

Dr Lise Seigneuret*, Dr Guillaume Bouzillé**, Pr Romain Moirand***

* Département de médecine générale de Rennes, DMG Rennes, 2, avenue du Pr Léon Bernard, F-35043 Rennes Cedex.

Courriel : seigneuretlise@gmail.com

** Assistant hospitalo-universitaire, CIC inserm 1414, CHU Pontchaillou, Rennes, France

*** PU-PH, Service des maladies du foie, Unité d'addictologie, CHU Pontchaillou, Rennes, France

Reçu juin 2016, accepté août 2017

Obstacles au repérage précoce et intervention brève en alcoologie chez les aînés

Résumé

Contexte : l'efficacité des interventions brèves sur la consommation excessive d'alcool est reconnue chez les patients de plus de 65 ans. Les objectifs de l'étude sont de savoir si les médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine réalisent le repérage précoce du mésusage d'alcool et intervention brève (RPIB) chez les patients de plus de 65 ans et d'identifier les obstacles à cette pratique. **Méthode :** nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive à partir d'un questionnaire envoyé aux médecins généralistes du département. La fréquence de pratique du RPIB (Freq RPIB) correspond à la proportion des patients d'un médecin qui ont eu un RPIB, exprimée en pourcentage. **Résultats :** 13 % des 790 médecins sollicités ont répondu. La médiane de la Freq RPIB était de 30 % quel que soit l'âge des patients. L'existence d'une formation préalable en addictologie était significativement associée à la Freq RPIB. 42 % des médecins considéraient la fonction de RPIB comme importante. Les obstacles principaux au RPIB étaient d'ordre organisationnel (temps consacré et rémunération) et liés à des connaissances insuffisantes sur le mésusage d'alcool chez la personne âgée. Les représentations des médecins sur l'alcool et la vieillesse avaient une place minime. **Discussion :** au-delà des formations, indispensables, il faudra se pencher sur un mode d'organisation incitatif si les pouvoirs publics veulent augmenter la réalisation du RPIB en médecine générale.

Mots-clés

Repérage précoce et intervention brève (RPIB) – Mésusage d'alcool – Patient âgé – Médecine générale.

Summary

Obstacles to early identification of alcohol abuse and brief intervention in the elderly

Background: the efficacy of brief interventions on excessive alcohol consumption is recognized in patients over 65 years of age. The objectives of our study were to discover if general practitioners (GP) in the Ille-et-Vilaine department were performing early screening for alcohol abuse and brief intervention (RPIB: *Repérage Précoce du mésusage d'alcool et intervention brève*) in patients over 65 years old and to identify obstacles to implementing these techniques. **Methods:** we performed a descriptive epidemiologic study based on a questionnaire sent to the general practitioners in the department. The frequency of the actual RPIB (Freq RPIB) corresponded to the proportion of patients per GP that had a RPIB, expressed as a percentage. **Results:** we obtained responses from 13% of the 790 GPs contacted. The median value of Freq RPIB was 30% regardless of patient age. Prior training in addictology was significantly associated with Freq RPIB. 42% of GPs considered that RPIB served an important function. The main obstacles to RPIB were organizational (time spent and reimbursement) and a lack of knowledge concerning alcohol abuse in the elderly. The beliefs of GPs about alcohol and aging had a minor influence. **Discussion:** beyond training, that is essential, we must think about an organization that encourages the implementation of RPIB if government authorities want to increase its use in general practice.

Key words

(RPIB) Early identification and brief intervention – Alcohol misuse – Elderly – General medicine.

En 2015, les personnes de plus de 65 ans représentent 12 millions d'individus en France (1). Avec l'avancée en âge, la consommation quotidienne d'alcool

augmente (2). Seulement 1 % des 15-24 ans consomment quotidiennement de l'alcool alors que cela concerne 25 % des sujets de plus de 65 ans.

Le mésusage d'alcool est défini par l'ensemble des consommations excessives : de la simple conduite à risque à la dépendance. Le repérage précoce et intervention brève (RPIB) (3) a pour but d'évaluer la consommation de substance d'un sujet. S'il existe un mésusage, le soignant doit l'informer avec empathie et stimuler sa motivation pour modifier son comportement de consommation. Dans le cadre de travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2001, Babor et al. (4) ont mis en évidence l'efficacité de l'intervention brève pour diminuer à court ou moyen terme la consommation d'alcool des buveurs excessifs. Déjà en 1999, Fleming (5) avait montré son efficacité en soins primaires chez les patients de plus de 65 ans. Cette tranche d'âge, bien que très hétérogène, est considérée comme un groupe à risque face au mésusage d'alcool. Cela s'explique, entre autres, par l'association fréquente à des médicaments ou à d'autres pathologies. Le mésusage d'alcool chez les aînés apparaît après 60 ans dans un tiers des cas (6). Il persiste cependant en France des incertitudes sur les seuils déterminant une consommation d'alcool à risque dans cette tranche d'âge (3). L'American Geriatric Society (7) recommande de ne pas dépasser un verre par jour en moyenne et trois verres par occasion de boire, sachant qu'un verre standard américain contient 14 g d'alcool.

La Société française d'alcoologie, en 2015 (3), recommande le repérage précoce du mésusage d'alcool et l'intervention brève chez les patients de plus de 65 ans, en reconnaissant la place importante des soins primaires dans cette mission. En effet, la responsabilité potentielle de l'alcool dans certains syndromes gériatriques, comme les confusions, les chutes, les démences et autres complications somatiques, psychiques et sociales non spécifiques de la personne âgée, nécessite de réaliser ce repérage précocement.

