

**Pr Arlene Fink\*, Dr Dorothée Lécallier\*\***

\* Professeur de médecine et de santé publique, UCLA, Los Angeles, États-Unis. Courriel : AFink@mednet.ucla.edu

\*\* Médecin alcoologue, Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (IPPSA), 32, rue Fernand Pelloutier, F-92110 Clichy. Courriel : d.lecallier@ippsa.asso.fr

Reçu juillet 2008, accepté avril 2009

# Un questionnaire de repérage du risque alcool adapté au senior

## Résumé

Le vieillissement de la population mondiale pose la question de la consommation d'alcool des plus âgés et des différents risques pour leur santé. Dans un cadre de prévention secondaire, les questionnaires de repérage ont maintenant fait la preuve de leur intérêt et de leur acceptabilité chez des populations adultes. En revanche, chez les plus de 65 ans, l'identification des risques et problèmes attribuables à la consommation d'alcool doit être raisonnablement envisagée en lien avec un état de santé potentiellement déclinant, l'augmentation du nombre de problèmes chroniques associés, l'augmentation de l'usage de médicaments et l'altération de l'état fonctionnel. C'est dans cette optique qu'un panel de cliniciens a élaboré le questionnaire ARPS (*Alcohol-related problems survey*) et l'a validé en le comparant à des outils de mesure repérés (CAGE, AUDIT, MAST).

## Mots-clés

Repérage – Questionnaire – Personne âgée – Alcool – Facteur de risque.

La population mondiale vieillit. Derrière le Japon qui a la plus forte proportion d'adultes de 65 ans et plus, on trouve les pays européens. Selon le Bureau démographique du département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, le nombre d'Européens de 60 ans et plus a dépassé le nombre d'enfants en 1995. L'étude 2006 de l'ONU sur la population mondiale rapporte que la population européenne âgée est seule appelée à augmenter, alors que celle des moins de 60 ans va diminuer. En France, 16,4 % de la population est âgée de 65 ans ou plus. En comparaison, la population américaine est relativement jeune avec moins de 13 %, plaçant les États-Unis au 38<sup>ème</sup> rang. Mais les Américains, comme le reste du

## Summary

**An alcohol risk screening questionnaire adapted to seniors**  
Worldwide ageing of the population raises the question of the various health risks associated with alcohol use in the elderly. The value and acceptability of screening questionnaires have now been demonstrated in a context of secondary prevention in adult populations. In contrast, identification of risks and alcohol-related problems in subjects over the age of 65 must be logically considered in a context of potentially declining health, with an increasing number of associated chronic health problems, an increasing use of medications and alteration of functional status. A panel of clinicians elaborated the ARPS questionnaire (*Alcohol-related problems survey*) in this setting and validated it by comparing it to established measuring instruments (CAGE, AUDIT, MAST).

## Key words

Screening – Questionnaire – Elderly – Alcohol – Risk factor.

monde, vieillissent, et les baby-boomers vont faire passer la proportion d'Américains âgés à 20 % d'ici 2030. Ce vieillissement de la population mondiale pose la question de la consommation d'alcool des plus âgés et des différents risques pour leur santé.

## Consommation d'alcool chez les seniors

Le vieillissement de la population joue sur les niveaux de consommation d'alcool et sur leurs conséquences. Même si les chiffres de consommation restaient identiques, le nombre absolu de buveurs âgés tendrait à s'accroître du

fait de leur plus forte proportion dans la population. Mais que se passerait-il si le niveau de consommation baissait ? En effet, il est maintenant clairement établi dans différents pays que la consommation d'alcool diminue avec l'âge (1). Toutefois, les temps changent : une étude récente a montré que, comparé aux générations précédentes, il y avait un ralentissement de la diminution des consommations chez les Américains âgés. L'une des explications de ce ralentissement est que les générations actuelles restent en forme plus longtemps et que les individus en bonne santé continuent à boire plus longtemps (1).

En France, il y a plus de buveurs de plus de 55 ans qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni où ils sont plus jeunes. Et même si la consommation d'alcool des Français a diminué ces dernières décennies, elle reste encore assez importante. Aux États-Unis, de nombreux adultes âgés consomment au moins un verre par mois, et beaucoup boivent plus que le verre quotidien à ne pas dépasser selon les recommandations, pour les hommes comme pour les femmes âgés, du National Institut of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), émanation du Ministère de la santé, et de l'American Geriatrics Society.

### **Mésusage d'alcool**

Une étude américaine très remarquée sur des adultes de 65 ans et plus a montré que le nombre d'hospitalisations liées à l'alcool était plus important que celui des hospitalisations liées aux infarctus (2). Leur coût équivaut à celui des maladies coronariennes et de la dépression (3). On identifie une consommation abusive d'alcool chez 6 à 11 % des patients âgés admis dans les hôpitaux américains, chez 29 % des patients âgés des services psychiatriques et chez 14 % des adultes âgés admis dans les services d'urgence (4). Les preuves de l'existence d'un taux important de buveurs excessifs chez les personnes âgées sont convaincantes (soulignons qu'aux États-Unis, une consommation est dite modérée lorsqu'elle est située entre un et six verres par semaine pour les femmes, entre un et 13 verres par semaine pour les hommes). Le *National household survey of drug abuse* (2000) a montré que 1,6 % des sujets âgés disaient avoir eu une forte consommation d'alcool au cours du dernier mois. Les États-Unis ne sont pas le seul pays où l'on repère des forts taux de mésusage d'alcool chez les sujets âgés : une étude internationale récente (5) a montré qu'au Royaume-Uni, 20 % des personnes âgées dont on évaluait divers aspects de l'état de santé avaient un AUDIT positif, ainsi que 19 % des Allemands et 14 % des Suisses.

