

Année 2024

2024 TOU3 1102
2024 TOU3 1103

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Anna AIYECHOUCHE et Justine VERJUX

Le 10 octobre 2024

Abord de la problématique alcool chez la personne âgée : Étude qualitative auprès de médecins généralistes en Occitanie

Directeur de thèse : Dr David PIPONNIER

Co-directrice de thèse : Dr Marielle PUECH

JURY :

Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO

Monsieur le Docteur David PIPONNIER

Madame la Docteure Marielle PUECH

Président

Assesseur

Assesseur



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LANGENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAULFÈRE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHÈ Pierre	Professeur SERRE Guy	Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépat	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Leila
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés Honoraires
	Mme MALAUAUD Sandra
	Mme PAVY LE TRAON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIF Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOLAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements au Jury

Monsieur le Professeur Franchitto,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse et nous vous en sommes reconnaissantes.

Monsieur le Docteur Piponnier,

Nous te remercions de nous avoir accompagnées tout au long de ce travail de thèse enrichissant tant sur le plan personnel qu'intellectuel. Merci pour ton enthousiasme et ta passion pour cette discipline complexe qu'est l'addictologie.

Madame la Docteure Puech,

Nous vous remercions d'avoir accepté de nous guider tout au long de ce travail de thèse. Merci pour vos précieux conseils méthodologiques et votre disponibilité. Vos connaissances en recherche qualitative nous ont tant aidées.

Remerciements personnels :

Remerciements Anna

Justine, à nos dizaines de mails envoyés, à nos trentaines d'heures de visio, à nos cinquantaines de vocaux, à nos centaines de messages échangés, à nos joies, à nos moments de doute, à nos victoires, à nos instants de frustration. Merci pour tout. Merci d'avoir été la cothésarde rêvée et merci d'être devenue cette amie sur qui je peux compter.

Olivier, *“avec toi j'ai remporté la victoire de ma vie”*.

Eva, les amis sont la famille que l'on choisit n'est-ce pas ? Alors tu es la sœur que je n'ai jamais eue. Merci pour ta bonté, ta générosité, ta présence. Je ne me lasserai jamais de nos vocaux interminables pour nous raconter nos vies. Je te le dis une nouvelle fois mais si le monde n'était peuplé que de gens comme toi il se porterait bien mieux. Merci d'être toi. Pour toujours.

Anne-Laure, Elise, Mathilde F, mes meilleures amies, des femmes si fortes. Neuf années d'amitié mais j'ai l'impression que vous avez toujours fait partie de ma vie.

Anne-Laure, merci pour tous ces fous rires et ces bêtises ensemble, merci pour tes bons conseils sur la course à pied qui m'ont tellement aidé cette dernière année mentalement et physiquement. J'ai hâte de partager encore avec toi et pendant de nombreuses années notre passion pour la lecture.

Elise, merci d'être toujours présente, d'être la femme indépendante et déterminée que tu es. Ensemble on est plus fortes.

Mathou, merci d'être là depuis toutes ces années, je suis si fière de la femme que tu es devenue, ambitieuse, forte et écolo !

Julien, merci d'être toujours présent, de ta gentillesse et ta générosité. Hâte de faire encore et encore de nombreuses parties de jeux de société ensemble !

Romain, Augustin, j'espère que nos vacances annuelles ensemble resteront un rituel pendant de nombreuses années !

Camille, Estelle, Florent, Léna, Louise, mes copains toulousains. Je suis tellement reconnaissante et heureuse de vous avoir rencontrés au cours de cet internat. Loin de mes amis poitevins, j'ai trouvé auprès de vous tout ce dont j'avais besoin. Je me rappellerai toujours ces fous rires en garde aux Urgences ensemble. Merci Estelle pour ces discussions féministes passionnantes autour d'un smoothie à la framboise (sans banane !) au Flower's. Merci Louise et Estelle pour nos traditionnels dîner-sushis place Schuman. Merci Léna pour cette expérience incroyable en coloc. A la team Carca, je suis fière des médecins que vous êtes devenus et de cet amour commun pour notre belle spécialité.

Chanel, Jessica, Justine LDM, les copines de Carcassonne, merci pour ce semestre passé à vos côtés, les L5 en puissance (sans oublier Léna). Je ne peux qu'être fière de vous les nanas !

Emilia, Hugo, Léa, Lucie L, Lucie S, Mathilde G, Maxime, Pierre, Timothée, merci de m'avoir accueillie à bras ouverts dans votre joli groupe rempli d'amitié, de confiance et de loyauté.

A mes parents, merci de m'avoir permis de faire ses études et de m'avoir enseigné la rigueur et le sérieux.

A mes deux frères, merci d'être toujours là pour me faire rire et grogner (mais que serait une grande sœur sans ses petits frères ?)

A Jimmy, Jacques et Yann, merci de m'avoir accueillie en stage (à deux reprises pour certains !), de m'avoir tant appris, conseillé, accompagné, fait réfléchir, écouté. Dès mon premier jour d'internat, à vos côtés, j'ai su que je ne m'étais pas trompée dans mon choix. J'espère que vous êtes tous les trois fiers de la médecin que je suis en train de devenir.