Il existe des données nationales et internationales sur la pratique du RPIB en alcoologie par les médecins généralistes, mais elles ne sont pas spécifiques des patients âgés.

En Ille-et-Vilaine, la formation des médecins au RPIB a débuté en 2004 dans le cadre d'un programme national. L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) Bretagne et le réseau Addiction 35 font partie des acteurs locaux qui permettent la promotion du RPIB dans le département. L'impact de ces formations est mal connu.

Le but du présent travail était 1) de rechercher si les médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine réalisent le repérage précoce du mésusage d'alcool et les interventions brèves chez les patients de plus de 65 ans et 2) de préciser les obstacles au RPIB en alcoologie chez les aînés par les médecins généralistes.

Méthodes

Population étudiée

La population étudiée était l'ensemble des médecins généralistes exerçant en libéral en Ille-et-Vilaine, soit 959 médecins en 2015 selon le Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Ont été exclus les médecins n'ayant pas d'activité de médecine générale en cabinet libéral et les médecins remplaçants. Les médecins ont été contactés par courriel.

Création et validation du questionnaire

Toutes les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme. Ce questionnaire (annexe 1) a été créé sur un site de sondage en ligne, "Google drive". Un lien (8) pour y accéder a été envoyé par courriel aux médecins le 26 janvier 2015. Une relance a été faite le 4 février 2015. Seules les réponses obtenues avant le 2 mars 2015 ont été prises en compte.

Le questionnaire a été élaboré avec l'aide des internes de santé publique et validé par le directeur de thèse. Il a été testé avant envoi par deux médecins généralistes installés. Il contenait 17 questions fermées, appelant des réponses uniques ou multiples. Les médecins avaient la possibilité de rajouter une autre proposition pour chacune des questions à choix multiple.

En Ille-et-Vilaine, il existe un réseau financé par le Fonds d'intervention régional, le réseau Addiction 35 (ex-Réseau ville hôpital alcool 35), qui couvre le territoire de santé. Il offre la possibilité d'organiser des parcours de soins rapidement quand la demande des patients est pressante. Il organise également des synthèses pluridisciplinaires rassemblant l'ensemble des intervenants du champ sanitaire et du champ social autour d'un patient complexe, ainsi que des échanges de pratiques où un professionnel expose une situation qui

Annexe 1. – Questionnaire envoyé aux médecins

PATIENTS DE MOINS DE 65 ANS

 choix unique choix multiple

ATTENTION

Cette première partie concerne vos patients de MOINS de 65 ans.

La deuxième partie du questionnaire reprend les mêmes questions pour vos patients de PLUS de 65 ans.

- Sur 10 patients de MOINS de 65 ans, pour combien de patients estimez-vous faire un dépistage de la consommation excessive d'alcool ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>									

- Pour les patients de MOINS de 65 ans, le dépistage est-il le plus souvent :

Le dépistage OPPORTUNISTE se fait devant une circonstance clinique évocatrice d'un mésusage d'alcool, contrairement au dépistage SYSTÉMATIQUE.

systématique opportuniste

- Par rapport à l'ensemble de vos fonctions, quelle importance accordez-vous au dépistage de la consommation excessive d'alcool chez les patients de MOINS de 65 ans ?

mineure modérée importante majeure

- Parmi les patients de MOINS de 65 ans que vous avez dépistés, quelle proportion présentait des critères de dépendance à l'alcool (c'est-à-dire une perte de contrôle de la consommation) ?

moins de 25 % entre 25 et 50 % entre 50 et 75 % plus de 75 %

PATIENTS DE PLUS DE 65 ANS

- Sur 10 patients de PLUS de 65 ans, pour combien de patients estimez-vous faire un dépistage de la consommation excessive d'alcool ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>									

- Pour les patients de PLUS de 65 ans, le dépistage est-il le plus souvent :

systématique opportuniste

- Par rapport à l'ensemble de vos fonctions, quelle importance accordez-vous au repérage du mésusage d'alcool chez les patients de PLUS de 65 ans ?

mineure modérée importante majeure

- Pour les patients de PLUS de 65 ans, à quelle(s) occasion(s) réalisez-vous le plus souvent un dépistage systématique ?

première consultation (nouveau patient) demande d'aide à l'arrêt du tabac
 lors d'un renouvellement de traitement lors d'une affection aiguë non liée à un problème d'alcool
 autre :

- Pour les patients de PLUS de 65 ans, à quelle(s) occasion(s) réalisez-vous habituellement le dépistage opportuniste ?

découverte d'une hypertension artérielle difficultés familiales
 troubles cognitifs ou mnésiques difficultés sociales
 chute ou traumatisme découverte d'une thrombopénie
 symptômes psychologiques (anxiété, dépression) découverte d'une macrocytose
 troubles du sommeil autre :

- Parmi les patients de PLUS de 65 ans que vous avez dépistés, quelle proportion présentait des critères de dépendance à l'alcool (c'est-à-dire une perte de contrôle de la consommation) ?

moins de 25 % entre 25 et 50 % entre 50 et 75 % plus de 75 %

- Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles qui constituent, pour vous, un obstacle au dépistage de la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées de PLUS de 65 ans ?

