Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013 ; 11 (1) : 33-41

Prévalence et enjeux du dépistage de la consommation d'alcool chez les personnes âgées hospitalisées en court séjour gériatrique

Prevalence and issues of screening for alcohol consumption among elderly inpatients admitted to acute geriatric inpatient unit

Amel Henni[1]
Claire Bideau[2]
Xavier Routon[1]
Gilles Berrut[3]
Jennyfer Cholet[4]

[1] Service de court séjour gériatrique, Centre hospitalier, Ancenis, France
<amel.henni@netcourrier.com>

[2] Service de soins de suite « Le Confluent », Croix Rouge française, Nantes, France

[3] Pôle hospitalo-universitaire de gérontologie clinique, CHU de Nantes, France

[4] Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie, CHU de Nantes, France

Tirés à part :
A. Henni

Résumé. *Contexte* : la consommation d'alcool des personnes âgées demeure sous-estimée par les soignants. *Objectifs* : évaluer la prévalence de la consommation d'alcool chez les sujets âgés hospitalisés en court séjour gériatrique. *Sujets et méthodes* : une étude descriptive et prospective a été menée auprès de patients de plus de 75 ans hospitalisés en court séjour gériatrique entre novembre 2011 et mars 2012. Une évaluation gériatrique systématique a été complétée par la mesure de la Consommation déclarée d'alcool (CDA), le questionnaire du *Mini international neuropsyhiatric inventory* (Mini) et l'Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (Ecab), puis les patients ont été regroupés en 5 sous-groupes selon le DSM-IV-TR. *Résultats* : sur 100 patients inclus d'âge moyen de 84,8 ± 5,4 ans, selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR, 33 % étaient abstinents, 23 % présentaient un usage modéré et 44 % présentaient une consommation d'alcool problématique (29 % un usage à risque, 11 % un usage nocif et 4 % une dépendance). Les patients à consommation problématique étaient plus souvent consommateurs de benzodiazépines. *Conclusion* : la consommation problématique d'alcool est courante en court séjour gériatrique et mérite que des actions de repérage et de prise en charge adaptées et spécifiques soient menées chez les sujets âgés.

Mots clés : consommation d'alcool, prévalence, personne âgée, court séjour gériatrique

Abstract. Background: *alcohol use disorders in the elderly are often underdiagnosed in spite of their effects worsened by age-related physiological changes, comorbidities and frequent polymedication.* Objective: *the aim of this study was to assess the prevalence of alcohol use in a geriatric acute care unit.* Subjects and methods: *a prospective and descriptive study was carried out in an acute care geriatric unit in France, from November 2011 to March 2012. It included inpatients aged 75 and older. We gathered medical data from medical records and conducted one-to-one interviews assessing the inpatients' weekly alcohol intake and personal history of alcohol use. We screened alcohol abuse and dependence by using parts of the MINI (Mini international neuropsychiatric interview). We also assessed benzodiazepine and tobacco consumption. Comprehensive geriatric assessment was conducted using the CIRS-G (cumulative illness scale in geriatrics), the MMSE (Mini mental state evaluation), the MNA (Mini nutritional assessment), the mini GDS (mini Geriatric depression scale) and the 4-IADL (4-Instrumental activities of daily living). Patients were dispatched in five groups according the DSM-IV-TR classification.* Results: *the study included consicutively 100 inpatients (53 women and 47 men), with a mean age of 84.8±5.4 years. Forty-four percent had alcohol use disorders (29% at-risk users, 11% harmful users and 4% dependent). Very few inpatients with alcohol use disorders had been asked in the past about their alcohol consumption. They used benzodiazepine more often than the others. We did not find any differences in geriatric assessment when comparing the two sub-groups.* Conclusion: *alcohol use disorders are very common in elderly inpatients of acute geriatric care units, especially when considering the group of at-risk users. Alcohol use should thus be screened for every elderly inpatient.*

Key words: *alcohol consumption, prevalence, elderly, geriatric acute care unit*

doi:10.1684/pnv.2013.0397

Pour citer cet article : Henni A, Bideau C, Routon X, Berrut G, Cholet J. Prévalence et enjeux du dépistage de la consommation d'alcool chez les personnes âgées hospitalisées en court séjour gériatrique. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013; 11(1) :33-41 doi:10.1684/pnv.2013.0397

Il est rare qu'une personne âgée soit arrêtée par les forces de l'ordre pour ivresse sur la voie publique, ou pour conduite en état d'ivresse. Le mésusage d'alcool dans cette tranche d'âge est souvent considéré comme anecdotique, et s'intéresser aux consommations des plus âgés est parfois assimilé à un excès de puritanisme.

Le vieillissement entraîne une plus grande vulnérabilité par rapport à l'alcool du fait de modifications physiologiques. Le pic maximal d'alcoolémie pour une quantité ingérée donnée est plus élevé et la décroissance du taux d'alcool dans le sang est plus lente [1]. Ainsi, les sujets âgés sont plus à risque de présenter des symptômes de sevrage différés.