Pour compliquer encore la question, les évolutions péjoratives de l'état de santé et l'usage de médicaments ont des conséquences en termes de santé publique. Fut un temps où beaucoup d'adultes âgés souffraient de maladies infectieuses ; elles sont maintenant victimes de maladies chroniques comme l'hypertension ou la dépression, et la consommation d'alcool interagit avec de nombreux médicaments utilisés pour traiter ces pathologies. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration a établi que plus de 17 % des adultes âgés sont affectés par l'interaction entre leur consommation d'alcool et leurs prescriptions médicamenteuses. En France, le taux d'infirmité lié aux maladies chroniques est resté stable, alors qu'il a augmenté aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Italie. La consommation d'alcool peut aussi interférer sur le statut fonctionnel avec ou sans handicap. Enfin, il y a une augmentation de l'usage d'autres substances psychoactives, pouvant interagir avec de faibles quantités d'alcool, par les "jeunes" générations (parmi la génération du baby-boom, la plupart ont maintenant 50-60 ans et plus).

Les sujets âgés qui ont de fortes consommations sont considérés comme à haut risque (6-9). Parmi les dangers, on trouve une augmentation du risque de chutes, d'accidents de la voie publique avec une probabilité plus forte de handicap ou de décès que chez les sujets jeunes, et une aggravation des syndromes dépressifs et confusionnels. Presque tous les chercheurs et les cliniciens qui travaillent avec les gens âgés s'accordent sur le fait que les fortes consommations d'alcool entraînent ou aggravent des symptômes courants tels que les troubles gastro-intestinaux, l'incontinence et l'insomnie. Les fortes consommations peuvent aussi être associées à l'augmentation du risque de certains cancers (oropharyngé, colorectal, sein). Le mésusage d'alcool diminue les effets de certains médicaments couramment pris par les personnes âgées (comme les anti-hypertenseurs) et augmente l'effet de certains autres (aspirine, antidépresseurs). Enfin, les fortes consommations diminuent gravement les capacités des sujets âgés à mener à bien leurs activités quotidiennes et compromettent leur statut fonctionnel.

### **Consommation modérée d'alcool**

Des études ont montré qu'une consommation modérée d'alcool était associée à un plus faible risque de mortalité chez les diabétiques de type 2 (10, 11) et à une diminution de 20 % du risque de mortalité, toutes causes confondues (12-16). D'autres chercheurs ont également montré qu'à raison de 30 g/jour, la consommation d'alcool était

associée à une réduction du risque coronarien (17), et que l'augmentation des niveaux de consommation modérée était associée à une diminution du risque d'arrêt cardiaque (18). De plus, une consommation modérée d'alcool est associée de manière indépendante à une diminution du risque d'accident vasculaire ischémique chez une population de sujets âgés en milieu urbain (19, 20). Selon une étude, comparée à l'abstinence, une consommation de un à six verres par semaine est associée à un risque plus faible de démence (21). Enfin, le plus faible risque de mortalité chez les buveurs modérés comparé aux gros buveurs et aux abstinents (illustré par la courbe en J) semble dû aux propriétés propres de l'alcool (19).

## Repérage des risques et des dommages

L'enjeu est de déterminer qui peut boire, combien et avec quelle fréquence. Toutefois, les quantités et fréquences ne peuvent seules permettre de prendre en considération les risques et les problèmes chez les gens âgés. Elles doivent être envisagées en lien avec un état de santé potentiellement déclinant, l'augmentation du nombre de problèmes chroniques associés (comme le diabète et la dépression par exemple), l'augmentation de l'usage de médicaments et l'altération de l'état fonctionnel. Il est en fait extrêmement important de mettre en évidence que les sujets âgés n'ont pas besoin d'être "alcooliques" (abus ou dépendance) pour avoir des problèmes liés à leur consommation d'alcool. Même s'il est vrai que certaines recherches ont montré que l'on devient plus sensible aux effets de l'alcool avec l'âge et que la quantité et la fréquence ont parfois besoin d'être réduites, c'est l'interaction entre l'alcool et la santé qui requiert une attention particulière.

Les outils de repérage traditionnels comme le CAGE (DETA) et l'AUDIT ne sont vraisemblablement pas appropriés aux personnes âgées. Ils repèrent l'abus et la dépendance tels qu'ils sont définis par le DSM, en se concentrant sur les fortes consommations et n'ont pas été testés auprès d'une population âgée, et plus particulièrement chez ceux qui vivent de façon autonome. Les autres outils de ce type (MAST, TWEAK, etc.) n'évaluent pas non plus les effets d'une consommation relativement faible sur la santé, les prises médicamenteuses et l'état fonctionnel.

Les médecins généralistes sont chargés de repérer les risques et dommages liés à l'alcool chez leurs patients. Leur tâche est compliquée du fait que les outils classiques ne sont pas appropriés à leurs patients âgés. De plus, même si les médecins aux États-Unis et en Grande-Bre-

tagne sont d'accord pour repérer le mésusage d'alcool, leur temps est limité, ils ne sont pas formés à la pratique du repérage et, chez les personnes âgées, les symptômes du mésusage d'alcool (comme les troubles du sommeil ou digestifs) sont facilement attribués à d'autres problèmes d'ordre médical qui peuvent faire mésestimer le rôle de l'alcool. Nous avons développé l'*Alcohol-related problems survey* (ARPS) pour répondre au besoin d'un outil de mesure adapté aux plus âgés.