je pense avoir des connaissances théoriques et un savoir-faire insuffisants
 je pense que les actes de prévention ne sont pas assez valorisés en médecine générale
 je manque de temps, il y a d'autres priorités en médecine générale
 je n'y pense pas car les symptômes de la consommation excessive d'alcool sont masqués par les médicaments du patient ou attribués à l'âge
 je ne suis pas à l'aise pour parler d'alcool avec la personne âgée
 je ne veux pas supprimer ce "dernier plaisir" à la personne âgée
 j'ai peur de blesser le patient et d'altérer ainsi la relation thérapeutique
 je ne peux pas aborder librement le sujet de l'alcool en consultation du fait de la présence systématique de l'entourage du patient (conjoint, enfant)
 je pense que c'est inutile de dépister car les stratégies de soins sont inefficaces chez les personnes âgées
 autre :

Annexe 1. – Questionnaire envoyé aux médecins (suite)**SUITE ET FIN**

- Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour le dépistage ?
 - l'évaluation de la consommation déclarée d'alcool par le patient (ce que dit boire le patient)
 - le questionnaire FACE
 - le questionnaire AUDIT-C
 - le questionnaire AUDIT
 - le questionnaire DETA
 - autre :

- Quel(s) élément(s) considérez-vous comme important(s) à connaître à la fin de votre dépistage ?
 - le nombre de verres standard par semaine
 - le nombre de verres standard par jour
 - le nombre de verres standard par occasion de boire
 - l'existence de critères de dépendance
 - le nombre d'alcoolisations ponctuelles importantes par semaine ou par mois
 - le type d'alcool consommé
 - autre :

- Avez-vous participé à la formation "repérage précoce et intervention brève" organisée par l'ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) entre 2005 et 2008 ?
 - oui non

- Avez-vous participé à une autre formation en addictologie ?
 - organisée par le Réseau ville-hôpital alcool 35 autre :

- Utilisez-vous le Réseau ville-hôpital alcool 35 ?
 - oui non

- Concernant le Réseau ville-hôpital alcool 35 :
 - vous l'utilisez parfois pour des patients vous êtes médecin-relais
 - vous êtes adhérent vous êtes administrateur
 - autre :

- Vous n'utilisez pas le Réseau ville-hôpital alcool 35 car :
 - vous ne le connaissez pas vous avez d'autres correspondants en addictologie
 - autre :

lui pose problème à un panel de participants, et enfin des formations pluridisciplinaires. Près de la moitié des médecins généralistes du territoire a utilisé au moins une fois les services de ce réseau (9).

Analyse des données

Une analyse descriptive de l'ensemble des données a été réalisée. Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide de la médiane. Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de l'effectif et du pourcentage de chaque modalité.

Pour étudier la réalisation du RPIB par les médecins répondants, nous avons utilisé comme variable la fréquence de pratique du RPIB (Freq RPIB) qui

correspond à la proportion des patients d'un médecin qui ont eu un RPIB, exprimée en pourcentage. Donc un médecin qui a fait en moyenne un RPIB chez deux patients sur dix a une Freq RPIB de 20 %.

Nous avons utilisé le test du χ^2 pour réaliser les comparaisons de pourcentages lorsque les conditions de validité étaient respectées, et dans le cas contraire le test exact de Fisher. Les valeurs de p ont été interprétées au seuil de significativité de 5 % ($p \leq 0,05$).

Le test de tendance de Cochran-Armitage a été utilisé pour étudier le lien entre la réalisation du RPIB et l'existence d'une formation.

L'ensemble de l'analyse statistique a été réalisé par le logiciel BiostaTGV.

Résultats

Population étudiée

Le questionnaire a été envoyé par courriel à 830 médecins sur 959 ; 34 courriels étaient non valides et six médecins ont répondu qu'ils n'exerçaient pas la médecine générale en cabinet libéral. Au total, 790 médecins généralistes installés en Ille-et-Vilaine ont reçu le questionnaire auquel 103 ont répondu, soit 13 % des médecins. 56 %, soit 58 médecins utilisaient le réseau Addiction 35 et 29 %, soit 30 médecins, avaient une formation préalable en addictologie.

Les outils utilisés par les médecins interrogés étaient essentiellement l'évaluation de la consommation déclarée d'alcool (CDA : 93/100, soit 90 %). Beaucoup plus rarement étaient cités le questionnaire DETA (7/103, 7 %), le FACE (7/103, 7 %), l'AUDIT-C (2/103, 2 %) et l'AUDIT (1/103, 1 %).

Influence de l'âge du patient sur la pratique du RPIB par les médecins généralistes

Nous avons comparé la Freq RPIB pour les patients de plus de 65 ans et de moins de 65 ans (figure 1). La médiane était de 30 % quelle que soit la tranche d'âge considérée, et la figure 1 montre l'absence de différence dans la fréquence de réalisation du RPIB chez les moins et les plus de 65 ans ($p = 0,720$). Sur dix patients de moins de 65 ans vus en consultation, 36 % des médecins interrogés estimaient réaliser au maximum deux fois le RPIB. Ils étaient 38 % concernant les patients de plus de 65 ans. Les autres caractéristiques du RPIB selon l'âge du patient sont présentées tableau I.