Dr Anthony Horack, si j'en suis là aujourd'hui c'est en grande partie grâce à ce stage d'externat en 2019 à vos côtés. Merci de m'avoir fait découvrir cette merveilleuse spécialité. Je suis tombée amoureuse de la médecine générale grâce à vous, je vous en serai éternellement reconnaissante. Je suis fière de devenir aujourd'hui l'une de vos consœurs.

Remerciements Justine

Anna : Nous nous sommes trouvées, nous les deux expatriées, dans cette nouvelle région. Je n'aurais pas pu imaginer partager une thèse avec qui que ce soit d'autre. Merci de m'avoir suivie dans cette folie, de m'avoir soutenue dans les moments difficiles. Merci d'avoir su transformer nos dizaines de visio en moments si agréables et attendus. Merci d'avoir accepté mes choix pourtant si contraignants pour toi. Et surtout merci de graver notre si belle amitié sur ce papier.

Romain : *“Un jour Bilbon m'a dit que les grandes histoires ne finissent jamais.”* Nous sommes cette grande histoire, merci mon amour.

Maman : tout particulièrement à toi, ma mamounette, toi qui n'as pu voir que le début de cette longue aventure, mais sans qui rien n'aurait été possible. Tu me manques tant.

Papa : Merci de m'avoir donné le goût des sciences, à toujours donner le meilleur de moi-même et de m'en avoir donné les moyens.

Mémé filou : J'espère que tu me regardes toujours avec fierté depuis là-haut.

Pépé et Mémé uxa : Parce que rien n'aurait été possible sans vous qui m'avez accueillie si bien pour mes révisions de premières années et par la suite. Merci pour votre soutien sans faille.

Thibaut : mon grand frère, qui m'a montré la voie. Merci pour ton amour, quoique parfois montré de façon étrange.

Marie et mon petit Camille : tu es devenue la sœur que je n'ai jamais eue. Merci pour ce lien précieux que nous gardons malgré la distance, merci de nous avoir offert Camille, qui illumine cette famille.

Marie : ma cousine, mais bien plus que cela. Merci d'avoir toujours été là.

Tata Hélène : ma tata chérie, tu as toujours été là pour moi, me soutenant dans tous mes choix. Merci d'être toi, et merci pour tous ces dimanches ensemble donc je garde un souvenir tellement tendre.

Au reste de la famille, si je cite tout le monde les remerciements seront plus longs que la thèse, merci à tous.

Arthur, Valentin, Carole, et tous ceux que j'oublie dans mes amis d'enfance : merci de m'avoir permis de garder ce lien si précieux malgré la distance et les emplois du temps de ministre. Mention spéciale pour toi Valou qui m'a supportée en coloc pendant tant d'années de médecine !

Alisson, Quentin, Mélanie, mes co externes de Dijon : merci pour toutes ces soirées de révisions, ou pas d'ailleurs !

A tous mes co interne de Toulouse : la team des urgences **Camille, Estelle, Florent, Léna et Louise** sans qui ce stage aurait été un véritable enfer, merci pour les ragots, les fous rires et le soutien tout au long de ces nuits de garde..., la team hospitalière de Carca **Arselane, Bertrand, Clémence, Héloïse et tous les autres**, merci pour ces soirées à l'internat et tous ces bons moments dans les couloirs de l'hôpital ! Un merci tout particulier à **Laura et Romane** pour cette coloc' de rêve, ces soirées musicales et encore merci d'avoir supporté mes chats mais aussi Romain !!

Un énorme merci à toi **David**, mon père de la médecine. Merci pour ton accueil en ces temps troublés par la pandémie, jusque dans ta famille, et surtout merci pour notre amitié qui m'est si précieuse. Merci à toi **Valérie**, de m'avoir laissée parfois accaparer ton mari, de m'avoir accueillie si souvent dans ton foyer et pour avoir été un petit peu ma maman du Sud-ouest. Merci à toute l'équipe du Cabinet de Castelnaudary : **Sabrina, Sarah, Laeticia et Florian** pour m'avoir accueillie si bien, me faisant sentir totalement intégrée dans l'équipe, pendant ces 4 stages !!

Un très grand merci à toi **Marie**, pour ta gentillesse et tes conseils avisés qui m'ont permis de m'épanouir dans l'exercice de la médecine. Merci de m'avoir supportée pendant 3 semestres ! Merci à toute l'équipe du Cabinet de Conques pour son accueil également : **Sandrine, Louis, Henri...**

Jomini, merci de m'avoir fait l'honneur d'être ton premier SASPAS au Villasavary, merci à **Sabine et Marie** pour leur gentillesse tout au long de ces deux semestres.

Merci aux médecins du service d'endocrinologie de Carcassonne, **Dr Bertin, Dr Benali et Dr Mourou** pour tous ce savoir que vous m'avez transmis. Merci au **Dr FAIL**, pour son accueil à la PMI et tous ses enseignements.