### Alcohol-related problems survey

L'ARPS est un autoquestionnaire destiné aux personnes âgées qui consomment de l'alcool. Il a pour objectif d'identifier celles qui peuvent être à risque ou ont déjà des problèmes liés à leur consommation d'alcool du fait de :

- la quantité et la fréquence de l'usage ;
- l'interaction entre les niveaux d'usage et l'état de santé, les prises médicamenteuses et le statut fonctionnel ;
- les habitudes et comportements de consommation (conduite automobile, ivresses).

Les types de questions contenues dans l'ARPS sont présentés dans l'annexe 1 et les différents items du questionnaire sont synthétisés dans l'annexe 2.

#### Annexe 1. – Types de questions contenues dans l'ARPS

La quantité et la fréquence de l'usage d'alcool  
 Les consommations aiguës épisodiques  
 Les signes d'abus ou de dépendance  
 La conduite en état d'alcoolisation  
 La situation médicale et psychiatrique (hypertension, dépression...)  
 Les symptômes (insomnie, incontinence...)  
 L'usage de médicaments  
 Le statut vis-à-vis du tabac  
 L'état fonctionnel (handicaps)  
 Le sexe

L'ARPS est complété individuellement, il faut environ dix minutes pour répondre à toutes les questions. Un algorithme de cotation permet de situer la personne dans une catégorie à risque ou à problèmes. En cohérence avec les termes utilisés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les sujets sont classés comme des buveurs sans risque lorsque leurs réponses à l'ARPS n'indiquent pas de risque identifiable. Ils sont buveurs à risque si leurs réponses suggèrent des risques et ils sont buveurs à problèmes si des dommages actuels sont vraisemblables.

## Annexe 2. – Alcohol-related problems survey

This survey is about the health of older people and their use of alcohol. Your information is valuable in helping us understand how to prevent disease and promote well-being. This publication was made possible by a grant from the National Institutes of Health. The opinions expressed herein do not necessarily reflect the official position of the National Institutes of Health or any of its Institutes.

### Section 1: Health problems

This section is about your current health.

1. Has a doctor or other health care worker ever told you that you have:

	No	Yes	Don't know
a. High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Congestive heart failure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cirrhosis or another liver condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cancer of the mouth or throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Breast cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Gout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Memory disorder or dementing illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Colorectal cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. In the past twelve months, has a doctor or other health care worker told you that you have:

	No	Yes	Don't know
a. Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ulcer of the stomach or small intestine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Pancreatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Depression, anxiety or another emotional or mental health problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Do you now use tobacco in any form, including cigarettes, cigars, pipes, chewing tobacco, etc.?

- No, I have never used tobacco.  
 No, I used tobacco in the past, but I do not use it now.  
 Yes, I use tobacco now.

4. How much of the time during the past 12 months did you have any of the following problems?

	A				
	None of the time	Little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
a. Problems sleeping	<input type="checkbox"/>				
b. Stomach pains	<input type="checkbox"/>				
c. Heartburn	<input type="checkbox"/>				
d. Nausea	<input type="checkbox"/>				
e. Vomiting	<input type="checkbox"/>				
f. Diarrhea	<input type="checkbox"/>				
g. Nervousness	<input type="checkbox"/>				
h. Memory problems	<input type="checkbox"/>				
i. Feeling depressed	<input type="checkbox"/>				
j. Tripping, bumping into things	<input type="checkbox"/>				
k. Falling	<input type="checkbox"/>				
l. Problems with bladder control	<input type="checkbox"/>				

### Section 2: Medications

This section is about some medications you may be using.

5. How many different medications do you use every day or almost every day? Count all, even if you get them without a doctor's prescription (Do not count eye drops, vitamins, minerals, ointments).

- None  Six to seven  
 One to two  Eight or more  
 Three to five

6. Do you now take 2 or more regular or extra strength (325 mg or more) aspirins every day or almost every day?

- No  Yes  Don't know

7. Do you now take any of these medications at least once a week?

	No	Yes	Don't know
a. Sedatives or sleeping medicines such as Ambien, Sonata, Restoril (temazepam), Valium, Dalmane, Librium, Xanax, Ativan, Halcion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tranquilizers or anti-anxiety medicines such as Olanzapine, Zyprexa, Risperdal, Thorazine, Mellaril, Haldol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Narcotic medicines such as Darvon, Demerol, codeine, morphine, Percocet, Vicodin, Oxycodone, Oxycontin, Tramadol, Tylenol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Muscle relaxants such as Flexeril, Soma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Erectile dysfunction medicines such as Viagra, Cialis, Levitra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. How about these medications? Do you now take any of these medications every day or almost every day?