De plus, une consommation excessive d'alcool est associée, chez le sujet âgé, à de nombreuses pathologies telles que les tentatives de suicide [2], les troubles cognitifs spécifiques [3, 4], l'ostéoporose [5], les complications cardiovasculaires, certains cancers, la goutte, des troubles digestifs, entre autres. Les alcoolisations aiguës peuvent aussi avoir pour conséquences des épisodes confusionnels, des chutes, des traumatismes divers et des accidents de la route. Plusieurs études ont montré qu'une consommation excessive d'alcool (dépassant les 14 unités d'alcool standards hebdomadaires), chez les patients de plus de 65 ans, augmentait le risque relatif de morbi-mortalité [6, 7].

A cela s'ajoutent la polymédication et le risque d'interactions avec de nombreux médicaments, dont les psychotropes et les anticoagulants avec risque augmenté de saignement [8]. La *Substance abuse and mental health services administration* a établi que 17 % des sujets âgés présentent des interactions entre leurs prescriptions médicamenteuses et leur consommation d'alcool. Merrick en 2008 a également établi le lien direct entre la consommation d'alcool et une mauvaise observance thérapeutique [9].

Des études épidémiologiques de grande ampleur ont été menées, principalement aux États-Unis. Leurs résultats sont variables en raison d'un manque d'homogénéité des critères d'inclusion et des critères diagnostiques. Ainsi, les prévalences de la consommation à risque d'alcool chez les patients de plus de 65 ans, vivant à domicile, pouvaient varier de 1,2 % à 14 % [10, 11].

Les données épidémiologiques en France sont peu nombreuses. Selon le Baromètre santé 2005, enquête téléphonique réalisée auprès de 5 435 personnes, 20 % des hommes et 6 % des femmes présentaient une consommation à risque entre 60 et 75 ans [12]. Selon l'étude Paquid portant chez des sujets âgés de plus de 65 ans, 42 % des patients consommaient plus d'un quart de litre de vin par jour et 15 % consommaient un demi-litre de vin ou plus quotidiennement [13]. En milieu hospitalier, une étude réalisée à Mâcon en 2005 a mis en évidence que 5 % des patients admis en service d'urgence avec une alcoolémie positive avaient plus de 75 ans [14]. À ce jour, à notre connaissance, une seule étude a été réalisée en France en court séjour gériatrique, publiée en 2003 par Lejoyeux : 3 % des femmes et 18 % des hommes de l'échantillon (n = 209) présentaient une alcoolo-dépendance, selon les critères du DSM-IV-TR (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* – 4e version révisée) [15].

Si le repérage des consommations d'alcool problématiques des sujets âgés constitue un réel enjeu en raison de répercussions potentielles sur leur état de santé, plusieurs facteurs contribuent à la sous-estimation de ce mésusage [16] : signes d'appel trompeurs chez des patients âgés polypathologiques, déni, absence de recommandations consensuelles sur des seuils de consommation d'alcool adaptés aux sujets âgés, difficultés à disposer d'outils de repérage de la consommation d'alcool pertinents et adaptés à cette tranche d'âge [17, 18].

En effet, les critères d'abus et de dépendance définis par le DSM-IV-TR [19] reposent en grande partie sur les répercussions familiales, sociales et professionnelles des consommations qui peuvent être moins manifestes que chez un adulte jeune. Il n'existe pas non plus de consensus international sur les recommandations de seuils de consommations des personnes âgées, ces seuils pouvant osciller entre 14 unités standards (US) hebdomadaires pour la femme ou 21 US hebdomadaires pour l'homme (recommandations de l'Organisation mondiale de la santé sans adaptation selon l'âge) et 7 US quel que soit le sexe chez les plus de 65 ans (recommandations du *National institute on alcohol abuse and alcoholism*) [20]. Enfin, le seul test validé en français, pour la population des plus âgés, est l'Edda (Enquête sur les dommages dus à l'alcool), traduction de l'ARPS (*Alcohol related problem survey*). Ce test, développé par Fink *et al.,* semble performant mais repose sur l'emploi d'un logiciel breveté et s'adresse à des patients sans trouble cognitif majeur [21, 22].

Ainsi, bien que l'impact fonctionnel que peut présenter la consommation excessive d'alcool chez les patients âgés soit désormais reconnu, les données épidémiologiques, en particulier françaises, sont peu nombreuses, l'une des difficultés consistant en la mise en œuvre de critères diagnostiques consensuels et pertinents dans cette classe d'âge.

L'objectif de notre étude était donc d'évaluer la prévalence de la consommation d'alcool chez les patients âgés hospitalisés en court séjour gériatrique, à partir des critères du DSM-IV-TR et des recommandations de la SFA (Société française d'alcoologie) [23] qui insistent sur la catégorie des usagers dits à risque.

Matériels et méthode

Cette étude descriptive monocentrique prospective a été réalisée dans l'unité de court séjour gériatrique au Centre hospitalier Francis Robert situé à Ancenis en Loire-Atlantique entre le 1er novembre 2011 et le 8 mars 2012.