Table des matières

Table des figures	1
Table des annexes	2
Liste des abréviations.....	3
INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODE	8
RÉSULTATS.....	14
I. Quelles stratégies d’abord étaient mises en place pour dépister la problématique alcool ?	15
II. Quelles émotions émergeaient lors du dépistage de la problématique alcool ?.....	19
III. Quelles étaient les actions mises en place devant un dépistage positif de la problématique alcool ?	21
IV. Quels facteurs intrinsèques au médecin influençaient l’abord de la problématique alcool avec les patients âgés ?	28
V. Quels facteurs extrinsèques influençaient leur abord de la problématique alcool avec les patients âgés ?.....	31
VI. Retour des médecins interrogés.....	35
DISCUSSION.....	36
I. Rappel des principaux résultats.....	36
II. Forces.....	37
III. Limites	37
IV. Influence des représentations des médecins généralistes	39
V. Un dépistage finalement moins réalisé.....	43
VI. Un abord de la problématique proche mais une prise en charge différente par rapport à l’adulte.....	47
VII. Actions de prise en charge	49

VIII. Rôle de la politique de santé	52
IX. Commentaires et retours des médecins.....	54
X. Perspectives et solutions proposées.....	55
CONCLUSION.....	57
ANNEXES	59
BIBLIOGRAPHIE.....	73

Table des figures

Figure 1 : Répartition des modes d'exercice des médecins interrogés

Figure 2 : Abord de la problématique alcool chez la personne âgée par les médecins généralistes interrogés

Table des annexes

Annexe 1 : Grille COREQ

Annexe 2 : Guide d'entretien (1^{ère} version)

Annexe 3 : Guide d'entretien (version finale)

Annexe 4 : Extrait du carnet de bord

Annexe 5 : Extrait d'analyse d'un entretien

Annexe 6 : Fiche de consentement et d'information des participants

Annexe 7 : Tableau des caractéristiques des participants

Annexe 8 : Questionnaire de dépistage SMAST-G

Annexe 9 : Questionnaire de dépistage AUDIT

Annexe 10 : Questionnaire de dépistage CAGE-DETA

Annexe 11 : Questionnaire de dépistage FACE

Annexe 12 : Affiche “Les personnes âgées et l'alcool” de la Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAGE-DETA : Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener - Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

COREQ : CONSolidated criteria for REporting Qualitative research

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DPO : Délégué à la protection des données

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EDDA : Enquête des Dommages Dus à l'Alcool chez les personnes âgées

ELSA : Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FACE : Formule pour Approcher la Consommation d'Alcool en Entretien

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

HAS : Haute Autorité de Santé

MSU : Maître de Stage Universitaire

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAQUID : Personnes Agées Quid

RPIB : Repérage Précoce et l'Intervention Brève

SMAS-T-G : Short Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux

VAD : Visite A Domicile

INTRODUCTION

Selon Santé Publique France, en 2015, 41 000 décès étaient imputables à l'alcool, ce qui plaçait cette addiction comme la deuxième cause de mortalité évitable derrière le tabac. Parmi ces décès, environ 27 000 intervenaient dans la population de plus de 65 ans, dont 11 000 en lien avec des cancers, 9 000 avec des maladies cardiovasculaires, 3000 avec des maladies digestives et les 4 000 restants en lien avec des causes externes (accidents, suicides) ou autres maladies (1).

Les consommations d'alcool, bien qu'en décroissance depuis de nombreuses années, restent donc un problème de santé publique, avec un coût estimé à plus de 100 milliards d'euros en 2019. Selon Santé Publique France, en 2017, 23,6%, soit près d'un quart des Français entre 18 et 75 ans, dépassent les repères de consommation (2).

Alors que les chiffres chez l'adolescent et l'adulte ont été abordés de nombreuses fois dans la littérature, il n'existe que très peu d'études sur la consommation des personnes âgées, Santé Publique France limitant par exemple ses études épidémiologiques à l'âge de 75 ans.

En 2022, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie une mise à jour de sa recommandation de bonnes pratiques à destination des médecins généralistes, intitulée « Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ? » (3). Elle y rappelle la dangerosité et les conséquences d'une consommation d'alcool chez les plus vulnérables. Dans cette catégorie sont cités les adolescents, les jeunes adultes et les femmes en âge de procréer ou enceintes. Les personnes âgées sont, une fois encore, les grandes oubliées.

Dans cette tranche d'âge des 65-75 ans, 26% déclarent en 2017 consommer de l'alcool quotidiennement. En 2021, ils déclarent consommer en moyenne 1,6 verres par jour, 123,7 jours par an. La consommation d'alcool quotidienne est plus fréquente en Nouvelle-Aquitaine et en Occitanie (4). Parmi cette même tranche d'âge, 19,7% déclarent

avoir une consommation ponctuelle importante (soit 6 verres ou plus en une seule occasion). On observe une évolution du mode de consommation en fonction de l'âge, avec une diminution du nombre de verres consommés associée à une augmentation du nombre de jours de consommation (5).

Les évènements de vie tels que la retraite ou le veuvage peuvent entraîner un sentiment d'ennui, d'abandon et un isolement social, pouvant expliquer l'entrée dans une consommation à risque chez certaines personnes âgées. Chez les personnes déjà consommatrices avant l'âge de la retraite, l'impact de ces consommations peut devenir problématique du fait des changements physiologiques dus au vieillissement, mais également de l'effet cumulé des consommations.