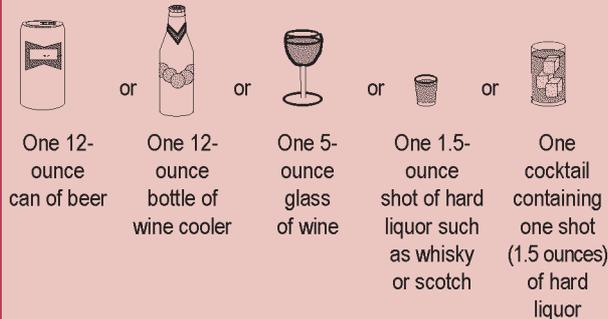
	No	Yes	Don't know
a. Ulcer and stomach medicines such as Zantac, Tagamet, Prilosec, Pepcid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Arthritis and pain medicines such as Celebrex, Motrin (Ibuprofen), Voltaren, Relafen, Lodine, Clinoril, Aleve (naprosyn), Tylenol, Advil, Bextra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Diabetes medicines such as Glyburide, Glipizide, metformin, Glucophage, Avandia, Actos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Blood pressure medicines such as Cardizem, Vasotec, Lotensin, Atenolol, Cozaar, Norvasc, water pills, Hyzaar, Lopressor, Captopril, Zestril, Alstace, Atacan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Nitrates such as Isordil, Nitropatch, Imdur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Other medicines for the heart such as digoxin, Lasix, Aldactone (spironlactone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- g. Coumadin (warfarin)
- h. Seizure medicines such as Tegretol, Dilantin, Phenobarbital, Depakote, Keppra, Lamictal
- i. Depression medicines such as Elavil (amitriptyline), Pamelor (nortriptyline), Paxil, Prozac, Zoloft, Celexa, Lexapro
- j. Non-sedating, non drowsy-antihistamines such as Claritin, Zyrtec, Allegra
- k. Sedating, sleep inducing antihistamines such as Tylenol PM, Benadryl, Chlortrimeton
- l. Cholesterol lowering medicine like Lipitor, Zocor, Pravachol, Crestor
- m. Medicines for the bladder such as Terazosin, Flomax, Hytrin

### Section 3: Recent alcohol use

This section is about alcohol use during the past 12 months. The next questions ask you to count drinks. When you answer, please count one drink of alcohol as equal to one of the following:

The next questions ask you to count drinks. When you answer, please count one drink of alcohol as equal to one of the following:



9. During the past 12 months, how often did you have a drink containing alcohol?

- Daily or almost daily     Two to four times a month  
 Four or five times a week     One time a month or less  
 Two or three times a week     Never > Please go to Section 4

10. On days that you drank alcohol during the past 12 months, how many drinks of alcohol (beer, wine, and/or hard liquor) did you usually drink?

- Two or three times a week     Two to four time a month  
 Five or more     Two  
 Four     One  
 Three     Less than one

11. During the past 12 months, how often did you have three or more drinks of alcohol at one sitting?

- Daily or almost daily     Two to four times a month  
 Four or five times a week     One time a month or less  
 Two or three times a week     Never

12. During the past 12 months, how often did you have four or more drinks of alcohol at one sitting?

- Daily or almost daily     Two to four times a month

- Four or five times a week     One time a month or less  
 Two or three times a week     Never

13. Because of your alcohol use, how often in the past 12 months did you fail to do what you were supposed to do?

- Daily or almost daily  
 At least once a week, but less than daily  
 At least once a month, but less than weekly  
 Less than once a month  
 Never

14. Because of your alcohol use, how often in the past 12 months were you unable to stop drinking once you started?

- Daily or almost daily  
 At least once a week, but less than daily  
 At least once a month, but less than weekly  
 At least once a month, but less than weekly  
 Less than once a month  
 Never

15. Because of your alcohol use, how often in the past 12 months did you feel guilty or sorry for something you did?

- Daily or almost daily  
 At least once a week, but less than daily  
 At least once a month, but less than weekly  
 At least once a month, but less than weekly  
 Less than once a month  
 Never

16. In the past 12 months, on how many days did you drive a car, truck, or other vehicle within 2 hours of having three or more drinks?

- 20 or more days     1-2 days  
 10-19 days     Never  
 6-9 days     I did not drive in the past 12 months  
 3-5 days

17. Has a doctor, other medical person, relative, friend, or anyone else ever been concerned about your drinking or suggested that you should cut down?

- No  
 Yes, but not during the past 12 months  
 Yes, during the past 12 months

### Section 4: The following question is about you in general

18. The following are physical activities you might do during a typical day. How much are you limited in these activities because of your health?

	Not limited at all because of health	Limited a little because of health	Limited a lot because of health
a. Climbing one flight of stairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Walking one block	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bathing or dressing yourself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. How would you describe your current health status?

- Excellent     Fair  
 Very good     Poor  
 Good

20. Are you male or female?

- Male     Female

### Annexe 3. – Exemples d’algorithmes du CARPS

La personne dit prendre, au moins une fois par semaine :

- des sédatifs ou des somnifères (Q7a = 2) ;
- ou des tranquillisants (Q7b = 2) ;
- ou des médicaments contenant des opiacés (Q7c = 2) ;
- ou des dérivés nitrés (Q8e = 2) ;
- ou de la warfarine (Q8g = 2) ;
- ou des anticonvulsivants (Q8h = 2) ;
- ou des antidépresseurs (Q8i = 2) ;
- ou des antihistaminiques non prescrits (Q8j = 2)

et dit boire les quantités suivantes au cours des 12 derniers mois :

Fréquence de la consommation (Q9)		Nombre de verres (Q10)					
		< 1	1	2	3	4	5
À problèmes	Une fois par mois ou moins						
	Deux à quatre fois par mois						
	Deux à trois fois par semaine						
	Quatre fois par semaine ou plus						
	Quotidiennement						
À risque	Une fois par mois ou moins						
	Deux à quatre fois par mois						
	Deux à trois fois par semaine						
	Quatre fois par semaine ou plus						
	Quotidiennement						
Sans risque	Une fois par mois ou moins						
	Deux à quatre fois par mois						
	Deux à trois fois par semaine						
	Quatre fois par semaine ou plus						
	Quotidiennement						

La première étape dans le développement du système de cotation de l'ARPS a été de mener une revue de la littérature exhaustive afin d'identifier les déterminants et les conséquences de l'usage d'alcool chez les sujets âgés (22). Un panel d'experts s'est ensuite réuni et a utilisé des méthodes validées pour construire les algorithmes (23). Ceux-ci sont revus chaque année aux États-Unis. Des exemples d'algorithmes de consommation à risque et à problèmes sont donnés dans l'annexe 3.