Nous avons recherché quelles étaient les circonstances principales de réalisation d'un RPIB, en les différenciant en systématique et opportuniste, chez les patients de plus de 65 ans (figure 2). Les anomalies biologiques (tous paramètres confondus) et les manifestations

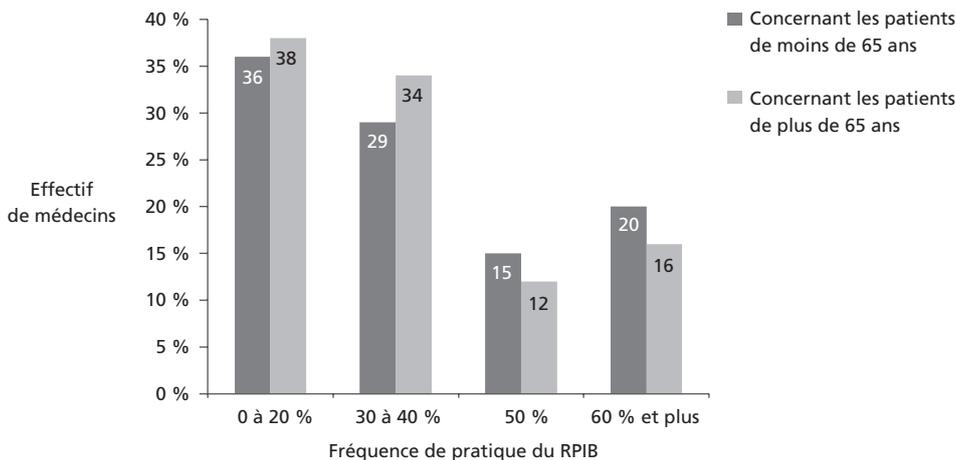
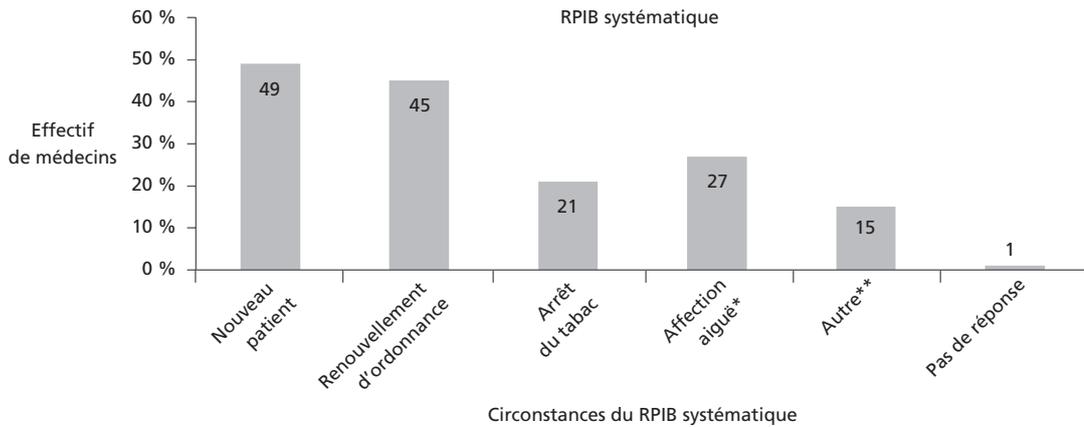


Figure 1. – Fréquence de pratique du RPIB selon l'âge du patient.

Tableau I : Caractéristiques du RPIB selon l'âge du patient

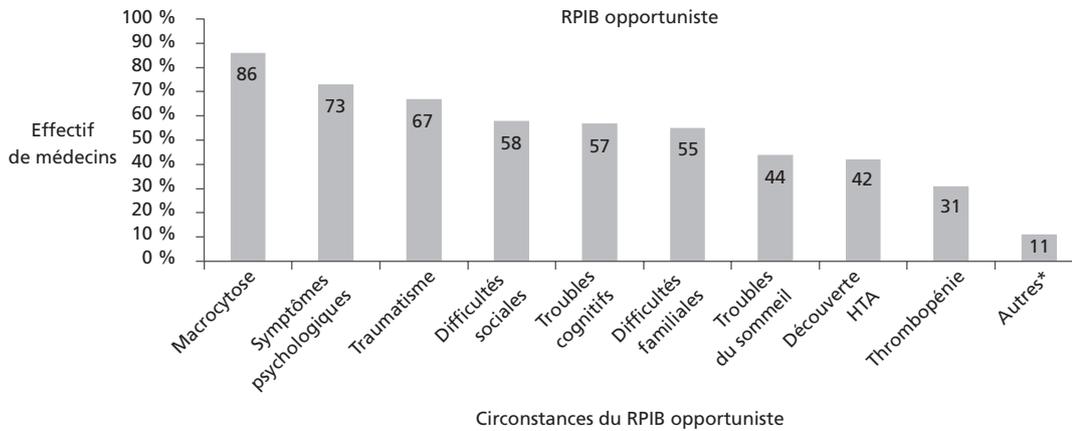
Critères décrivant la pratique du RPIB chez les médecins généralistes	Patients de moins de 65 ans		Patients de plus de 65 ans	
	N	%	N	%
Effectifs de médecins effectuant le plus souvent un dépistage opportuniste	80	78	85	83
Effectifs de médecins ayant dépistés moins de 25 % de patients dépendants par rapport au nombre total de patients dépistés	53	51	53	51
Effectifs de médecins selon l'importance accordée à la fonction de RPIB :				
- majeure	6	6	5	5
- importante	51	50	43	42
- modérée	36	35	45	44
- mineure	10	10	10	10



