool dans le sang, même lorsque vous ne prenez qu'un seul verre, surtout en ce qui concerne les situations où vous pouvez avoir besoin de conduire.
- Demandez-lui si vos médicaments peuvent avoir des effets secondaires importants lorsqu'ils sont pris avec de l'alcool. Demandez-lui si vous prenez trop de médicaments pour être en capacité de boire sans risque.
- Demandez-lui ce que vous pouvez faire pour maintenir votre consommation d'alcool dans une zone sans risque pour votre santé.
- Demandez-vous ce que vous pouvez attendre d'une consommation d'alcool sans risque et agréable.
- Si vous pensez que vous buvez trop et que vous avez du mal à arrêter ou à diminuer, demandez à votre docteur ou à tout autre soignant de vous aider à trouver la meilleur aide. Ce sont les gens âgés qui ont la plus grande chance de succès après un traitement adapté.
- Si vous n'êtes pas à l'aise pour parler de votre consommation à un proche ou à un ami, n'hésitez pas à le faire avec un médecin ou tout autre personnel de santé à qui vous avez à faire. Vous pouvez aussi contacter un groupe d'entraide.



Quelques numéros utiles

- Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
01.42.33.51.04
- Ecoute Alcool 0 811 91 30 30



Souvenez-vous

Les personnes âgées peuvent avoir des problèmes de santé liés à leur consommation d'alcool, à partir de quantité relativement faibles.

La question n'est pas seulement de savoir combien et quand vous buvez. Vous devez aussi vous préoccuper des interactions entre votre consommation, votre prise de médicaments, votre état de santé actuel, votre état psychologique et votre capacité à mener vos activités quotidiennes.

Vous trouverez ci-dessous un résumé des éléments à prendre en compte pour faire le choix d'une consommation sans risque.

Que pouvez-vous faire pour avoir une consommation sans risque pour votre santé ?

Bonne lecture !

MEDICAMENTS, ALCOOL et SANTÉ

Si vous prenez...	...et buvez de l'alcool, même en petites quantités, il peut arriver...
Des antihistaminiques	...que vous vous sentiez somnolent ou que vous vous endormiez.
De l'aspirine (325 mg ou plus chaque jour)	...que vous saigniez facilement (même après une simple coupure) ou que vous ayez des problèmes d'estomac.
Des anti-inflammatoires non stéroïdiens (comme l'Advil® ou le Voltarène®)	...que vous ayez des problèmes de foie ou d'estomac.
Des anti-hypertenseurs	...que vous ayez des vertiges ou des malaises.
Des médicaments contre le diabète	...que les médicaments ne soient pas aussi efficaces qu'ils le devraient.
Des médicaments contre les ulcères ou les inflammations de l'estomac	...que vous vous sentiez endormi, pris de vertiges ou de malaises après 1 ou 2 verres, ou que vous ayez des troubles de l'équilibre.
Des médicaments contre la dépression, l'anxiété ou d'autres problèmes psychologiques	...que vous soyez confus ou que vos temps de réaction soient ralentis.
Des médicaments contre les troubles du sommeil	...que vous deveniez somnolent et confus, que vous ayez mal à la tête ou que vous ne vous sentiez pas bien.

LES PROBLÈMES LIÉS A L'ALCOOL

Voici 16 problèmes de santé causés ou aggravés par l'alcool

- Accidents, chutes, problèmes d'équilibre
- Dépression
- Problèmes gastro-intestinaux tels que : diarrhée, nausées, vomissements
- Ulcères gastriques
- Maladies du foie
- Maladies du cœur (dont les infarctus)
- Hypertension artérielle
- Diabète

- Accidents vasculaires cérébraux (hémorragiques)
- Certains cancers (sein, œsophage, foie, cavité buccale)
- Désintérêt ou négligence en ce qui concerne les soins personnels, la toilette
- Difficultés à monter des marches ou à marcher à l'extérieur
- Incontinence
- Pertes de mémoire
- Troubles du sommeil
- Violence (contre soi ou les autres)

VOTRE GUIDE POUR UNE CONSOMMATION SANS RISQUE

(lisez chaque colonne jusqu'en bas)