Pour être inclus, les patients devaient être âgés de plus de 75 ans, avoir donné leur consentement (qui pouvait être aussi demandé à la personne de confiance si elle était présente) et avoir comme langue maternelle le français. Seuls les patients ne répondant pas à ces critères n'ont pas été inclus.

Les variables socio-démographiques (âge, sexe, statut marital, niveau d'études) ont été recueillies. Les données médicales (antécédents, motif d'hospitalisation, date d'entrée, destination de sortie, existence d'une hospitalisation au cours des 2 mois précédant l'admission, traitements en cours) ont été renseignées d'après le dossier médical.

Chaque patient a bénéficié d'une évaluation gériatrique conforme aux pratiques courantes du service d'hospitalisation et comportant :

– le score de co-morbidité CIRS-G (*Cumulative illness rating scale in geriatrics*) (Miller 1992, Hudon 2007) [24]. Il explore 14 domaines d'organes, en totalisant les scores de chacun de ces domaines eux-mêmes notés de 0 (pas de problème actif) à 4 (défaillance majeure) ;

– le MMSE (*Mini mental status examination*), (Folstein 1975) [25], dépiste des troubles cognitifs par une échelle cotée de 0 à 30, les seuils pathologiques dépendant du niveau socioculturel ;

– le mini GDS (*Mini geriatric depression scale*), (Yesavage 1986) [26], dépiste un état dépressif par une échelle cotée de 0 à 4. Un état dépressif est suspecté si le score est supérieur à 0 (test validé sous condition de MMSE supérieur à 15) ;

– la version courte du MNA (*Mini nutritional assessment*), (Guigoz 1994, Kaiser 2009) [27], explore l'état nutritionnel par une échelle de 0 à 14. Un score entre 8 et 11 correspond à un risque de malnutrition, un score inférieur à 8 à une malnutrition avérée ;

– l'échelle des 4-IADL (*Instrumental of daily living*), (Lawton 1969, Barbeger-Gateau 1992) [28, 29], explore l'autonomie du sujet (utilisation du téléphone, des transports, gestion du traitement médicamenteux et du budget) par un score de 0 à 4. Tout score inférieur à 4 signale une perte d'autonomie.

Chaque patient a accepté de participer à un entretien semi-structuré évaluant sa consommation d'alcool, de benzodiazépines et de tabac. Cet entretien s'appuyait sur la Consommation déclarée d'alcool (CDA) exprimée en nombre d'US par semaine (une US correspondant à 10 g d'alcool pur). Le questionnaire relatif à la consommation d'alcool issu du *Mini international neuropsychiatric interview* (Mini) (Lecrubier, Sheehan 1997) [30] a permis le repérage de l'abus et de la dépendance à l'alcool selon les critères du DSM-IV-TR. L'utilisation de benzodiazépines a été évaluée en utilisant l'Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (Ecab) (Pelissolo 1996) [31], dont un score supérieur ou égal à 6 correspond à une dépendance aux benzodiazépines avérée. La consommation de tabac a été recherchée, en déclinant 3 catégories de patients : non-fumeurs, tabagisme actif ou tabagisme sevré.

Lorsque les patients étaient dans l'incapacité de répondre (MMSE inférieur à 20 ou confusion), après avoir recueilli leur accord, les proches et les professionnels de la santé prenant en charge les patients concernés au décours de leur hospitalisation, ont été interrogés.

À partir de cette évaluation globale, cinq sous-groupes de patients ont été pris en compte, selon leur mode de consommation d'alcool à partir des définitions du DSM-IV-TR et des recommandations de la SFA :

– non usage ;

– usage simple : jusqu'à 3 US par jour chez l'homme ou 2 US par jour chez la femme ET en l'absence de situations à risque associées ;

– usage à risque :

- soit plus de 3 US par jour chez l'homme ou 2 US par jour chez la femme en l'absence de situations à risque associées ET sans critère d'usage nocif ;
- soit consommation quotidienne inférieure aux seuils de l'OMS en association avec une situation à risque telle qu'un traitement au long cours par anticoagulants de type antivitaminique K (AVK), par benzodiazépines ou tout autre traitement psychotrope ou une pathologie hépatique active ou une conduite automobile dans les 2 heures suivant la prise de plus de 2 US d'alcool ;

– usage nocif : il se caractérise par la concrétisation des dommages liés à une consommation à risque répétée : alcoolisation ayant entraîné directement des répercussions au niveau social ou en terme de santé, en l'absence de critères de dépendance ;

– dépendance : repérée au MINI, pouvant se traduire cliniquement par l'installation d'une tolérance et des signes de sevrage à l'arrêt des consommations. Elle est caractérisée par la perte de la maîtrise des consommations.

À partir de ces cinq sous-groupes, deux catégories de patients ont été identifiées :

– les patients sans consommation problématique, regroupant les non-usagers et les usagers simples ;

– les patients ayant une consommation problématique, regroupant les usagers à risque, les usagers nocifs et les dépendants.