#### Expérimentation de l'ARPS

L'ARPS a été comparé à un critère standard (CS) chez 22 personnes de 65 ans et plus qui disaient avoir consommé au moins un verre au cours des 12 derniers mois (24). Le CS a été posé par un médecin chercheur et un assistant de recherche. Il s'agissait d'évaluer les risques liés à l'usage d'alcool en menant une revue structurée du dossier médical, un entretien clinique, un examen physique et un entretien avec un tiers. Les analyses ont inclus des statistiques descriptives sur les caractéristiques démographiques et sanitaires, des fiabilités inter-taux, les corrélations entre

l'ARPS et le CS, les motifs de non-corrélation, et enfin la sensibilité et la spécificité de l'ARPS comparé au CS. En utilisant le critère de Landis et Koch, la fiabilité inter-taux entre deux médecins était très importante pour 11 sujets (kappa pondéré = 0,79), mais la corrélation entre l'ARPS et le CS était modérée (kappa pondéré = 0,28). Parmi les causes de non-corrélation, on trouvait des difficultés, d'une part, avec les questions de l'ARPS et les règles de classification et, d'autre part, avec l'évaluation des risques par les médecins. C'est sur cette base que nous avons révisé l'ARPS et les règles de classification. La corrélation entre l'ARPS revu et le CS a augmenté de façon notable (kappa pondéré = 0,62). La sensibilité et la spécificité de l'ARPS original étaient respectivement de 80 % et 50 % ; les deux ont atteint 82 % après la révision. L'ARPS révisé est sensible et spécifique pour identifier les consommations d'alcool à risque et problématiques chez les sujets âgés, telles qu'elles ont été définies par des cliniciens.

Avant de tester l'ARPS auprès de patients âgés consultant dans un important centre universitaire et dans un grand cabinet médical de quartier, nous avons actualisé et affiné les algorithmes de cotation (25). L'ARPS a été bien accepté

par les patients comme par les médecins sur les deux sites. 549 patients de 65 ans et plus, buveurs habituels, ont participé. Nous avons identifié 11 % de consommateurs à problèmes et 35 % à risque. La consommation problématique était plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, et chez les moins de 75 ans que chez les 75 ans et plus. Il y avait autant d'hommes que de femmes et de plus ou moins âgés chez les buveurs à risque. De nombreux consommateurs à problèmes ont été identifiés par l'association de leur usage d'alcool avec des comorbidités, alors que la plupart des consommateurs à risque l'étaient par l'association de leur usage d'alcool avec des médicaments. La fiabilité test-retest était forte ( $\kappa = 0,65$ ). Nous avons conclu de cette étude que les médecins pouvaient être chargés du repérage chez les personnes âgées des problèmes liés à leur consommation d'alcool et que l'ARPS identifiait de façon fiable les consommations à problèmes, à risque et sans risque chez les sujets âgés, situations résultant le plus souvent des interactions entre l'alcool, les maladies associées et les prises médicamenteuses.

Afin d'évaluer la validité et la fiabilité de l'ARPS et de sa version courte, le *Short-ARPS* (ShARPS), les chercheurs ont comparé les résultats des deux instruments d'autoévaluation au diagnostic de référence "LEAD" (*longitudinal evaluation done by experts employing all available data*) auprès d'un échantillon de 166 consommateurs âgés de 60 ans et plus dans dix services de médecine interne (26). Le LEAD comprenait une revue du dossier médical, un entretien clinique et un entretien téléphonique avec un tiers. Les chercheurs ont totalisé les arguments du LEAD qui permettaient d'identifier les buveurs à problèmes ou à risque et ont aussi comparé l'AUDIT et le *Short Michigan alcoholism screening test-geriatric version* (SMAST-G) au LEAD. L'étude a montré que la sensibilité et la spécificité de l'ARPS et du ShARPS comparés au LEAD étaient respectivement de 93 % et 63 % et de 92 % et 51 %. Après avoir effectué quelques modifications mineures dans les règles de cotation, la spécificité est passée à 66 % pour l'ARPS et le ShARPS en maintenant la sensibilité stable à 93 % et 91 %. Les consommateurs à problèmes et à risque sont le plus souvent identifiés comme tels du fait de leur usage d'alcool en association avec des comorbidités, des symptômes et des prises médicamenteuses. La sensibilité et la spécificité de l'AUDIT et du SMAST-G comparés au LEAD étaient respectivement de 28 % et 100 % et de 52 % et 96 %. Les changements de cotation ont là aussi conduit à une amélioration significative de la corrélation entre l'ARPS révisé et le CS ( $\kappa$  pondéré = 0,62). La sensibilité et la spécificité de l'ARPS original étaient respectivement de 80 % et 50 %, les deux atteignant 82 % après les

corrections. Les chercheurs ont conclu que l'ARPS révisé est sensible et spécifique pour repérer les consommations définies par les cliniciens comme étant à problèmes et à risque chez les personnes âgées.

Dans une étude menée auprès de 574 sujets âgés, nous avons comparé l'ARPS à trois outils validés : le DETA, le *Short-MAST* (SMAST) et l'AUDIT (27). Les 574 participants étaient des consommateurs d'alcool habituels de 65 ans et plus qui ont rempli l'ARPS et l'AUDIT sur des lieux de consultation en soins primaires. La moitié de l'échantillon a été sélectionnée de façon randomisée pour compléter le DETA et l'autre moitié le SMAST. Les buveurs qui ont été repérés par le DETA, le SMAST ou l'AUDIT ont été correctement classés par l'ARPS en consommateurs à risque ou à problèmes dans respectivement 91, 75 et 100 % des cas. La majorité des sujets identifiés par l'ARPS comme étant à risque ou à problèmes n'ont pas été repérés comme tels par le DETA, le SMAST ou l'AUDIT. Ces consommateurs avaient une situation médicale ou un usage de médicaments qui leur faisaient prendre un risque pour leur santé, non identifié par ces trois instruments de repérage.