Consommation sans risque	Consommation à risque	Consommation à problèmes
<p>Absence de tout problème de santé (physique, psychique ou défaillance dans la réalisation des activités quotidiennes) sur lequel la consommation d'alcool pourrait jouer</p>	<p>Consommation de 1 à 2 verres par jour avec au moins un problème de santé (physique, psychique ou défaillance dans la réalisation des activités quotidiennes) sur lequel la consommation d'alcool pourrait jouer</p>	<p>Consommation de 3 verres ou plus chaque jour avec au moins un problème de santé (physique, psychique ou défaillance dans la réalisation des activités quotidiennes) sur lequel la consommation d'alcool pourrait jouer</p>
ET	OU	OU
<p>Absence de médicaments qui interagissent avec l'alcool</p>	<p>Consommation de 1 à 2 verres par jour et prise d'au moins un médicament qui interagit avec l'alcool</p>	<p>Consommation de 3 verres ou plus chaque jour et prise d'au moins un médicament qui interagit avec l'alcool</p>
ET	OU	OU
<p>Consommation ne dépassant pas 1 à 2 verres par jour</p>	<p>Consommation de 3 à 4 verres en une occasion une fois par mois ou moins</p>	<p>Consommation de 3 à 4 verres en une occasion plus d'une fois par mois</p>
OU	OU	OU
<p>VOUS DEVEZ REMPLIR CES 3 CONDITIONS POUR AVOIR UNE CONSOMMATION SANS RISQUE POUR VOTRE SANTÉ</p>	<p>Conduite d'un véhicule dans les deux heures suivant la consommation de trois verres ou plus</p>	<p>Consommation de 2 à 3 verres et toute association avec des problèmes de santé et des prises de médicaments qui interagissent avec l'alcool</p>
OU	OU	
	<p>Consommation d'un verre ou plus 2 à 3 fois par semaine avec prise de 6 médicaments ou plus</p>	

UNIVERSITE RENE-DESCARTES PARIS V

MEMOIRE
pour la
CAPACITE
D'ADDICTOLOGIE CLINIQUE

2nde année (2004/2005)

Par

SONIA ARFAOUI

Née le 22 janvier 1973 à Neuilly-sur-Seine

**Etude de faisabilité pour la validation en français
d'un questionnaire de repérage de la consommation
dangereuse d'alcool chez les personnes âgées :**

**le questionnaire EDDA
(Enquête sur les dommages dus à l'alcool)**

Directeur de mémoire : Dr Philippe MICHAUD

Coordinateur Paris V : Dr LAQUEILLE

(Extraits)

Description de l'échantillon patient

Nous avons recueilli 72 dossiers complets (questionnaire EDDA + questionnaire médical + questionnaire final pour les médecins participants), soit une moyenne de 5 dossiers par médecin.

Evaluation du remplissage des dossiers :

Sur les 72 dossiers :

- 13 (18%) n'ont aucune donnée manquante
- 68 (94%) n'ont aucun problème sur les dates
- 58 (81%) n'ont pas d'erreur logique

15 % des dossiers sont complets au sens strict.

Données sociodémographiques des patients inclus dans l'étude

• Sexe et âge

- Sexe : Hommes : 53,5 %
Femmes : 46,5 %
- Âge moyen : 77,3 ans (65,2 - 91,6)

• Niveau d'études

- Pas de scolarité : 2,9 %
- École primaire : 47,1 %
- Études secondaires : 35,7 %
- Études après le bac : 14,3 %

Description du « statut » alcoologique de l'échantillon patients

• Moyenne de la consommation déclarée d'alcool :

Hommes : 18,5 verres standards d'alcool / semaine (0-77)

Sans les abstinents : 23 verres standard d'alcool / semaine (1-77)

Femmes : 5,2 verres / semaine (0-42)

Sans les abstinents : 9,1 verres / semaine (1-42)

Consommation excessive

	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
Consommation à faible risque et abstinence	18	50	24	86
Consommation excessive	18	50	4	14
Total	36	100	28	100

La prévalence de la consommation excessive dans notre étude est donc pour les femmes de 14 % et pour les hommes de 50 %.