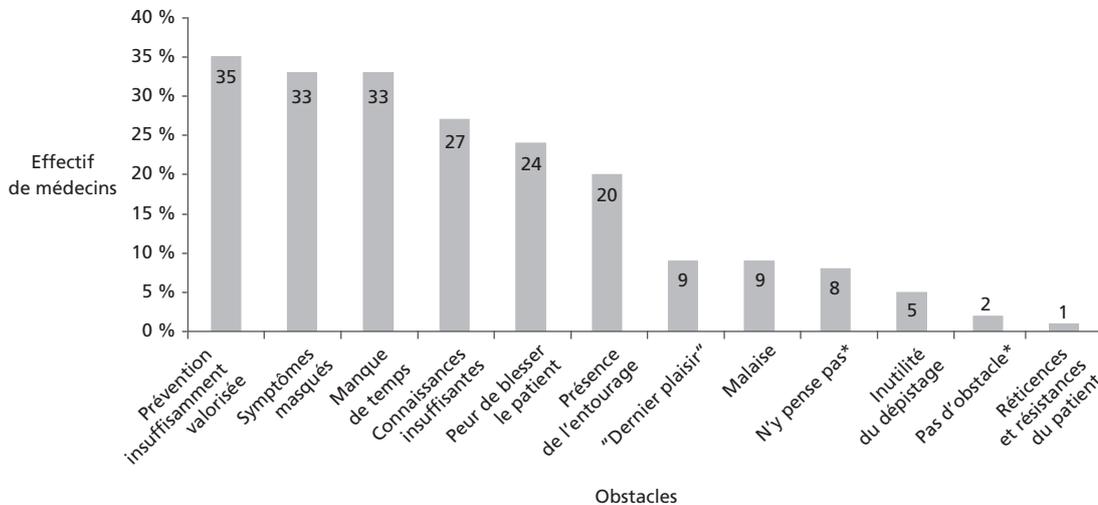
* non liée à un problème d'alcool.

** pas de dépistage systématique (3 % des médecins interrogés), biologie systématique de dépistage (5 %), autres circonstances ne relevant pas du dépistage systématique (demande judiciaire 1 %, signes cliniques évocateurs 3 %, signes biologiques évocateurs 3 %).

Figure 2. – Circonstances du RPIB chez les patients de plus de 65 ans.



* demande judiciaire (1 %), présentation globale du patient (2 %), haleine alcoolisée (2 %), perturbations biologiques autres (bilan hépatique 4 %, non précisées 1 %) et "absence de dépistage ni opportuniste ni systématique".



* propositions "autre".

Figure 3. – Obstacles du RPIB chez les patients de plus de 65 ans.

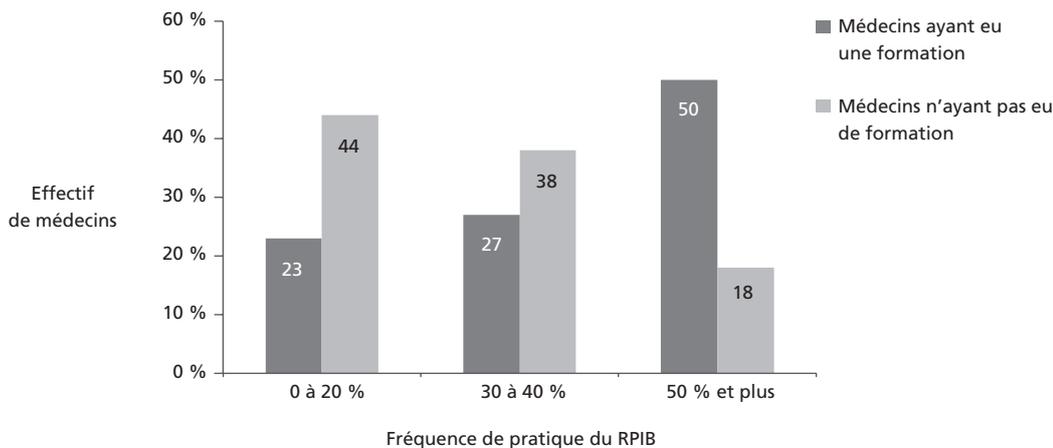


Figure 4. – Fréquence de pratique du RPIB chez les patients de plus de 65 ans selon l'existence d'une formation en addictologie préalable.

psychosociales étaient les circonstances de dépistage opportuniste les plus citées par les médecins.

Obstacles au RPIB chez les patients de plus de 65 ans, par les médecins généralistes

Les obstacles exposés dans la figure 3 étaient issus des items du questionnaire, mais aussi des propositions des médecins interrogés. Trois obstacles prédominaient : l'activité de prévention insuffisamment valorisée en médecine générale, les symptômes éventuels du mésusage d'alcool souvent masqués par la polypathologie ou attribués à l'âge, et le manque de temps. Seulement neuf médecins sur 103 déclaraient que ne "pas être à l'aise pour parler d'alcool avec la personne âgée" et "que la volonté de ne pas supprimer ce dernier plaisir" étaient un obstacle au RPIB.

Influence d'une formation préalable en addictologie des médecins sur leur pratique du RPIB, chez les patients de plus de 65 ans

Sur les 103 médecins interrogés, 30 avaient reçu une formation préalable en addictologie : quatre avaient participé à une formation au RPIB entre 2005 et 2008 organisée par l'ANPAA ; 14 avaient reçu une formation organisée par le réseau Addiction 35 ; 12 avaient reçu une autre formation (cinq en formation médicale continue, quatre diplômes universitaires d'addictologie, un formation de santé maritime, un formation d'agrément permis de conduire et un formation inconnue).

Nous avons comparé la Freq RPIB, chez les patients de plus de 65 ans, selon l'existence d'une formation

préalable des médecins (figure 4). La médiane était de 30 % pour les médecins sans formation addictologique et de 45 % pour les autres. La figure 4 montre la distribution des résultats ; il existait une différence statistiquement significative ($p = 0,003$). L'existence d'une formation préalable en addictologie était significativement associée au fait de réaliser le RPIB chez les aînés ($p = 0,004$).