Les variables qualitatives ont été décrites par le pourcentage de leur catégorie. Les variables quantitatives ont

été décrites par leur moyenne associée à l'écart type. Les variables qualitatives ont été comparées par le test du Chi-2 ou, lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5, par le test exact de Fisher. Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Student dans le cas de distribution normale (vérifiée par le test de Shapiro-Wilk) ou par le test de Mann et Whitney dans le cas contraire. Pour l'ensemble des tests, le risque de première espèce était fixé à 0,05. Les calculs ont été effectués avec le logiciel R 2.14.2.

Résultats

Cent patients répondant aux critères d'inclusion ont participé à cette étude.

L'âge moyen était de 84,8 ans (σ = 5,4), avec un sex-ratio de 53 femmes pour 47 hommes.

Quarante-quatre pour cent des sujets présentaient une consommation d'alcool problématique, 33 patients étaient abstinents, 23 patients avaient un usage modéré, 29 patients un usage à risque, 11 patients un usage nocif et 4 patients étaient dépendants.

Les principales données concernant les éléments socioculturels, les antécédents médicaux, les données d'hospitalisation et le devenir à la sortie de ces patients sont décrites dans le *tableau 1*. Les données de l'évaluation gériatrique, de la consommation d'alcool et de la consommation de benzodiazépines sont présentées dans le *tableau 2*.

Patients à usage à risque

Sur les 29 patients concernés, 2 présentaient des niveaux de consommation supérieurs aux seuils de l'OMS ; 3 patients avaient pour facteur de risque la prise seule d'AVK, 2 la prise conjointe d'AVK et de psychotropes, et 19 la seule prise de psychotropes (plus précisément des psychotropes non prescrits dans le cadre de la prévention d'un syndrome de sevrage en alcool).

L'âge moyen de cet échantillon était de 84,3 ans (σ = 4,5) avec un sex-ratio de 9 femmes pour 20 hommes ; 45 % étaient mariés, 72 % vivaient à domicile, 76 % n'avaient pas obtenu leur certificat d'études. Leur durée moyenne d'hospitalisation était de 11,4 jours (σ = 6,1). Des antécédents hépatiques connus étaient présents chez 3 % d'entre eux ; 3 patients avaient déjà été hospitalisés durant les deux mois précédant cette évaluation. Aucun patient ne présentait de tabagisme actif, 55 % étaient d'anciens fumeurs ; 18 patients (62 %) sont retournés à domicile.

La CDA moyenne des consommateurs à risque était de 11,6 US/semaine (σ = 5,6). Un patient sur les 17 ayant répondu à la question avait déjà été pris en charge pour cette problématique addictive (antécédents de sevrage en alcool). Un seul patient avait déjà été questionné sur sa consommation d'alcool par un professionnel de santé.

Patients à usage nocif

Parmi les 11 patients concernés, 2 avaient présenté des chutes en contexte d'alcoolisation aiguë, 8 présentaient des répercussions somatiques directes de leur consommation (7 stéatoses à l'échographie et une cirrhose d'origine éthylique connue antérieurement).

L'âge moyen de ce sous-groupe était de 83,3 ans (σ = 6,8) et le sex-ratio de 5 femmes pour 6 hommes ; 27 % étaient mariés, tous vivaient à domicile, aucun n'avait obtenu son certificat d'études. Leur durée moyenne d'hospitalisation était de 9,5 jours (σ = 3,5). Des antécédents hépatiques connus étaient présents chez 9 % d'entre eux). Aucun patient ne présentait de tabagisme actif, 36 % étaient d'anciens fumeurs ; 8 patients (73 %) sont retournés à domicile. La CDA moyenne des consommateurs nocifs était de 26,5 US/semaine ((= 19,1) ; 2 sur 10 avaient déjà été pris en charge pour cette problématique addictive (antécédents de sevrage en alcool) ; 2 patients avaient déjà été questionnés sur leur consommation d'alcool par un professionnel de santé.

Patients dépendants

Quatre pour cent de l'échantillon présentaient une dépendance active à l'alcool.

L'âge moyen était de 81,7 ans (σ = 2,2) et le sex-ratio de 3 hommes pour 1 femme ; 50 % étaient mariés, tous vivaient à domicile, aucun n'avait obtenu son certificat d'études. Leur durée moyenne d'hospitalisation était de 20 jours (σ = 12,5) ; 75 % d'entre eux avaient des antécédents de confusion, 25 % des antécédents de démence, 25 % des antécédents hépatiques connus avant l'hospitalisation. Tous présentaient une hépatopathie d'origine alcoolique (3 stéatoses à l'échographie abdominale réalisée au cours de cette hospitalisation et une cirrhose précédemment diagnostiquée). Aucun ne présentait de tabagisme actif, tous étaient d'anciens fumeurs. Aucun n'a regagné directement son domicile à l'issue de l'hospitalisation, 75 % d'entre eux ont été transférés dans un SSR (Soins de suite et de réadaptation). La CDA moyenne des patients dépendants était de 73,5 US/semaine (σ = 46,6). Aucun des 4 patients n'a pu renseigner l'âge de début de sa consommation ; 2 patients ont rapporté un âge de début de la dépendance au-delà de 65 ans (70 et 78 ans). Aucun n'avait eu de prescription d'aide au sevrage lors de l'admission à l'hôpital (benzodiazépines/vitaminothérapie).