- **Alcoolodépendance et abus d'alcool (selon les critères du DSM IV)**

Dans notre étude, cinq patients (cinq hommes) sont alcoolodépendants. Leur âge moyen est de 77,6 ans.

La prévalence de l'alcoolodépendance est donc de 7 % pour les hommes et de 0 % pour les femmes dans notre étude.

Concernant l'abus d'alcool dans notre étude, trois patients (2 hommes et 1 femme) sont abuseurs. Leur âge moyen est de 76,7 ans.

- **Abstinence**

Dans notre étude, il y a 18 patients abstinentes primaires (soit 25% de l'effectif) et 6 patients abstinentes secondaires (soit 8%).

Au total, voici la composition de notre échantillon patients :

18 abstinentes primaires

6 abstinentes secondaires

18 consommateurs d'alcool à faible risque

22 consommateurs excessifs d'alcool

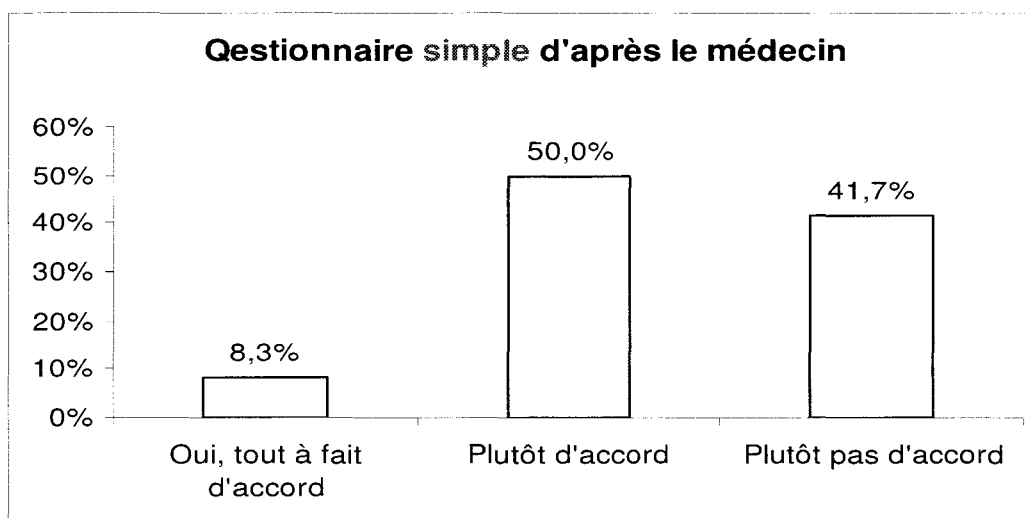
8 patients n'ont pas répondu à la question

Dans cet échantillon, 5 patients étaient alcoolodépendants et 3 patients étaient classés dans l'abus d'alcool (ces patients n'étaient pas forcément des consommateurs excessifs d'alcool).