En effet, avec l'âge, la composition corporelle change, entraînant une diminution de la masse musculaire et hydrique au profit de la masse grasse, ce qui accentue l'effet de l'alcool pour une même quantité consommée. Ce phénomène s'explique par une diminution du volume de diffusion de l'alcool alors que le relargage secondaire augmente. De plus, les fonctions hépatiques et rénales diminuent, réduisant ainsi la capacité à métaboliser et à éliminer l'alcool. Ces facteurs contribuent à une plus grande susceptibilité aux effets neurotoxiques, cardiovasculaires et métaboliques de l'alcool, augmentant ainsi les risques de chutes, de fractures, de troubles cognitifs et de décompensations de maladies chroniques. L'alcool peut modifier l'effet de certains traitements médicamenteux voire majorer leurs effets indésirables (6).

Parallèlement, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ne cesse d'augmenter au sein de la population française. Selon l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), en 2023, 21,5 % de la population française avait 65 ans ou plus, et cette proportion devrait atteindre 28,9 % d'ici 2070 (5,6). L'espérance de vie actuelle d'une femme à 65 ans est de 23,6 ans et celle d'un homme de 19,8 ans ce qui laisse le temps d'entrevoir les bénéfices d'une réduction des consommations (7).

Longtemps rattachées à la population adulte générale, il faut attendre février 2021 pour que des repères de consommation à moindre risque et adaptés aux personnes âgées soient publiés, à partir des avis et recommandations de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, de la Société Française d'Alcoologie, de Santé Publique France et du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism aux États-Unis (8).

Les consommateurs âgés y sont divisés en deux catégories :

- Pour les consommateurs quotidiens de plus de 65 ans (2/3 d'entre eux) :
 - Ne pas consommer plus d'1 verre standard d'alcool par jour
 - Réserver certains jours de la semaine sans consommation
- Pour les consommateurs occasionnels de plus de 65 ans (1/3 d'entre eux) :
 - Ne pas consommer plus de 7 verres standards d'alcool par semaine
 - Ne pas consommer plus de 2 verres standards d'alcool par occasion
 - Réserver au moins 2 jours de la semaine sans consommation.

Un verre standard d'alcool, aussi appelé unité d'alcool, contient 10g d'alcool éthylique pur, quel que soit le type de boisson alcoolisée (vin, bière, spiritueux...).

La HAS recommande aux médecins généralistes d'évaluer et de repérer la consommation de substances psychoactives, de façon précoce, régulière et lors de situations à risque (9).

Dans un panel réalisé en 2021, la grande majorité des médecins généralistes interrogés déclarent avoir intégré ce dépistage dans leur pratique mais plus fréquemment pour le tabac que pour l'alcool. Ainsi, si 66% des médecins déclarent effectuer un repérage systématique et renouvelé du tabagisme chez leurs patients adultes, seulement 43% le font pour la consommation d'alcool (10).

Peu de travaux ont été publiés sur l'abord spécifique de la problématique alcool chez la personne âgée. Le médecin généraliste a pourtant un rôle central dans le dépistage des

consommations de cette tranche d'âge quand on sait que, selon un rapport de l'INSEE de 2003, 90% des plus de 60 ans et 95% des plus de 75 ans ont consulté un médecin généraliste dans l'année avec respectivement 6 et 9 consultations par an pour ces tranches d'âge (11).

Nous avons ainsi souhaité nous concentrer dans ce travail sur la consommation d'alcool chez les personnes âgées, catégorie fréquemment oubliée dans les recommandations et publications, et plus particulièrement sur l'abord de la problématique alcool par les médecins généralistes en Occitanie.

Comment les médecins généralistes abordent-ils la problématique alcool chez la personne âgée ?

L'objectif principal de notre thèse est de comprendre les attitudes et pratiques des médecins généralistes concernant l'abord de la problématique alcool chez la personne âgée en Occitanie.

L'objectif secondaire est d'identifier des solutions et pistes d'amélioration à apporter aux médecins généralistes concernant l'abord de la problématique alcool chez la personne âgée en Occitanie.

MATERIEL ET METHODE

I. Méthode

a. Choix de la méthode

Nous avons choisi la méthode qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée car celle-ci nous a semblé la plus adaptée afin d'analyser les pratiques et le ressenti des médecins généralistes concernant la problématique alcool chez les personnes âgées.

Cette méthode permet d'analyser et de comprendre de manière nuancée les différents phénomènes et comportements grâce à la richesse des données recueillies. Elle permet également de faire émerger des hypothèses que les chercheuses n'auraient pas envisagées avec une analyse simple.

Les lignes directrices de la grille d'évaluation COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) ont été utilisées afin de présenter une étude qualitative de qualité (annexe 1).

b. Choix du mode d'entretien

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels et non en focus groupe dans le but d'éviter toute censure et d'obtenir les réponses les plus authentiques possible.