Nous avons comparé la distribution des obstacles au RPIB chez les aînés selon l'existence d'une formation préalable en addictologie. "Des connaissances théoriques et un savoir-faire insuffisants" était le seul obstacle où la distribution était significativement différente ($p = 0,042$). C'était un obstacle pour 33 % des médecins non formés à l'addictologie et pour 13 % des médecins formés. Le plus fréquent des obstacles (33 % des médecins) était "les symptômes du mésusage d'alcool masqués par la polymédication ou attribués à l'âge", sans différence selon que les médecins aient eu ou non une formation. Le sentiment que "l'activité de prévention est insuffisamment valorisée" était un obstacle prédominant pour les médecins sans formation, soit 37 %. Les obstacles relatifs aux représentations de l'alcool et la vieillesse, tels que le mésusage d'alcool comme "dernier plaisir", l'inutilité du dépistage, les résistances du patient, étaient cités au maximum par 10 % des médecins, qu'ils aient une formation addictologique ou non.

Influence de l'utilisation du réseau Addiction 35 sur la pratique du RPIB chez les patients de plus de 65 ans

Parmi les 58 médecins qui utilisaient le réseau, il y avait 16 adhérents, dont quatre médecins-relais.

Parmi les 45 médecins qui n'utilisaient pas le réseau, 33 % ne le connaissaient pas et 42 % avaient d'autres correspondants en addictologie. Les médecins présentant ces deux critères ont été inclus dans "ne connaît pas le réseau".

Nous avons étudié la Freq RPIB chez les patients de plus de 65 ans, selon l'utilisation du réseau. La médiane était de 30 %, que les médecins utilisent ou non le réseau. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence statistiquement significative de Freq RPIB selon l'utilisation du réseau.

Nous avons comparé la distribution des obstacles au RPIB chez les aînés selon l'utilisation du réseau. La seule différence statistiquement significative a été observée pour l'obstacle "les symptômes du mésusage d'alcool masqués par la polymédication ou attribués à l'âge" qui concernait 43 % des médecins utilisant le réseau, contre 20 % des autres médecins. Les médecins n'utilisant pas le réseau avaient comme principal obstacle "le manque de temps" (36 %).

Discussion

Les principaux résultats de cette enquête déclarative, réalisée chez les médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, montrent qu'ils réalisent le RPIB de manière identique, quel que soit l'âge du patient. Chez les aînés comme chez les plus jeunes, la proportion de patients pour lesquels un RPIB est réalisé est faible.

Selon les médecins, les principaux obstacles au RPIB, chez les patients de plus de 65 ans, étaient : 1) la valorisation insuffisante des actes de prévention en médecine générale ; 2) le manque de temps ; 3) la difficulté de reconnaître les symptômes d'un mésusage d'alcool chez les patients âgés ; 4) des connaissances théoriques et un savoir-faire insuffisants.

Pour les patients de plus de 65 ans, l'existence d'une formation préalable en addictologie était positivement et significativement liée à la fréquence de réalisation d'un RPIB. La faible place des représentations sur l'alcool et la vieillesse, et l'intérêt des médecins porté à la fonction de RPIB sont peut-être favorisés par la formation des médecins en addictologie. Un échantillon plus grand de médecins aurait peut-être permis de mettre en évidence ce lien.

Une formation des médecins généralistes au RPIB est donc, actuellement, toujours nécessaire. Elle devrait préciser l'intérêt du RPIB également chez les patients seniors et les particularités de son application dans cette population.

Dans la littérature, il n'y a pas à notre connaissance d'étude nationale ou internationale décrivant la pratique du RPIB, par les médecins généralistes, spécifiquement chez les aînés, ni de comparaison avec le RPIB chez des patients plus jeunes. Les médecins interrogés réalisaient majoritairement un repérage opportuniste (devant des signes pouvant évoquer une consommation excessive d'alcool), quel que soit l'âge du patient. Cela correspond aux données nationales du Baromètre santé médecin généraliste, élaboré par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (étude en France métropolitaine avec un échantillon représentatif de 2 083 médecins généralistes) (10). 72 % des médecins n'abordaient la question de l'alcool que pour certains patients "à risque". Malheureusement, l'étude ne définissait pas quels étaient les patients "à risque". Les anomalies biologiques étaient la circonstance la plus fréquente de dépistage opportuniste, mais elles sont trop peu sensibles pour permettre un repérage précoce (11). Actuellement, un dépistage ciblé est recommandé (3) chez le patient de plus de 65 ans. On doit rechercher un mésusage d'alcool devant des facteurs prédictifs : sexe masculin, tabagisme et difficultés sociales (12, 13), et devant une symptomatologie évocatrice. Seulement 21 % des médecins interrogés faisaient le RPIB lors d'une consultation d'aide à l'arrêt du tabac. Plus de la moitié des médecins considéraient les symptômes psychologiques, les chutes, les difficultés sociales et les troubles cognitifs comme des circonstances de repérage précoce du mésusage d'alcool, en accord avec ces recommandations. En revanche, seulement 44 % des médecins y pensaient devant des troubles du sommeil. La dénutrition et les douleurs chroniques doivent également alerter.

L'outil privilégié par les médecins interrogés pour réaliser le RPIB était la CDA. Cette attitude correspond aux recommandations (3) qui considèrent la CDA comme le moyen le plus simple d'évaluation du risque en consultation, après avoir éliminé d'éventuels troubles cognitifs. Les questionnaires standardisés étaient très peu utilisés, ce qui était également retrouvé dans l'étude de Beck et al. en 2008 (10). Pourtant, l'AUDIT reste indiqué dans toutes les situations où la réalisation d'un autoquestionnaire est possible (6).