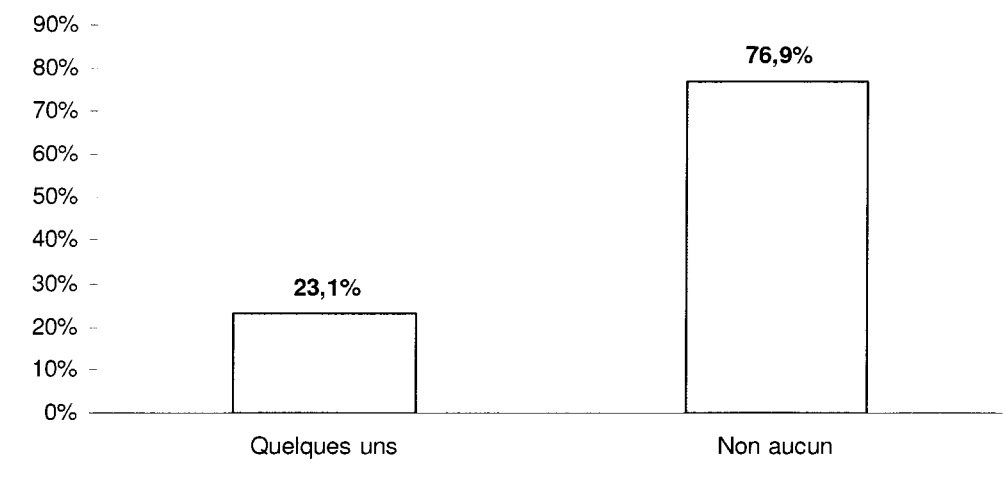
Perception du questionnaire

Perception du questionnaire par les médecins

Ces questions étaient posées aux médecins participant dans le questionnaire final.



Questionnaire intrusif pour les patients



Application systématique du questionnaire à tous les nouveaux patients de plus de 65 ans ainsi qu'une fois par an :

D'accord : 46 % des médecins participant
 Pas d'accord : 54 % des médecins participant

Perception du questionnaire par les patients

<i>Certaines questions vous ont-elles gênées ?</i>	N	%
Oui	7	42,4%
Non	59	57,6%
*Total	66	100%

* : 6 données manquantes.

<i>Avez-vous compris toutes les questions ?</i>	N	%
Oui	55	91,7%
Non	5	8,3%
*Total	60	100%

* : 12 données manquantes

<i>Le texte est-il assez gros ?</i>	N	%
Oui	66	97,1%
Non	2	2,9%
*Total	68	100%

* : 4 données manquantes

<i>Le questionnaire vous a semblé :</i>	N	%
D'une longueur acceptable	55	80,9%
Trop long	13	19,1%
*Total	68	100%

* : 4 données manquantes

<i>Combien de temps (minutes) avez-vous mis pour remplir le questionnaire ?</i>	N=61	N*=60
Moyenne (range)	14 (5-60)	13 (5-30)

* Exclusion d'une durée de 60 min

** : 11 données manquantes

Remplir ce questionnaire une fois par an en salle d'attente vous paraît-il possible ?	N	%
Oui	53	80,9%
Non	9	19,1%
*Total	62	100%

*: 10 données manquantes

Discussion

Difficultés de recrutement

Nous avons eu beaucoup de mal à recruter les médecins généralistes et gériatres participant à l'étude. De nombreux médecins n'étaient pas intéressés par la prévention de la consommation d'alcool chez les personnes âgées ou répondaient que cela était inutile (soit parce que, d'après eux, les personnes âgées ne consomment pas beaucoup d'alcool, soit parce qu'il faut les laisser tranquillement boire ce qu'ils veulent). Beaucoup de refus ont été aussi motivés par le manque de temps des médecins ou la sollicitation fréquente des médecins pour de nombreuses études.

Validité des résultats et intérêt de l'étude de faisabilité

L'étude de faisabilité nous a permis de savoir si le questionnaire EDDA était clair, bien compris des patients et des médecins.

Le but était aussi de savoir si notre protocole était clair et bien suivi et de nous permettre de modifier éventuellement le protocole de l'étude de validation en fonction des résultats de l'étude de faisabilité.

Dans l'ensemble, médecins et patients ont trouvé le questionnaire EDDA clair, ont bien compris les questions. Notre traduction du questionnaire américain a été validée par une *back translation* approuvée par A. Finck. Concernant le questionnaire médical, nous devons faire quelques modifications pour que les critères alcoologiques ressortent plus clairement du questionnaire.

L'étude de faisabilité nous a aussi montré qu'il serait plus efficace d'avoir un attaché de recherche clinique pour notre étude de validation du questionnaire EDDA, afin de décharger les médecins participant d'une partie du travail, d'avoir un meilleur recrutement des patients, un meilleur taux de remplissage du dossier médical, un meilleur diagnostic alcoologique ainsi qu'une meilleure connaissance des critères d'exclusion. Cela nous permettra aussi peut être d'avoir un plus grand nombre de médecins acceptant de participer à l'étude.

Contraste entre l'opinion des médecins et des patients par rapport au questionnaire EDDA

Ce que met en évidence cette étude de faisabilité, c'est le contraste important entre l'opinion des patients participant à l'étude et les médecins participants concernant l'acceptabilité du questionnaire EDDA.