Ces entretiens menés de façon semi dirigés nous ont permis de laisser aux médecins interrogés une grande liberté dans leurs réponses.

c. Élaboration du guide d'entretien

Nous avons effectué une recherche bibliographique explorant les spécificités de la problématique alcool chez la personne âgée. Ce travail de recherche a été effectué auprès des bases de données suivantes : Archipel, Doocteur.fr, Dumas, Google scholar, Pubmed et

Sudoc en utilisant les mots clés « alcool » ; « personne âgée » ; « médecin généraliste » et « médecine générale ». Nous nous sommes limitées aux articles publiés entre 2010 et 2022, en langue française et disponibles gratuitement en ligne.

Grâce aux données collectées, nous avons élaboré notre guide d'entretien, relu par notre directeur et co-directrice de thèse.

La première partie concernait les données personnelles des médecins interrogés (âge, formations complémentaires, lieu et type d'exercice, durée d'installation, etc...), ce qui nous a permis par la suite de caractériser notre échantillon. Ce temps d'échange permettait ainsi de débiter l'entretien par des questions générales, tournées vers le médecin interrogé afin d'essayer d'instaurer un climat de confiance.

La seconde partie concernait le sujet de l'étude et était initialement composée de cinq questions ouvertes, comportant des phrases de relance en vue de préciser, compléter ou reformuler certaines questions. La sixième et dernière question, ouverte, proposait aux médecins interrogés de revenir sur certains points abordés ou d'exprimer leur avis de façon plus générale (annexe 2). Il a ensuite évolué au fur et à mesure des entretiens pour arriver à sa version finale (annexe 3) comportant 14 questions ouvertes.

d. Formations réalisées

Nous avons participé à des ateliers proposés par la Faculté de médecine de Ranguel sur les études qualitatives, dont un en visioconférence sur l'analyse en méthode qualitative et d'autres grâce à des présentations interactives. Nous nous sommes également appuyées sur le livre "Initiation à la recherche qualitative en santé" de Jean-Pierre LEBEAU.

II. Population d'étude

Le premier recrutement de médecins généralistes s'est fait grâce à nos connaissances parmi des maîtres de stages universitaires puis par échantillonnage raisonné. Cette méthode nous a permis de sélectionner les praticiens inclus dans l'étude en fonction de leurs profils professionnels et personnels au fur et à mesure de nos besoins pour l'analyse. Ils ont été contactés par email ou par téléphone.

Les médecins inclus dans l'étude exerçaient une activité libérale en région Occitanie et avaient une patientèle incluant des personnes âgées.

De ce fait nous avons exclus :

- Les médecins généralistes ne prenant pas en charge de personnes âgées
- Les médecins généralistes n'exerçant plus
- Les médecins généralistes exerçant en dehors de la région Occitanie.

III. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé de novembre 2022 à mai 2024. Une des chercheuses a effectué un entretien test, puis les suivants ont été réalisés à tour de rôle de façon équitable.

Notre directeur et co-directrice avaient accès aux profils des médecins généralistes interrogés nous aidant ainsi dans la constitution de notre échantillonnage raisonné.

Nous avons réalisé la majorité des entretiens en présentiel, soit dans les cabinets des médecins généralistes ou pour l'un d'entre eux à son domicile. Certains entretiens ont été réalisés en visioconférence par le biais des logiciels WhatsApp et Jitsi Meet. Chaque

discussion était enregistrée à l'aide d'un dictaphone ou par enregistrement audio via le logiciel de visioconférence utilisé. Les fichiers d'enregistrement ont été sécurisés puis détruits à la fin de l'écriture de la thèse.

Les médecins interrogés n'avaient pas accès au guide d'entretien avant ou pendant le temps d'échange afin de ne pas influencer leurs réponses.

La retranscription « mot à mot » a été faite grâce au logiciel Word dans les 24 à 72 heures suivant l'entretien afin de faire ressortir fidèlement la perception de certains éléments non verbaux et circonstanciels (temps de pause, hésitation, réaction, etc.).

Les enregistrements audios étaient stockés dans un dossier sécurisé par mot de passe sur l'ordinateur de la chercheuse ayant réalisé l'entretien. Les retranscriptions ont été réalisées en supprimant les données pouvant permettre d'identifier les médecins interrogés afin de respecter la clause d'anonymat. Elles ont été stockées avec les fiches de consentement dans un dossier partagé entre les deux chercheuses (accès sécurisé par mot de passe, limité aux seules chercheuses).

IV. Analyse des données

Après chaque entretien, la chercheuse l'ayant effectué, réalisait en plus de la retranscription, une rédaction de son ressenti dans le carnet de bord (annexe 4).

Une première lecture avec analyse longitudinale était effectuée pour s'imprégner du script de l'entretien.

Ensuite, l'analyse structurée se faisait toujours avec la même chronologie (annexe 5) :

- Un découpage individuel en petites unités de sens, appelés verbatim
- Un codage individuel intermédiaire en étiquettes expérientielles
- Un codage individuel final en propriétés.

Par la suite, nous avons réalisé une triangulation commune de ces propriétés. En cas de désaccord, une discussion collégiale avec le directeur et la co-directrice de thèse était ouverte.

Une comparaison constante entre ces propriétés nous a permis de voir émerger des catégories, qui se sont affinées et développées au fur et à mesure de la collecte de nouvelles données. Cette analyse inspirée de la théorisation ancrée nous a donc permis de faire apparaître des concepts que nous avons liés les uns aux autres afin de voir émerger une théorie finale.