### **Développement et expérimentation du CARPS**

Nous avons développé le CARPS afin de faciliter le repérage des risques et problèmes liés à la consommation d'alcool chez les personnes âgées par le biais d'un logiciel traitant les données rentrées sur ordinateur. Le CARPS associe l'information au repérage. Pour cela, le patient complète l'ARPS en autoquestionnaire. Puis les réponses sont soit scannées, soit saisies sur ordinateur. Un logiciel restitue immédiatement un compte rendu de la situation de risque du patient destiné au médecin, exactement comme des résultats d'exams de laboratoire. Le logiciel élabore aussi un compte rendu pour le patient, lui expliquant la zone de risque dans laquelle il se trouve et les raisons de cette classification. Les patients reçoivent également des documents informatifs sur la consommation d'alcool et l'âge. Ce matériel d'éducation pour la santé a été développé avec l'aide et pour les personnes âgées (28). L'annexe 4 présente deux comptes rendus médecin et patient ainsi générés. Les données du CARPS sont conservées dans la base de données, ce qui permet de suivre la situation du patient dans le temps et, pour les médecins, d'utiliser les données pour améliorer la qualité des soins.

Dans notre plus récente expérimentation de l'ARPS et du CARPS dans un cabinet médical de quartier, nous avons tenté d'évaluer si fournir aux médecins et aux patients

## Annexe 4. – Exemple de comptes rendus générés par le CARPS

### Compte rendu médecin

Votre patient évalue sa consommation d'alcool à **deux verres deux ou trois fois par semaine** et :

#### Consommation de médicaments

Le patient dit prendre : Avec sa consommation d'alcool, ceci est considéré comme :  
- des sédatifs au moins une fois par semaine..... à risque  
- deux aspirines ou plus chaque jour ou presque..... à risque

#### Situation médicale

Le patient signale : Avec sa consommation d'alcool, ceci est considéré comme :  
- un ulcère gastrique..... à problème  
- des brûlures épigastriques presque tout le temps.... à problème

#### État fonctionnel

Le patient signale avoir souvent du mal à : Avec sa consommation d'alcool, ceci est considéré comme :  
- monter un étage..... à risque  
- faire le tour d'un pâté de maison..... à risque

### Compte rendu patient

#### À la santé de nos vieux jours ! Guide pour une consommation d'alcool sans risque

Ce compte rendu a été établi à partir de vos réponses au questionnaire ARPS que vous avez rempli le [jj/mm/aa]. L'objectif de ce compte rendu est de vous aider à discerner une consommation d'alcool sans risque, risquée et problématique pour votre santé. Il peut aussi vous aider à aborder ce sujet avec votre médecin ou tout autre professionnel de santé de votre choix afin de bénéficier d'informations supplémentaires sur l'usage d'alcool et la santé.

Chez certaines personnes, une consommation modérée d'alcool peut contribuer à maintenir en bonne santé. Cependant, en vieillissant, on devient plus sensible aux effets de l'alcool. Ainsi, l'alcool peut entraîner de sérieux problèmes de santé lorsqu'il est associé à de nombreuses sortes de médicaments souvent pris par les adultes âgés. De plus, la consommation d'alcool peut entraîner ou aggraver certains problèmes de santé et les rendre plus difficiles à traiter.

Il est important de comprendre qu'avec l'âge, ce qu'on appelle "consommation d'alcool problématique" recouvre un ensemble de problèmes qui ne se résume pas aux situations de dépendance ou d'abus. Connaître les bénéfices potentiels de cette consommation aussi bien que ses risques peut vous aider à faire des choix judicieux.

#### • Consommation sans risque

Avoir une consommation sans risque signifie qu'il y a peu de chances qu'elle entraîne des problèmes de santé. Elle peut être conviviale, agrémenter vos repas et avoir un effet protecteur contre les maladies cardio-vasculaires et l'attaque cérébrale.

#### • Consommation à risque

La consommation à risque est celle qui peut conduire à d'éventuels problèmes médicaux, fonctionnels ou psychologiques. Parmi ces problèmes, des accidents ou des chutes, l'aggravation de maladies chroniques (comme un diabète) ou de difficultés psychologiques (comme une dépression). Une consommation à risque peut aussi diminuer les capacités à pratiquer ses activités habituelles chez soi ou au travail.

#### • Consommation à problèmes

Avoir une consommation problématique signifie que la consommation d'alcool est probablement responsable de problèmes de santé actuellement. Elles recouvrent les consommations qui ont déjà entraîné des maladies du foie, provoqué des accidents ou des chutes, aggravé une maladie chronique (comme un diabète) ou contribué à une dépression. Certains consommateurs à problèmes sont dépendants de l'alcool tous les jours. La dépendance est aussi appelée alcoolisme.

#### Résumé de votre situation vis-à-vis de l'alcool

- Vous dites qu'au cours de ces 12 derniers mois, vous avez habituellement bu 2 verres 2 ou 3 fois par semaine.
- Vous signalez aussi que 1 fois par mois ou moins, vous buvez 3 verres ou plus en 1 occasion.
- Au total, à partir des informations que vous donnez concernant votre consommation d'alcool, vos prises de médicaments, votre état de santé et votre condition physique, votre consommation d'alcool est considérée comme étant problématique.
- Bien que par certains aspects votre consommation soit considérée comme "à risque", vous avez au moins un argument en faveur d'une consommation "problématique". Quiconque a au moins un de ces arguments est classé comme ayant une consommation à problèmes.