Il est très intéressant de voir que les patients sont favorables à l'utilisation de ce questionnaire. En effet :

Dans près de 60 % les patients n'ont pas été gênés par les questions.

Quatre-vingt-douze pour cent des patients ont compris toutes les questions. Le texte était assez gros pour la quasi-totalité (97 % des patients).

Ils ont trouvé la longueur du questionnaire acceptable pour 81 % d'entre eux.

Les patients ont mis en moyenne treize minutes pour remplir le questionnaire (5-30). Une très grande majorité d'entre eux (81 % des patients) pense qu'il est possible de remplir ce questionnaire en salle d'attente une fois par an.

Et cependant, nous avons relevé une mauvaise acceptabilité de l'étude par les médecins participants. Il faut dire que les médecins surtout les médecins généralistes sont très sollicités par les études et celle-ci, sous cette première forme, leur demandait une tâche supplémentaire importante.

Cette étude montre que l'intérêt des médecins sur la prévention alcool chez les personnes âgées est faible, et que les conditions pour réaliser une étude de validation doivent inclure un processus de mobilisation des médecins et des équipes, mais aussi simplifier la tâche des participants par rapport à ce qui était demandé dans cette étude de faisabilité.

CONCLUSION

Cette étude de faisabilité nous a permis de tirer des enseignements pour mettre au point l'étude de validation du questionnaire ARPS en version française (questionnaire EDDA). Nous avons vu le bon déroulement de notre protocole. Le questionnaire EDDA a dans l'ensemble été bien compris par les patients comme par les médecins. Pour l'étude de validation nous corrigerons le questionnaire médical pour qu'il soit plus clair et plus facile à remplir.

Cette étude a surtout mis en évidence la bonne acceptabilité du questionnaire par les patients, contrastant fortement avec le faible investissement des médecins participant à l'étude de faisabilité.

Nous avons eu beaucoup de difficulté à mobiliser le milieu médical qui se sentait peu concerné par la prévention de la consommation dangereuse d'alcool chez les personnes âgées (que ce soit les médecins généralistes ou les gériatres).

Pour l'étude de validation, qui commencera au dernier trimestre 2005, nous devons insister sur l'importance du repérage de la consommation dangereuse d'alcool chez les personnes âgées et la pertinence du questionnaire EDDA.

Nous devons trouver comment mobiliser le milieu médical et les motiver à participer à cette étude. Le déplacement de certaines tâches de l'étude vers un assistant de recherche clinique limitera le surcroît de tâche des médecins participants et permettra nous l'espérons de faciliter l'adhésion à la démarche.

Etude
EDDA

**Dossier médical du patient
à remplir pendant la consultation**

MEDECIN

PATIENT N°

Date de la consultation : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Médecine générale libérale

Centre de santé

Patient inclus

- âge \geq 65 ans à la date de la consultation,
- lisant le français,
- ayant consommé au moins un verre d'alcool dans les 3 derniers mois,
- ayant donné son consentement oral pour participer à l'étude.

ou

Patient exclu Âge : ___ ___ et Sexe : Femme Homme

- urgence médicale,
- trouble cognitif sévère,
- ne lit pas le français,
- ne parle pas le français,
- refus de participer,
- a déjà participé,
- n'a pas consommé au moins un verre d'alcool dans les 3 derniers mois,
- autre : _____.

Critères de santé

Cochez les pathologies ou symptômes présents :

Pathologies chroniques en cours

- Angine de poitrine
- Cancer de la bouche ou de la gorge
- Cancer colo-rectal
- Cancer du poumon
- Cirrhose ou hépatopathie
- Diabète Insulino-Dépendant
- DNID
- Epilepsie
- Goutte
- Hypertension artérielle
- Insuffisance cardiaque
- Ostéoporose
- Troubles de la mémoire ou cognitifs