V. Saturation des données

Au cours des six premiers entretiens réalisés, nous avons vu apparaître un certain nombre de catégories. Nous avons choisi de réaliser trois entretiens supplémentaires afin d'affiner ces catégories et les liens entre elles. Nous avons ainsi tendu vers la saturation des données. Nous avons réalisé un dernier entretien afin de consolider la théorie émergente.

VI. Rétroaction des sujets interviewés sur les résultats finaux

A la fin du recueil des données et du temps d'analyse, nous avons fait parvenir aux différents médecins interrogés un exemplaire de notre carte mentale accompagné d'un texte explicatif de notre théorie émergente, afin d'obtenir leur retour sur cette dernière. Nous avons reçu une réponse de la part de trois médecins, ce qui nous a permis de retravailler notre carte mentale afin de la rendre plus lisible et compréhensible.

VII. Ethique

Nous avons sollicité l'avis du Délégué à la Protection des Données (DPO) du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse (DUMG). Nous avons obtenu un avis favorable de conformité à la norme CNIL MR004 (n°2022VJ88 et n°2022AA89), hors loi Jardé.

Avant chaque entretien, nous avons fourni une fiche de consentement et d'information à lire et à signer, détaillant les modalités de l'entretien, l'anonymat, et le droit de se retirer de l'étude à tout moment. (annexe 6).

Afin de respecter l'anonymisation lors des retranscriptions, nous avons supprimé l'ensemble des noms propres (personnes, lieux et structures de soins).

Chaque médecin interrogé s'est vu attribuer un numéro par ordre chronologique et par lequel il a été identifié tout au long du travail de recherche.

RÉSULTATS

Les entretiens ont été réalisés sur une période s'étalant du 30 novembre 2022 au 28 mai 2024. Les médecins ont été contactés au fur et à mesure de l'étude par échantillonnage raisonné, par téléphone ou par email. Nous n'avons pas eu de refus de participation avec cette méthode de recrutement.

Sur les 9 entretiens, 5 ont été réalisés en présentiel, dont 4 au cabinet des médecins interrogés et 1 au domicile du médecin. Les 4 autres entretiens ont été réalisés en visioconférence.

La durée moyenne des entretiens était de 31'16 minutes, l'entretien le plus court ayant duré 20'30 minutes et le plus long 55'30 minutes.

Les médecins interrogés étaient majoritairement des hommes (55.5%), avec une moyenne d'âge de 50,8 ans (annexe 7). Les modes d'exercice des médecins interrogés étaient variés : 33% urbain, 33% semi-rural, 22% rural et 11% semi urbain (figure 1).

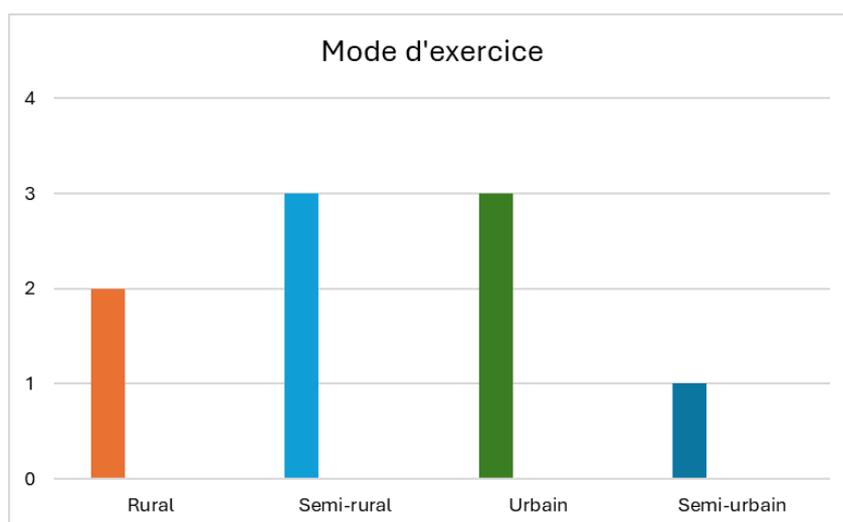


Figure 1 : Répartition des modes d'exercice des médecins interrogés

Deux des médecins interrogés étaient titulaires d'un diplôme universitaire (DU) d'addictologie et l'un des médecins interrogés d'un DU de gériatrie.

I. Quelles stratégies d'abord étaient mises en place pour dépister la problématique alcool ?

a. Quel discours était adopté par les médecins généralistes pour communiquer avec les patients âgés ?

Plusieurs stratégies de communication ont été relevées au cours des entretiens :

Certains médecins abordaient la problématique alcool de la même manière chez l'adulte et chez la personne âgée *“non à partir du moment où ils sont adultes, plus de 25 ans on va dire voilà. C'est les mêmes.” (E7)*, contrairement à d'autres qui adaptaient leur discours à l'âge du patient et choisissaient consciencieusement les mots utilisés *“je choisis des questions que je pense déculpabilisantes pour ouvrir le dialogue autour de la problématique alcool” (E6)*.