#### Lisez la suite !

#### Votre consommation d'alcool

Vous dites que durant les 12 derniers mois : Ceci est :  
- au moins 1 fois par mois mais pas chaque semaine, vous n'avez pas pu mener à bien vos activités du fait de votre consommation d'alcool..... à risque  
- au moins 1 fois par semaine mais pas chaque jour, vous avez eu un sentiment de regret ou de culpabilité après avoir bu de l'alcool..... à risque  
- quelqu'un de votre entourage s'est soucié de votre consommation d'alcool ou vous a suggéré de stopper..... à risque  
- vous avez conduit un véhicule dans les 2 heures après avoir bu 3 verres ou plus..... à risque

âgés des comptes rendus personnalisés sur les risques et bénéfices de la consommation, ainsi que des documents d'informations au patient, s'avérait efficace sur la réduction des risques et dommages liés à l'alcool (29). Les participants étaient constitués de 23 médecins et 665 patients de 65 ans et plus. Trois groupes ont été constitués :

- un groupe "CR partagé" dans lequel six médecins et 212 patients recevaient les comptes rendus sur le niveau de risque lié à la consommation, et les patients des documents informatifs ;

- un groupe "CR patient" dans lequel seuls les 245 patients recevaient le compte rendu et les documents, leurs cinq médecins ne recevant rien ;

- un groupe témoin "prise en charge habituelle".

Les informations caractérisant les modes de consommation des patients ont été recueillies à l'inclusion et à 12 mois. À l'entrée, 21 % avaient une consommation à problèmes et 26 % une consommation à risque. Les groupes "CR patient" et "CR partagé" sont tous deux liés à un plus fort taux de passage dans la zone de faible risque que le groupe "prise en charge habituelle" (OR = 1,59 et 1,23 respectivement,  $p < 0,05$  dans les deux cas). Le groupe "CR patient" réduit de façon significative sa consommation à problèmes à un an de 16 %, contre 21 % dans le groupe témoin, et augmente sa consommation sans risque de 58 %, contre 52 % dans le groupe témoin. Les patients du groupe "CR partagé" ont une diminution moyenne de leur consommation en fréquence et quantité significativement plus forte. Nous pouvons conclure que les patients âgés consultant en soins de santé primaire peuvent réduire leur consommation d'alcool et les risques qui y sont liés lorsqu'on leur donne des informations personnalisées concernant leur consommation et leur santé.

Le CARPS semble être une approche réalisable du repérage des problèmes liés à la consommation d'alcool chez les sujets âgés, sans doute du fait que les médecins reçoivent un compte rendu simple à lire et à utiliser, très proche des résultats d'examens biologiques qui leur sont familiers. Nous sommes actuellement en train d'affiner le système de cotation afin de rendre le CARPS encore plus sensible et plus convivial dans son utilisation.

Nos études les plus récentes cherchent à évaluer un nouveau score de risque lié à l'alcool, à visée de recherche (30). À partir des données concernant ces 665 patients âgés, des analyses secondaires ont été menées afin de comparer les capacités de deux mesures différentes du risque à repérer les différences post-intervention dans les deux groupes. Il s'agit du critère originel en classe de risque et d'un nouveau score de risque quantitatif précis élaboré à partir

des facteurs de risque considérés dans le cadre de la recherche. Nos mesures étaient composées des trois niveaux de risque lié à l'alcool déjà calculés et du nouveau score de risque quantitatif. Les scores de risque moyens post-intervention différaient dans les trois conditions expérimentales décrites : "traitement habituel", "CR patient" et "CR partagé" ( $p < 0,001$ ). La différence entre les groupes "CR partagé" et "traitement habituel" était significative ( $p < 0,001$ ) et directement proportionnelle au niveau de risque initial. La classification en trois niveaux de risque ne rend compte que de 57,3 % de l'effet intervention repéré par le score de risque. Le score de risque est suffisamment sensible pour repérer l'effet intervention au sein d'un sous-groupe de patients hypertendus ( $n = 112$ ;  $p = 0,001$ ). Nous avons pu en conclure que, dans les essais cliniques, ce score précis est un critère de mesure du résultat plus sensible que la classification classique du risque en trois niveaux.

## Pour l'avenir

Nous améliorons actuellement le système de cotation de l'ARPS afin d'optimiser son utilisation comme outil clinique et de recherche. Nous sommes également en cours d'élaboration de la méthodologie d'une étude dans laquelle le CARPS serait intégré dans un dossier de santé informatisé afin que les résultats soient automatiquement enregistrés dans le dossier du patient. L'efficacité de la composante pédagogique du CARPS est évaluée auprès des pharmaciens qui, aux États-Unis, sont tenus de discuter avec leurs patients de leurs prises médicamenteuses. ■

**Remerciements.** – L'ARPS et le CARPS ont été développés depuis 1997. Nombreux sont ceux qui y ont contribué, parmi lesquels : Pr John C. Beck (UCLA), Dr Marc Elliott (RAND, UCLA), Pr Ron D. Hays (RAND, UCLA), Dr Alison A. Moore (UCLA), Dr Sally Morton (RAND, RTI), Dr Katherine Nguyen (médecin généraliste), Dr Mark Tsai (médecin généraliste), Pr Merle Wittrock (UCLA), Dr Sandra Wilson (Palo Alto Medical research and Stanford university), Dr Philip Lavori (Stanford University), ainsi que le panel d'experts et les quelques 3 000 patients qui ont participé aux différentes étapes de cette recherche. Sans oublier en France les Drs Sonia Arfaoui et Philippe Michaud.