Pathologies ou symptômes dans les douze derniers mois

- Algies nécessitant au moins des antalgiques de niveau 2
- Allergie nécessitant des antihistaminiques
- Anxiété
- Arthrose, arthrite, arthralgie
- Dépression ou autres pathologies psychiatriques
- Diarrhée
- Gastrite ou gastralgie
- Hépatite
- Incontinence urinaire
- Insomnie
- Nausées ou vomissements
- Pancréatite
- Pyrosis
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum

Traitements médicamenteux

(sauf topiques cutanés, vitamines et collyres et sans les posologies)

Traitements quotidiens ou quasi quotidiens

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ◆ AINS
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Anti-angoreux
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Contre d'autres pathologies cardiaques
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Anticoagulants
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Antidépresseurs
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Antidiabétiques oraux
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Anti-épileptiques
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Antihistaminiques <u>non</u> sédatifs
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Antihistaminiques sédatifs
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Antihypertenseurs
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Aspirine 500 mg ou plus | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Contre les gastralgies
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Depakote® | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Hypocholestérolémiant
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Insuline
lesquelles ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◆ Médicaments de l'adénome de prostate
lesquels ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Ttt pris 1 fois ou plus / semaine

	Oui, 4 fois/sem ou plus	Oui, moins de 4 fois/sem	Non
◆ Antalgiques de niveau 2 ou plus lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Equanil®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Médicaments de la dysfonction érectile lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Neuroleptiques lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Somnifères ou Anxiolytiques lesquels ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etude
EDDA

**Dossier médical du patient
à remplir après la consultation
par le médecin de recherche**

MEDECIN

PATIENT N°

Date de la consultation : ___ / ___ / ___

Critères sociodémographiques du patient

Sexe : Femme Homme

Date de naissance : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Habite seul(e) : Oui

Oui, mais en maison médicalisée ou foyer-logement

Non, avec qui ? _____

Marié(e) ou vie maritale célibataire veuf(ve) divorcé(e) ou séparé(e)

Conduit une voiture ou un deux-roues motorisé : Oui Non

Lunettes

Port de lunettes : Oui Non

Avez-vous des difficultés pour lire ? Oui Non

Si oui, pourquoi ? _____

Limitations dans certaines activités physiques quotidiennes

- Difficultés pour monter l'escalier sur un étage :

Pas limité peu limité très limité

- Difficultés pour marcher sur la longueur d'un pâté de maison :

Pas limité peu limité très limité

- Chutes :

Pas de chute Chutes peu fréquentes Chutes fréquentes

- Difficultés pour faire sa toilette et s'habiller :

Pas limité peu limité très limité

Addictions

TABAC

- fumeur Consommation : _____ cigarettes par jour depuis _____ ans
- ancien fumeur
- non fumeur

AUTRES DROGUES

Consommation de drogues illicites : Oui, récente Oui, passée Non
 Si oui, lesquelles ? _____

Critères alcoologiques

- **Consommation déclarée d'alcool**
 (en nombre de verres standard sur les 7 derniers jours)

Un verre standard représente une de ces boissons :



7 cl d'apéritif
à 18°

2.5 cl de digestif
à 45°

10 cl de
champagne
à 12°

25 cl de cidre
« sec » à 5°

2.5 cl de whisky
à 45°

2.5 cl de pastis
à 45°

25 cl de bière
à 5°

10 cl de vin
rouge
ou blanc à 12°

Nombre de verres	petit-déjeuner	matinée	déjeuner	après-midi	apéritif	dîner	soirée	total
lundi								
mardi								
mercredi								
jeudi								
vendredi								
samedi								
dimanche								
Total verres standard par semaine								

Décrire la CDA si la consommation est inférieure à une fois par semaine :

Critères DSM IV : Dépendance à l'alcool

Trois ou plus des manifestations qui sont décrites ci-dessous doivent être présentes pendant une période continue de 12 mois