Certains médecins décrivaient le caractère chronophage de l'échange autour de la problématique alcool avec la personne âgée et l'importance de plus prendre le temps *“il faut vraiment prendre le temps d'aller chercher l'information” (E1)*, d'avoir un abord doux et bienveillant *“j'essaie de pas être trop agressive non plus je suis très gentille” (E2)*.

L'utilisation de l'humour pour dédramatiser la situation, à la fois pour le médecin et pour le patient interrogé, nous a également été décrite, *« ah vous vous prenez l'apéro ? Mais vous avez 90 ans vous savez ! » (rires) [...] c'est pour ça que j'essaie de dédramatiser en rigolant parce que je pense qu'il faut pas avoir honte” (E2)*.

Les médecins étaient ambivalents quant au bénéfice du suivi au long cours des patients, en tant que médecin traitant, parfois permettant un dialogue plus libre, parfois l'inverse *“Mais peut-être que on peut mettre un peu plus facilement cartes sur table chez des gens que je connais “ (E6) ; “Je crois qu'ils ne me mentent pas trop à quelques*

exceptions près. (E7) ; “mais je les connais depuis tellement longtemps, je connais toute leur famille, je connais bien leur famille et je pense que ça c’est un frein.” (E7).

Devant de possibles conséquences en lien avec une consommation d’alcool, certains médecins laissaient une échappatoire aux patients *“Après bon pour les mettre à l’aise on relativise hein, on dit « ça peut être dû à autre chose aussi ».” (E4)*

Les médecins décrivaient un abord différent selon le moment où ils voulaient aborder la problématique alcool *“ça dépend des différents temps où on y pense” (E3).*

b. Quels types de dépistage étaient mis en place ?

1. Le dépistage systématique lors de la première rencontre

Réaliser un dépistage systématique lors de la première consultation médecin traitant est une première stratégie décrite par les participants *“Je la pose systématiquement aux nouveaux patients ça c’est clair, ça fait partie des questions du premier entretien où on va parler de la consommation d’alcool, de drogues, de tabac, « Avez-vous été victime de violences ? », etc.” (E7).*

Un médecin nuance ses propos en précisant qu’il y pensait plus chez l’adulte que chez la personne âgée *“Quand c’est la première consultation je demande toujours pour remplir le dossier [...] mais ça c’est vrai je demande moins aux personnes âgées plutôt pour les jeunes “ (E2).*

Cette première consultation avec les patients âgés semblait toutefois rare, les médecins décrivant un suivi médecin traitant depuis l’âge adulte *“ce qu’il y a c’est que des personnes âgées, au fur et à mesure qu’on avance dans sa carrière on prend moins de personnes âgées en charge, les gens ils vieillissent avec nous” (E8).*

2. Le dépistage sur signes d'appel

En dehors du temps d'échange de la première rencontre, plusieurs autres situations de dépistage de la problématique alcool étaient rapportées par les médecins :

- **En présence de signes d'appel cliniques** : *“Je peux y penser, à y parler si, par exemple, si y a un diabète pas bien équilibré” (E2)* ou encore *“les chutes, et après y' a toujours aussi les troubles de l'attention, de la concentration et de l'équilibre, enfin les troubles neurologiques [...]” (E8)* et **comportementaux** *“oui en cas de troubles cognitifs j'y pense” (E2)*
- **En présence de signes d'appel biologiques** : *“avec des Gamma GT élevées, des plaquettes un peu basses, un bilan hépatique perturbé. Ça permet de lancer la discussion sur euh sur les addictions éventuelles” (E1)* ou encore *“souvent j'en parle effectivement en regardant leur bilan en disant « Tiens vos globules rouges ils sont un peu gros !” (E7)*
- **En présence de conflits relationnels** *“des problèmes donc familiaux aussi c'est-à-dire les conflits avec la compagne ou les enfants ou le compagnon” (E8)* et **d'évènements judiciaires** *“oui bien sûr, il y a toujours la perte du permis de conduire (rire), les ennuis avec la justice qu'on appelle globalement” (E8)*

3. Le dépistage suite à la sollicitation de l'entourage du patient

Dépister après sollicitation de l'entourage du patient consommateur était une autre stratégie décrite par les médecins. Ce proche était souvent le ou la conjoint(e) *“ça nous arrive des fois d'avoir une dame qui nous dit « mon mari surconsomme etc., quand vous le verrez... »” (E5)* mais aussi les enfants *“[...] sa fille qui est infirmière, me raconte que parfois elle le voit sur le bord de la route il est éméché visiblement” (E7)* ou encore le

personnel paramédical intervenant au domicile *“puis y a aussi les infirmières qui voient et qui des fois nous alertent” (E9).*

4. Le dépistage en visite à domicile

La visite à domicile était décrite comme un temps propice à la découverte et au dépistage de la consommation d'alcool dans cette catégorie de patients *“et puis bon même quand j'allais en visite la voir c'était évident donc heu y avait vraiment de l'alcoolisme aigu et quotidien” (E4).*

5. L'absence de dépistage itératif au cours du suivi

Au cours des entretiens réalisés, nous avons également questionné les médecins sur la réalisation d'un dépistage itératif de la consommation d'alcool au cours du suivi du patient.