Les médecins interrogés considéraient que la valorisation insuffisante des actes de prévention était un obstacle important à la réalisation du RPIB chez les patients âgés. C'est un obstacle que l'on retrouve surtout dans les publications françaises. Le paiement à l'acte est l'un des obstacles au RPIB (patients de tout âge) cités par Huas et Rueff en 2010 (14). Seppanen et al. en 2007 (15) ont réalisé une enquête auprès de l'ensemble des praticiens de soins primaires en Finlande pour évaluer leurs pratiques du RPIB. Seulement 17, 2 % des médecins déclaraient pratiquer le RPIB "régulièrement". Dans l'étude de Beck et al. (10), 23 % des médecins généralistes français déclaraient faire un repérage systématique du mésusage d'alcool. Il est difficile de comparer ces deux études de méthodologies différentes. En Finlande, où la plupart des médecins de soins primaires sont fonctionnaires de l'État (16), la pratique du RPIB ne semble pas plus répandue qu'en France. Il est cependant nécessaire de prendre en compte cet obstacle qui s'intègre dans une problématique plus vaste. Le temps accordé au RPIB en consultation en regard des autres fonctions du médecin généraliste est un obstacle que l'on retrouve également pour le RPIB chez les patients de tout âge, notamment dans la revue de la littérature de O'Donnell et al. en 2013 (17). L'étude AESOPS en 2013 (18) a montré qu'une intervention graduée de trois fois 20 minutes n'était pas plus efficace qu'une intervention brève de cinq minutes. Il faut noter que l'âge moyen de la population de l'échantillon était de 63 ans, ce qui ne correspondait pas à notre définition de la personne âgée. Dans cette étude, le repérage précoce était réalisé en amont de l'intervention brève par une secrétaire médicale ou un assistant de recherche clinique. On peut donc se poser la question de déléguer le repérage précoce à un autre soignant.

Les autres obstacles se rapportaient plus à l'âge des patients. Il s'agissait tout d'abord de l'existence plus fréquente de polyopathie et polymédication chez les patients de plus de 65 ans. L'imputabilité de l'alcool devant certains symptômes chez une personne âgée est moins évidente que chez une personne jeune sans comorbidité. Mais il s'agit surtout d'y penser devant certains symptômes en réalisant un repérage ciblé. Le mésusage peut exister pour une consommation d'alcool inférieure aux seuils de l'OMS (210 g/semaine pour les hommes et 140 g/semaine pour les femmes), car associée à certains médicaments ou pathologies. Une étude a été menée au Centre hospitalier d'Ancenis en 2012 (19). L'échantillon de patients, trop faible, ne permettait pas de généraliser les résultats, mais c'est l'une des rares

études sur le sujet où la moyenne d'âge des patients est de 84,8 ans. Elle a mis en évidence la forte prévalence du mésusage d'alcool parmi des patients de plus de 75 ans hospitalisés en court séjour gériatrique : 44 % sur une durée de cinq mois. Les patients ayant un mésusage d'alcool avaient pour la majorité d'entre eux une CDA inférieure aux seuils de l'OMS, mais cette consommation était associée à une prescription d'anti-vitamine K ou de psychotropes.

La présence d'un tiers en consultation n'est pas rare dans cette tranche d'âge, ce qui constitue également un frein au RPIB pour les médecins interrogés. Une étude pilote a été réalisée sur la consultation à trois en gériatrie, par Rose et al. en 2008 (20). Les résultats ne sont pas extrapolables, mais il était suggéré que le médecin pose le cadre de la consultation avec deux temps de consultation différents pour le tiers et le patient, afin de diminuer les freins éventuels à parler d'alcool.

La place des représentations fausses sur l'alcool ou la vieillesse était minime dans notre étude. Menecier et al. en 2010 (21) proposaient le refus des médecins de supprimer la dernière source de plaisir que serait l'alcool comme obstacle au RPIB chez le patient âgé. Cette assimilation du mésusage d'alcool au plaisir n'était que très peu retrouvée dans notre étude. En Bretagne, une formation des médecins généralistes au RPIB a été faite en 2007 et 2008. L'ANPAA a évalué l'impact de la formation sur les représentations des médecins. À un an de la formation, ils étaient sept fois plus nombreux à déclarer que le fait que le patient ne veuille pas parler d'alcool ne les empêchait pas d'aborder les questions d'alcool (22).

Les limites de notre étude sont principalement liées au fait qu'il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire. Le biais principal est donc le biais de sélection. Les médecins qui ont répondu avaient probablement un intérêt particulier pour l'addictologie, la gériatrie ou la formation des internes. Ils n'étaient donc pas représentatifs des médecins généralistes installés en Ille-et-Vilaine. Les résultats ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes du département. On retrouve également un biais de déclaration, inhérent au mode de recueil de données par questionnaire. Les médecins ont déclaré ce qu'ils pensaient être recommandé de faire, plus que leur pratique réelle. Pour favoriser l'adhésion des médecins, nous avons réalisé un questionnaire concis, anonyme, avec un vocabulaire adapté aux médecins n'ayant pas de formation addictologique préalable. Beck et al. (10) et

Seppanen et al. (15) ne montraient pas de lien entre la fréquence du RPIB et l'âge, le sexe et le lieu d'exercice des médecins. Les données démographiques concernant les médecins ont donc été exclues. Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre la fréquence du RPIB chez les patients de plus de 65 ans par les médecins et l'utilisation du réseau Addiction 35, au contraire de Beck et al. en 2008, qui montraient que le fait de procéder systématiquement au repérage de consommation de substances psychoactives était très lié au fait d'appartenir à un réseau (10). Notre résultat peut s'expliquer par le nombre trop faible de médecins répondants et par l'appartenance probable au réseau Addiction 35 des "autres correspondants en addictologie". En effet, 42 % des médecins qui n'utilisaient pas le réseau le justifiaient par l'existence d'autres correspondants en addictologie.