		OUI	NON
1. Tolérance (oui si a ou b positif)	oui non		
a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une ivresse ou l'effet désiré	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité d'alcool	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2. Sevrage (oui si a ou b positif)	oui non		
a. Syndrome de sevrage caractéristique pour l'alcool, en l'occurrence transpiration, nervosité, tremblements matinaux, nausées, vomissements matinaux, crise convulsive, delirium tremens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
b. L'alcool est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3. L'alcool est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue			
4. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool			
5. Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, l'utiliser ou récupérer de ses effets			
6. Les activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de la consommation d'alcool			
7. La consommation d'alcool est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool (ex : aggravation d'un état dépressif et/ou d'une hépatopathie liés à la consommation d'alcool)			

le patient est dépendant

Si le patient est dépendant, ne pas remplir le questionnaire suivant sur l'abus d'alcool

Critères DSM IV : Abus d'alcool

Abus d'alcool : partie A

Mode d'utilisation inadéquat de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des conditions suivantes au cours des douze mois écoulés

	OUI	NON
1. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité à remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison		
2. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux		
3. Problèmes judiciaires répétés liés à la consommation d'alcool		
4. Consommation d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool		

Abus d'alcool : partie B

Les symptômes n'ont jamais atteint les critères de la dépendance à l'alcool

	OUI	NON
Abus d'alcool : oui si au moins <u>un</u> critère de A est positif <u>et</u> si la dépendance à l'alcool est absente		

Votre avis sur le questionnaire nous intéresse

- Avez-vous compris tout de suite qu'il fallait remplir le questionnaire dans la salle d'attente ?
Oui **Non**

Si non, pourquoi ?

- Avez-vous vu l'affiche dans la salle d'attente ?
Qu'en pensez-vous ?
Oui **Non**

- Certaines questions vous ont-elles gênées ?
Si oui, lesquelles (n°) et pourquoi ?
Oui **Non**

- Avez-vous compris toutes les questions ?
Sinon laquelle ou lesquelles (n°) vous semble(nt) peu claire(s) ?
Oui **Non**

- Le texte est-il écrit assez gros ?
Oui **Non**

- Y a-t-il eu des médicaments pour lesquels vous avez hésité ?
Si oui, lesquels ?
Oui **Non**

- Le questionnaire vous a semblé : **d'une longueur acceptable** **trop long**

- Combien de temps avez-vous mis pour remplir ce questionnaire ? : _____ minutes

- Remplir ce questionnaire une fois par an en salle d'attente vous paraît-il possible ?
Oui **Non**

Pourquoi ?

- Trouvez-vous ce questionnaire utile ?
Oui **Non**

- Vous a-t-on aidé à remplir le questionnaire EDDA ?
Oui **Non**

- Désirez-vous recevoir un commentaire de vos réponses au questionnaire EDDA ?
(adressé à votre MG)
Oui **Non**

Mini Mental State Examination (MMSE)

Orientation / 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier le fonctionnement de votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

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

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom du médecin chez qui nous nous trouvons ?
7. Dans quelle ville sommes-nous ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage / 3

Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir

car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare ou Citron
12. Fleur ou Clé
13. Porte ou Ballon

Répéter les 3 mots.

Attention et Calcul / 5

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

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?

Rappel / 3

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

19. Cigare ou Citron
20. Fleur ou Clé
21. Porte ou Ballon

Langage / 8

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?

23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »

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

28. « Faites ce qui est écrit ».

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

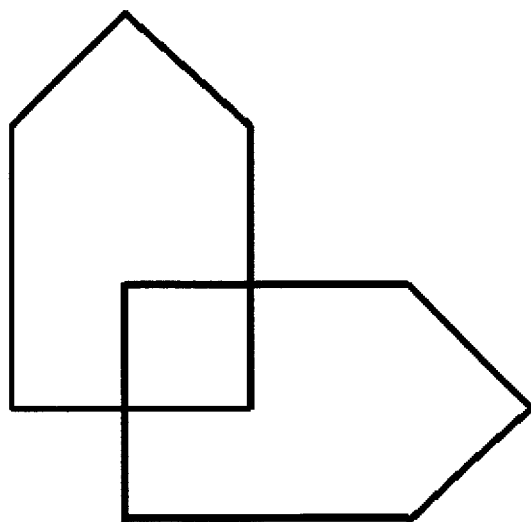
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière» (sujet, verbe, complément).