Tableau 1. Données sociales, principaux antécédents, données d'hospitalisation et devenir.
Table 1. *Social data, medical history, hospitalisation data and outcome.*

	Consommation d'alcool non problématique (n = 56)		**Consommation d'alcool problématique (n = 44)**		
	Abstinence	**Consommation modérée**	**Consommation à risque**	**Usage nocif**	**Dépendance**
	n = 33	**n = 23**	**n = 29**	**n = 11**	**n = 4**
Age moyen en nombre d'années	85,9 (5,4)	85 (6,0)	84,3 (4,5)	83,3 (6,8)	81,8 (2,2)
Sexe ratio nombre de femmes/nombre d'hommes	3,7	1,1	0,5	0,8	0,3
Statut marital (%)					
Marié	24	39	45	27	50
Veuf	67	61	55	55	25
Célibataire	9	0	0	18	25
Niveau socioculturel (%)					
Pas de certificat d'étude	94	87	76	100	100
Certificat d'étude et plus	6	13	24	0	0
Lieu de vie (%)					
Domicile	85	83	72	100	100
Institution	15	17	28	0	0
Antécédents (%)					
Confusion	39	4	34	18	75
Dépression	30	13	52	27	0
Démence	12	0	21	9	25
Cardiovasculaires	97	83	90	91	100
Hépatiques	3	0	3	9	25
Motif d'hospitalisation (%)					
Chute	30	13	17	27	0
Confusion mentale	15	4	7	9	50
Dépression	6	4	0	0	0
Pathologies hépatiques (1)	0	0	0	0	25
Pathologies cardio-pulmonaires (2)	24	61	45	27	25
Pathologies neurologiques (3)		0	7	0	0
Durée moyenne d'hospitalisation (nombre de jours)	13,2 (8,9)	9,6 (3,5)	11,4 (6,1)	9,5 (3,5)	20 (12,5)
Hospitalisation antérieure dans les 2 mois *(%)*	6	17	10	0	0
Lieu de sortie (%)					
Lieu de vie antérieur	42	74	62	73	0
SSR	45	26	17	27	75
Ehpad	3	0	10	0	25
Décès	6	0	3	0	0
Autres [transferts, hébergement par famille]	3	0	7	0	0

SSR : service de soins de suite et de réadaptation/Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
() : déviation standard.
(1) Cirrhose, néoplasies hépatiques primitives ou secondaires. (2) Troubles du rythme, malaises d'origine cardiaque, insuffisance cardiaque, cardiopathies ischémiques, insuffisance respiratoire décompensée, infections bronchopulmonaires, embolies pulmonaires, néoplasies pulmonaires. (3) Accidents ischémiques transitoires, accidents vasculaires cérébraux.

Comparaison entre les 2 sous-groupes consommation d'alcool problématique/consommation d'alcool non problématique

Les données issues de ces comparaisons sont présentées dans le *tableau 2*.

Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les 2 groupes en ce qui concerne le MMSE (p = 0,7155), le CIRS-G (p = 0,6502), le short MNA (p = 0,4281), les 4-IADL (p = 0,9148), le mini GDS (p = 0,5121), le taux de dépendance aux benzodiazépines (p = 0,1048) et le taux de prescription d'antidépresseurs (p = 0,1628). Le sous-groupe des patients présentant une consommation problématique d'alcool présentait de manière significative une plus forte consommation de benzodiazépines (p = 0,03896).

Aucune différence n'a été mise en évidence entre les 2 groupes au niveau de la durée moyenne d'hospitalisation (p = 0,885) et du devenir ; à savoir retour au lieu de vie antérieur

Tableau 2. Consommation d'alcool et de psychotropes - Évaluation gériatrique standardisée.
Table 2. *Alcohol and psychoactive drugs – Comprehensive geriatric assessment.*