## Références bibliographiques

- 1 - Moore AA, Gould R, Reuben DB et al. Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States. *Am J Public Health* 2005 ; 95 (3) : 458-465.
- 2 - Adams WL, Barry KL, Fleming MF. Screening for problem drinking in older primary care patients. *Jama* 1996 ; 276 (24) : 1964-1967.
- 3 - National Heart Lung and Blood Institute. NHLBI Morbidity and mortality chartbook, 2000. Bethesda, MD : NHLBI, 2000.
- 4 - US Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004 ; 140 (7) : 554-556.
- 5 - Stuck A, Kharicha K, Dapp U et al. The PRO-AGE study: an international randomised controlled study of health risk appraisal for older persons based in general practice. *BMC Medical Research Methodology* 2007 ; 7 (1) : 2.
- 6 - American Medical Association, Council on Scientific Affairs. Alcoholism in the Elderly. *Jama* 1996 ; 275 (10) : 797-801.
- 7 - Conigliaro J, Kraemer K, McNeil M. Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000 ; 13 (3) : 106-114.
- 8 - Dufour M, Fuller R. Alcohol in the elderly. *Annual Review of Medicine* 1995 ; 46 : 123-132.
- 9 - Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 (13) : 1977-1989.
- 10 - Valmadrid CT, Klein R, Moss SE, Klein BE. The risk of cardiovascular disease mortality associated with microalbuminuria and gross proteinuria in persons with older-onset diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 (8) : 1093-1100.
- 11 - de Vegt F, Dekker JM, Groeneveld WJ et al. Moderate alcohol consumption is associated with lower risk for incident diabetes and mortality: the Hoorn study. *Diabetes Res Clin Pract* 2002 ; 57 (1) : 53-60.
- 12 - Fuchs CS, Stampfer MJ, Colditz GA et al. Alcohol consumption and mortality among women. *N Engl J Med* 1995 ; 332 (19) : 1245-1250.
- 13 - Fuchs FD, Chambless LE, Whelton PK, Nieto FJ, Heiss G. Alcohol consumption and the incidence of hypertension: the Atherosclerosis risk in communities study. *Hypertension* 2001 ; 37 (5) : 1242-1250.
- 14 - Klatsky AL. Should patients with heart disease drink alcohol? *Jama* 2001 ; 285 (15) : 2004-2006.
- 15 - Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Alcohol and mortality. *Ann Intern Med* 1992 ; 117 (8) : 646-654.
- 16 - Thun MJ, Peto R, Lopez AD et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *N Engl J Med* 1997 ; 337 (24) : 1705-1714.
- 17 - Mukamal KJ, Conigrave KM, Mittleman MA et al. Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *N Engl J Med* 2003 ; 348 (2) : 109-118.
- 18 - Bryson CL, Mukamal KJ, Mittleman MA et al. The association of alcohol consumption and incident heart failure: the Cardiovascular health study. *Journal of the American College of Cardiology* 2006 ; 48 (2) : 305-311.
- 19 - Symposium on Moderate Drinking. *Annals of Epidemiology* 2007 ; 17 (5, Supplement 5).
- 20 - Sacco RL, Elkind M, Boden-Albala B et al. The protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke. *Jama* 1999 ; 281 (1) : 53-60.
- 21 - Mukamal KJ, Kuller LH, Fitzpatrick AL, Longstreth WT, Jr., Mittleman MA, Siscovick DS. Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults. *Jama* 2003 ; 289 (11) : 1405-1413.
- 22 - Fink A, Hays RD, Moore AA, Beck JC. Alcohol-related problems in older persons. Determinants, consequences, and screening. *Arch Intern Med* 1996 ; 156 (11) : 1150-1156.
- 23 - Moore AA, Morton SC, Beck JC et al. A new paradigm for alcohol use in older persons. *Med Care* 1999 ; 37 (2) : 165-179.
- 24 - Moore AA, Hays RD, Reuben DB, Beck JC. Using a criterion standard to validate the Alcohol-related problems survey (ARPS): a screening measure to identify harmful and hazardous drinking in older persons. *Aging (Milano)* 2000 ; 12 (3) : 221-227.
- 25 - Oishi SM, Morton SC, Moore AA et al. Using data to enhance the expert panel process. Rating indications of alcohol-related problems in older adults. *Int J Technol Assess Health Care* 2001 ; 17 (1) : 125-136.
- 26 - Moore AA, Beck JC, Babor TF, Hays RD, Reuben DB. Beyond alcoholism: identifying older, at-risk drinkers in primary care. *J Stud Alcohol* 2002 ; 63 (3) : 316-324.
- 27 - Fink A, Tsai M, Hays RD et al. Comparing the Alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening instruments in elderly outpatients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2002 ; 34 : 55-78.
- 28 - Nguyen K, Fink A, Beck JC, Higa J. Feasibility of using an alcohol-screening and health education system with older primary care patients. *J Am Board Fam Pract* 2001 ; 14 (1) : 7-15.
- 29 - 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 (11) : 1937-1943.
- 30 - Wilson SR, Fink A, Verghese S, Beck JC, Nguyen K, Lavori P. Adding an Alcohol-related risk score to an existing categorical risk classification for older adults: sensitivity to group differences. *Journal of the American Geriatrics Society* 2007 ; 55 (3) : 445-450.