L'influence positive de la formation sur la pratique du RPIB par les médecins répondants est un argument fort pour continuer les formations. Il reste d'actualité de faire connaître les recommandations existantes, récentes, sur le RPIB et ses particularités d'application chez les aînés (repérage ciblé). Il faut continuer d'informer les médecins sur les symptômes et facteurs évoquant un mésusage d'alcool chez la personne âgée, en insistant sur le rôle de la biologie, marqueur possible de nocivité, n'ayant pas sa place dans le dépistage. Les médecins semblent convaincus de l'intérêt du RPIB, même chez les aînés. Les formations devraient maintenant s'orienter sur les particularités du mésusage dans cette population. Le récent rapport de la Cour des comptes propose d'intégrer le RPIB en alcoologie dans le cursus obligatoire des étudiants médicaux et paramédicaux. Il propose, pour favoriser la réalisation du RPIB par le médecin généraliste, de l'intégrer aux rémunérations par objectif de santé publique et l'aide aux développements de réseaux de soins en alcoologie (23). ■

Liens d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt.

L. Seigneuret, G. Bouzillé, R. Moirand
Obstacles au repérage précoce et intervention brève en alcoologie chez les aînés

Alcoologie et Addictologie. 2018 ; 40 (1) : 6-15

Références bibliographiques

1 - Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Mesurer pour comprendre. [en ligne, consulté le 15/06/2015] http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm.

- 2 - Richard JB, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. *Évolutions*. 2015 ; (32) : 1-6.
- 3 - Société Française d'Alcoologie. Recommandations de bonne pratique de la SFA 2014. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (1) : 5-84.
- 4 - Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva : World Health Organization, Dept. of Mental Health and Substance Dependence ; 2001. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67210/1/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf.
- 5 - Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract*. 1999 ; 48 (5) : 378-84.
- 6 - Société Française d'Alcoologie, Société Française de Gériologie et de Gériatrie. Personnes âgées et consommation d'alcool. Recommandations 2013. [en ligne, consulté le 18/08/2015] <http://www.sfalcoologie.asso.fr>.
- 7 - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: a clinician's guide ; updated 2005 edition. Washington : US Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism ; 2007.
- 8 - Seigneuret L. Dépistage de la consommation excessive d'alcool chez les aînés [Thèse]. 2015. https://docs.google.com/forms/d/18DZrq_Eqjr70GEhbH2nMomEEk7_ay-KzgMh60z2 Ud68/viewform?usp=send_form.
- 9 - Réseau Ville-Hôpital Alcool 35. Rapport d'évaluation triennal 2005-2007 (partie 1). Rennes : ARH Bretagne, URCAM Bretagne ; 2007. <http://www.webcitation.org/6Bya0Ja2a>.
- 10 - Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev Épidemiol Santé*. 2011 ; 59 (5) : 285-94.
- 11 - Conigrave MK, Davies P, Haber P, Withfield JB. Traditional markers of excessive alcohol use. *Addiction*. 2003 ; 98 (2) : 31-43.
- 12 - Brennan PL, Schutte KK, Moos BS, Moos RH. Twenty-year alcohol-consumption and drinking-problem trajectories of older men and women. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011 ; 72 (2) : 308-21.
- 13 - Cornel M, Knibbe RA, Knottnerus JA, Volovics A, Drop MJ. Predictors for hidden problem drinkers in general practice. *Alcohol Alcohol*. 1996 ; 3 (3) : 287-96.
- 14 - Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *Exercer*. 2010 ; 90 : 20-3.
- 15 - Seppanen KK, Aalto M, Seppa K. Institutionalization of brief alcohol intervention in primary health care. The Finnish case. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012 ; 36 (8) : 1456-61.
- 16 - Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique*. 2009 ; 21 : 27-38.
- 17 - O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schutte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*. 2014 ; 49 (1) : 66-78.
- 18 - Watson JM, Crosby H, Dale VM, Tober G, WU Q, Lang J, et al. AESOPS: a randomized controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health Technol Asses*. 2013 ; 17 (25) : 1-176.
- 19 - 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. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 2013 ; 11 (1) : 33-41.
- 20 - Rose S, Zientara B, Lurcel J. La relation à trois dans la consultation avec un patient âgé. *NPG*. 2008 ; 8 (45) : 35-44.
- 21 - Menecier P, Collovray C, Menecier-Ossia L. Les difficultés à parler d'alcool avec des personnes âgées. *Soins Gériologie*. 2006 ; 11 (60) : 40-2.
- 22 - ANPAA comité régional Bretagne. Programme RPIB en Bretagne. Synthèse de l'expérimentation 2004-2008. [en ligne, consulté le 26/09/2015] <http://www.anpaa-bretagne.fr/wp-content/uploads/2015/03/rpib-evaluation-du-dispositif-2004-2008.pdf>.
- 23 - Cour des Comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Paris : Cour des Comptes ; 2016.