	Consommation d'alcool non problématique			**Consommation d'alcool problématique**				**p-value**
	Abstinence	**Consommation modérée**	**Total consommation non problématique**	**Consommation à risque**	**Usage nocif**	**Dépendance**	**Total consommation problématique**	**comparaison des consommations non problématiques/ problématiques**
Consommation d'alcool								
CDA moyenne - US/semaine	0,0 (0,0)	3,8 (3,9)	1,6 (3,1)	11,6 (5,6)	26,5 (19,1)	73,5 (46,6)	21 (24,1)	3,864e-16 [W = 2 378]
Psychotropes								
Prescription de BZD et apparentées (%)	48	35	43	69	64	25	64	0,03896 [X2 = 4,2624, df = 1]
Dépendance aux BZD et apparentées (%)	39	26	34	52	64	0	50	0,1048 [X2 = 2,631, df = 1]
Prescription d'antidépresseurs (%)	24	13	20	38	27	0	32	0,1628 [X2 = 1,9481, df = 1]
EGS								
MMSE moyen	19,3 (4,6)	23,3 (4,5)	20,9 (5,0)	20,4 (5,9)	23,8 (4,3)	17,5 (0,7)	21,1 (5,6)	0,7155 [W = 987]
CIRS-G moyen	7,7 (3,2)	8,2 (2,7)	7,9 (3,0)	8 (2,6)	8,5 (2,4)	8,3 (1,7)	8,2 (2,4)	0,6502 [t = 0,4549, df = 98]
Short MNA moyen	10,1 (2,5)	10,8 (2,2)	10,4 (2,4)	10 (2,2)	12,3 (1,3)	11 (1,2)	10,6 (2,2)	0,4281 [W = 1 344]
4-IADL moyen	1,6 (1,4)	1,8 (1,6)	1,7 (1,5)	1,4 (1,6)	2,9 (1,2)	0,5 (1)	1,7 (1,6)	0,9148 [W = 1 216,5]
Mini GDS moyen - n = 85 à MMSE >=15	n = 29 0,7 (1,2)	n = 21 0,3 (0,7)	n = 50 0,5 (1,0)	n = 24 0,8 (1,2)	n = 9 0,1 (0,3)	n = 2 2,0 (2,8)	n = 35 0,7 (1,2)	0,5121 [W = 863]

() : déviation standard ; W = test de Mann et Whitney ; X2 = test du chi-2 ; t = test de Student ; df = degrés de liberté.
CDA : consommation déclarée d'alcool ; US : unité standard d'alcool ; BZD : benzodiazépines ; EGS : évaluation gériatrique standardisée ; MMSE : *mini mental state examination* ; CIRS G : *cumulative illness rate scale in geriatrics* ; Short MNA : *short mini nutritional assessment* ; 4-IADL : 4-*instrumental activities of daily living* ; mini GDS : *mini geriatric depression scale.*

(p = 0,7081), hospitalisation en Service de soins de suite et de réadaptation (SSR) (p = 0,1835), entrée directe en Établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) (p = 0,581), ou décès (p = 1).

Discussion

Dans cette étude, la prévalence des patients hospitalisés en court séjour gériatrique présentant une consommation d'alcool problématique est élevée (44 %). Les usagers à risque représentent une forte proportion (29 %) de notre échantillon, ce qui rejoint les données d'une étude récente menée sur des sujets âgés non hospitalisés [21]. Dans ce sous-groupe, la CDA moyenne était inférieure aux seuils de l'OMS (de 11,6 US/semaine (σ = 5,6)). Ce résultat souligne bien l'enjeu du repérage de ces conduites dites à risque dans une approche gériatrique globale, prenant en compte les consommations d'alcool mais aussi les pathologies, médications et habitus des individus.

En accord avec les données récentes de la littérature, nous avons retrouvé une sur-représentation masculine dans les groupes de consommation d'alcool problématique [10, 14, 15]. Dans notre étude, tous les patients à usage nocif ou dépendants vivaient à domicile, ce qui contraste avec des études antérieures ayant montré une fréquence élevée du mésusage en institution [32] ; 27 % à 50 % des patients consommateurs problématiques étaient mariés au moment de l'étude, ce qui contraste avec les données de la littérature mettant en avant l'isolement comme facteur de risque [10].

La population étudiée était polypathologique, notamment avec une prévalence élevée (> 83 %) de pathologies cardiovasculaires. Des antécédents de confusion, de dépression, de démence et d'atteinte hépatique étaient retrouvés dans les deux sous-groupes, aucun n'étant donc spécifique d'une problématique addictologique. Cependant, la prévalence de ces antécédents dans le groupe des consommateurs problématiques laisse à penser qu'ils pourraient en constituer un point d'appel clinique.

La durée moyenne d'hospitalisation des patients dépendants était supérieure à celle des patients des autres catégories (1,5 à 2 fois supérieure) ; 75 % d'entre eux ont été transférés dans un SSR. Ces résultats mériteraient d'être confirmés au moyen d'études de plus grande ampleur.

L'EGS n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre nos deux groupes de consommateurs d'alcool problématiques/non problématiques, que ce soit au niveau de l'autonomie (4-IADL), du statut nutritionnel (mini MNA), des fonctions cognitives (MMSE), de la thymie (mini GDS) ou du poids des comorbidités (CIRS-G). La forte prévalence des consommateurs à risque dans notre étude, c'est-à-dire sans dommages directs de leurs consommations d'alcool, peut expliquer en partie ce résultat. Par ailleurs, cette absence de différence du profil fonctionnel des patients est conforme aux données de la littérature [6]. Concernant les éléments dysthymiques, les données de la littérature sont contradictoires. Certains auteurs font état d'un lien fort entre suicide et alcoolo dépendance chez les aînés [2]. Dans d'autres études, les patients dépendants présenteraient moins de troubles de l'humeur et de manifestations anxieuses [15]. Notre étude n'apporte donc pas d'élément supplémentaire.