Praxies constructives / 1

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

Total

« FERMEZ LES YEUX »



Annexe 4 : Tableau de Crum

Enseignement	Âges													
	18-24	25-29	30-34	35-39	40-49	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>84
Primaire	22	25	25	23	23	23	23	22	23	22	22	21	20	19
Collège	27	27	26	26	27	26	27	26	26	26	25	25	25	23
Lycée	29	29	29	28	28	28	28	28	28	28	27	27	25	26
Baccalauréat et +	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	28	28	27	27

Le score est indiqué doit être considéré comme la limite inférieure de la normalité pour le score au MMSE .

Questionnaire pour les médecins participants
(à remplir le dernier jour de l'étude)

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nom : _____ Prénom : _____

Votre sexe : Masculin Féminin

Votre âge : __ __ ans

Ville où vous exercez : _____ code postal : _____

CONDITIONS D'EXERCICE OU A LIEU L'ETUDE

En libéral, cabinet de groupe En libéral, seul En centre de santé

Présence d'une secrétaire médicale dans la salle d'attente ? Oui Non

Présence d'une secrétaire médicale à vos cotés pendant la consultation ? Oui Non

Proportion estimée de personnes âgées de 65 ans et plus dans la clientèle : __ __ %

QUESTIONS AU SUJET DE LA FORME DU QUESTIONNAIRE EDDA

- A votre avis, les questions sont-elles claires ? Oui Non
Si non, lesquelles sont difficiles et pourquoi ?

- Y a-t-il eu des médicaments pour lesquels les patients ont hésité ? Oui Non
Si oui, lesquels ?

- Quels médicaments usuels ne figurent pas dans les catégories retenues et devraient à votre avis y figurer ?

ÊTES-VOUS D'ACCORD AVEC LES PROPOSITIONS SUIVANTES ?

Oui, tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord Non, pas du tout d'accord

- L'utilisation du questionnaire EDDA me semble simple.
Si plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord, pourquoi ?
-
-

Oui, tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord Non, pas du tout d'accord

- L'application systématique du questionnaire EDDA à tous les nouveaux patients de 65 ans et plus de la clientèle ainsi qu'une fois par an est-elle possible ?
Si plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord, pourquoi ?
-
-

Oui, tous Oui, la majorité Oui, quelques uns Non, aucun

- Les patients vous ont-ils posé des questions au sujet du questionnaire ?
Si oui, lesquelles ?
-
-

Oui, tous Oui, la majorité Oui, quelques uns Non, aucun

- Les patients vous ont-ils exprimé des craintes quant à la confidentialité des résultats relatifs au questionnaire ?

Oui, tous Oui, la majorité Oui, quelques uns Non, aucun

- Les patients vous ont-ils fait part qu'ils considéraient les questions comme intrusives ?

Merci pour votre participation à cette étude

Annexe 6 : Liste des médecins participants

Médecins	Mode d'exercice	Lieu d'exercice
Dr Catherine CHAUMIE	libéral	Paris 10 ^e
Dr Délia COZZOLINO	libéral	Colombes 92
Dr Gilles DELMIGLIO	libéral	Bezons 95
Dr Caroline GRANDPIERRE	libéral	Colombes 92
Dr Jean-Paul GROS	libéral	Colombes 92
Dr Monique HORWITZ	libéral	Paris 7 ^e
Dr Catherine JEANNE	centre	Gennevilliers 92
Dr Martine LALANDE	libéral	Gennevilliers 92
Dr Maïté LAVIELLE	libéral	Paris 10 ^e
Dr Isabelle LINNÉ	libéral	Dra veil 91
Dr MESTAT	libéral	Saint-Denis 93
Dr Christian MONGIN	centre	Evry 91
Dr Mireille PRADOUX	libéral	Villeneuve Saint-Georges 94
Dr Richard SAROTTE	libéral	Gennevilliers 92
Dr Catherine TOALDO	centre	Gennevilliers 92
Dr Alain TYRODE	centre	Gennevilliers 92
Dr Gérard VERNIER	libéral	Fontenay-sous-Bois 94
Dr Jean-Michel WEINMANN	libéral	Colombes 92