Il est important de constater que seuls quatre des 44 patients présentant une consommation à risque, nocive ou une dépendance avaient déjà été questionnés à ce sujet par des professionnels de santé. Ceci souligne la sous-estimation des consommations d'alcool des sujets âgés par le corps médical, ce qui rejoint les constatations de Curtis *et al.* [16]. De même, aucun des patients dépendants de l'étude n'avait été identifié comme tel et reçu un traitement préventif du syndrome de sevrage.

Les patients à consommation problématique d'alcool présentaient une consommation de benzodiazépines plus fréquente de façon significative (64 %) que les autres patients (44 %), ce qui concorde avec des données antérieures [15]. Il n'existait pas de différence significative au niveau de la prescription d'antidépresseurs. Concernant la co-dépendance alcool/tabac, largement décrite dans la littérature [10, 15], il est intéressant de souligner que dans cette étude, aucun des patients présentant un usage problématique d'alcool ne présentait une dépendance au tabac.

Concernant les limites de cette étude, il est nécessaire de préciser que le Centre hospitalier d'Ancenis est un hôpital général rural à recrutement de proximité, ce qui peut expliquer, en partie, le faible niveau socio-culturel de notre échantillon. De plus, le centre hospitalier dispose d'un plateau technique restreint, ce qui entraîne une sélection inévitable des patients admis. Les données issues de notre étude ne sont donc pas forcément généralisables à l'ensemble de la population des sujets admis en court séjour gériatrique.

L'analyse des données a été limitée par la taille relativement modeste de l'échantillon (100 patients), en particulier par le faible nombre de patients dépendants (n = 4).

Nous avons bâti un protocole en utilisant des outils d'évaluation gériatrique déjà intégrés dans notre pratique, puis en faisant le choix d'utiliser la CDA et les questionnaires issus du Mini pour leur simplicité d'utilisation et leur faisabilité en pratique courante, intégrés dans un recueil

Points clés

- La consommation d'alcool des sujets âgés est souvent sous-estimée.
- Quarante-quatre pour cent des patients hospitalisés en court séjour gériatrique de notre échantillon (n = 100) présentaient une consommation d'alcool problématique selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR.
- Ces données mettent en évidence un enjeu réel de repérage de ces consommations.

exhaustif de données. Le choix d'outils plus sophistiqués aurait cependant pu permettre une analyse plus approfondie.

Par ailleurs, les estimations de consommation d'alcool reposaient essentiellement sur la déclaration du patient ou de ses proches. Le biais de mémorisation et le biais lié à la désirabilité sociale ont donc pu entraîner une sous-estimation des quantités d'alcool consommées. De la même façon, pour certains patients, le recueil d'information a été effectué auprès de l'entourage, ce qui a pu introduire un biais de sous-estimation (lié au déni partagé par la famille) voire de surestimation (lié à l'épuisement familial) des quantités d'alcool consommées.

Ultérieurement, une étude prospective, multicentrique, comportant un échantillon plus conséquent et un suivi de cohorte, avec une confrontation des données issues des patients comparées à celles issues de l'entourage, pourrait permettre d'améliorer l'analyse des différentes catégories des consommateurs problématiques d'alcool et de mener une enquête de morbi-mortalité.

Conclusion

Notre étude met en évidence une forte prévalence de consommation d'alcool problématique chez les patients de plus de 75 ans hospitalisés en court séjour gériatrique. Il apparaît donc nécessaire de sensibiliser le corps médical au repérage systématique des consommations d'alcool des aînés et à ses enjeux en l'absence de signes d'appel univoques et spécifiques dans cette population gériatrique. Un repérage systématique permettrait alors de décliner plusieurs modalités structurées d'intervention grâce à des équipes réunissant idéalement des compétences gériatriques et addictologiques : interventions brèves pour les usagers à risque [33], entretiens de type motivationnel chez des patients à usage nocif sans troubles cognitifs majeurs [34], ainsi que des sevrages hospitaliers complétés de programmes d'aide au maintien à l'abstinence pour les patients dépendants. À l'avenir, il serait intéressant de mener des études étudiant l'impact de ce type d'interventions ciblées sur l'alcool effectuées auprès des sujets âgés, et initiées à l'occasion d'un séjour en court séjour gériatrique.

Liens d'intérêts : aucun.

Références

1. Menecier P, Badila P, Menecier-Ossia L. Elderly subjects and alcohol. *Rev Geriatr* 2008 ; 33 : 857-68.

2. Waern M. Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol Alcohol* 2003 ; 38 : 249-54.

3. Pierucci-Lagha A, Derouesné C. Alcool et vieillissement. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2003 ; 1 : 197-205.

4. Menecier P, Afifi A, Menecier-Ossia L, Arezes C, Dury M, Monserrat N, *et al.* Alcohol and dementia : complex relationships. *Rev Geriatr* 2006 ; 31 : 11-8.

5. Tucker LK, Jugdaohsingh R, Powell JJ, Oiao N, Hannan TM, Sripanyakom S, *et al.* Effects of beer, wine, and liquor intakes on bone mineral density in older men and women. *Am J Clin Nutr* 2009 ; 89 : 1188-96.

6. Lang I, Guralnik J, Wallace RB, Melzer D. What level of alcohol consumption is hazardous for older people. Functioning and mortality in US and English national cohorts. *J Am Geriatr Soc* 2007 ; 55 : 49-57.

7. Callahan CM, Tierney WM. Health services use and mortality among older primary care patients with alcoholism. *J Am Geriatr Soc* 1995 ; 43 : 1378-83.

8. Shireman TI, Mahnken JD, Howard PA, Kresowik TF, Hou Q, Ellerbeck EF. Development of a contemporary bleeding risk model for elderly warfarin recipients. *Chest* 2006 ; 130 : 1390-6.

9. Merrick EL, Dominic H, Garnick DW, Horgan CM, Panas L, Ryan M, *et al.* Unhealthy drinking patterns and receipt of preventive medical services by older adults. *Gen Intern Med* 2008 ; 23 : 1741-8.

10. Blazer DG, Wu LT. The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults : national survey on drug use and health. *Am J Psychiatry* 2009 ; 166 : 1162-9.

11. Sacco P, Bucholz K, Spitznagel E. Alcohol use among older adults in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions : a latent class analysis. *J Stud Alcohol Drugs* 2009 ; 70 : 829-38.

12. Baromètre santé 2005. INPES, avril 2008.

13. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Bégaud B. Consommation de médicaments psychotropes chez le sujet âgé à partir de la cohorte Paquid : déterminants sociodémographiques, état de santé et qualité de vie. Bordeaux : Edi Medica, 1996.

14. Menecier P, Girard A, Bernard B, Menecier-Ossia L, Pelissier-Plattier S, Afifi A, *et al.* Intoxication éthylique aiguë après 75 ans : une

situation clinique loin de l'anecdote à l'hôpital ? *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2008 ; 6 : 129-35.

15. Lejoyeux M, Delaroque F, McLoughlin M, Adès J. Study of alcohol dependence among elderly French inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003 ; 11 : 360-4.

16. Curtis JR, Geller G, Stokes EJ, Levine DM, Moore RD. Characteristics, diagnosis, and treatment of alcoholism in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1989 ; 37 : 310-6.

17. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B, Norman C. Alcohol use disorders in elderly people - redefining an age old problem in old age. *BMJ* 2003 ; 327 : 664-7.

18. Vigne C. Alcoolisme et addictions en gériatrie. *Rev Geriatr* 2003 ; 28 : 741-3.

19. American psychiatric association. DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition revised. Washington : American psychiatric association, 2000.

20. National institute on alcohol abuse and alcoholism. *Alcohol and aging*. April 1998. Alcohol Alert. Accessible en mars 2012 sur http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa40.htm.

21. Fink A, Lécallier D. Un questionnaire de repérage du risque alcool adapté au senior. *Alcoologie et addictologie* 2009 ; 31 : 225-34.

22. Berks J. *McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients : a systematic literature review. Int Psychogeriatr* 2008 ; 20 : 1090-103.

23. Recommandation de la Société française d'alcoologie. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque – usage nocif. *Alcoologie et addictologie* 2003 ; 254S : 3S-5S.

24. Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research : application of the Cumulative Illness Rating Scale. *J Psychiat Res* 1992 ; 41 : 237-48.

25. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini Mental State". *A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res* 1975 ; 12 : 189-98.

26. Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. *L'encéphale* 1997 ; 23 : 91-9.

27. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, *et al*. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF) : a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009 ; 13 : 782-8.

28. Barberger-Gateau P, Commenges D, Gagnon M, Letenneur L, Sauvel C, Dartigues JF. Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc* 1992 ; 40 : 1129-34.

29. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 ; 9 : 179-86.

30. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, *et al*. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), a short diagnosis interview : reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997 ; 13 : 26-34.

31. Pelissolo A, Naja WJ. Evaluation de la dépendance aux BZD à l'aide d'une échelle cognitive. *Synapse* 1996 ; 131 : 37-40.

32. Leurs P, Huvent-Grelle D, Lelievre-Leroy S, Roche J, Puisieux F. Comité scientifique de la Société septentrionale de gérontologie clinique. Alcohol consumption patterns in older people living in nursing homes. *Presse Med* 2010 ; 39 : 280-8.

33. Département de la santé du gouvernement catalan (Espagne). *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris : INCa, 2008, traduction.

34. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing : preparing people to change addictive behavior*. New York : Guilford Press, 1991.