La répétition de ce dépistage ne faisait pas partie des stratégies mises en place par les médecins *“si c'est des patients que je suis depuis longtemps, ou chose comme ça, c'est vrai que je demande pas du tout” (E2).*

Les raisons de cette absence de pratique étaient variables :

- Certains décrivaient la prise en charge de la personne âgée comme chronophage *“mais je ne le fais pas systématiquement, pour une raison encore toujours pareil de temps” (E5)* et complexe, laissant la problématique alcool au second voire au tierce plan *“et souvent ce qui change par rapport aux jeunes [...] les problématiques médicales sont multiples, [...] si ça retentit pas dans la vie courante on se fait happer par d'autres choses [...] on est peut être pris par d'autres problématiques peut-être plus multiples” (E6).*

- D'autres ne répétaient pas ce dépistage par peur de la réaction des patients âgés *“comme si j'accusais [...] ouais ce côté peut être peur de la réaction, pourquoi vous pensez ça de moi” (E9).*

Le fait de reprendre le dossier médical pouvait permettre de mettre à jour ce dépistage *“quand c'est au cabinet j'ai la liste des antécédents sous les yeux, je vois que alcool [...] c'est pas rempli donc je peux le demander” (E2).*

II. Quelles émotions émergeaient lors du dépistage de la problématique alcool ?

a. Se confronter à ses propres émotions

L'abord de la problématique alcool engendrait de multiples émotions chez les médecins.

- **La peur :**
 - de faire face à un patient alcoolique *“Une fois justement j'osais pas trop en parler, je pensais qu'elle était alcoolique” (E2)*
 - d'être en échec dans la prise en charge *“Je vais pas poser la question qui va me mettre en difficulté” (E6)*
 - d'être intrusif dans la vie du patient *“Comment est-ce qu'on arrive là ? Bah je ne suis jamais allé au fond moi, j'ai pas voulu la déranger” (E5)* ou *“un peu un côté intrusif, un peu heu, de, de poser une question et que des fois ils se disent mais est-ce que y a quelque chose qui a fait penser à l'alcool, un délit de faciès” (E9)*
- **L'incompréhension** d'un patient poursuivant sa consommation malgré ses conséquences : *“[...] le déni de la consommation peut parfois nous perturber, nous troubler” (E3)*
- **Le sentiment d'échec et d'impuissance** face au patient consommateur : *Jje peux ressentir une frustration quand de toute façon ils ne veulent rien faire ça c'est clair” (E7)*

- **La sympathie** : qui se traduisait par une inquiétude du médecin envers le patient
“c’est compliqué, oui y en a je me fais beaucoup de soucis pour eux [...]” (E2)
- **L’humilité** : “c’est avoir la capacité à être résilient sur euh [rire], sur notre impact et, réel” (E3)
- **La solitude** : “J’ai aussi essayé d’appeler dans des centres pour faire des cures ou quoi, pour voir si ils voulaient pas faire entrer des patients. Et ils me les ont refusés !” (E2)
- **Le plaisir** : “alors moi l’addicto, j’y ai trouvé toujours beaucoup de plaisir parce que je pense que les choses bougent beaucoup” (E8)

b. Se confronter aux émotions du patient

L’abord de la problématique alcool entraînait également différentes réactions et sentiments chez le patient âgé.

- **Les émotions et sentiments positifs du patient** :
 - Un médecin décrivait des réactions de **satisfaction** des patients, un sentiment de normalité que leur médecin leur pose la question : “comme avec le tabac, et même plutôt, oui, on va pas dire satisfait qu’on leur pose la question mais ça fait partie du quotidien” (E3)
 - Un autre rapportait une véritable **confiance** du patient envers son médecin traitant, facilitant le dépistage de la problématique alcool “les personnes âgées j’ai l’impression qu’ils font plus confiance à leur médecin que les plus jeunes [...] ils aiment beaucoup leur docteur, ils sont gentils comme tout[...] Ou même la fois d’après dire « Ah Docteur ! J’ai suivi votre conseil merci je suis contente” (E2).

- **Les émotions et sentiments négatifs du patient :**

- **Le sentiment de honte** de certains patients âgés ressortait en grande majorité *“je pense que y a une difficulté à avouer la consommation d’alcool notamment peut être bien plus chez la personne âgée quelque part” (E1)* ou encore *“et il y a ceux qui ne disent pas combien ils boivent parce qu'ils ont honte clairement, c'est très compliqué” (E7)*
- **Le déni** : *“je lui en parlais [...] il pouvait me dire « ah mais nan mais vous voyez moi je bois pas beaucoup, mon organisme est tout à fait sain, y a aucun problème ».” (E4)* et **l'ambivalence** : *“entre le... le désir et la volonté de réduire l’impact de leur mode de vie à risque et être retenu par un statut quo de l’équilibre actuel” (E3)* ou encore *“parce que c’est un... eux déjà savent qu'il faudrait le faire mais ils ne le feront pas” (E4)*
- La **minimisation** des consommations : *“soit ils le minimisent parce qu'ils ont toujours fait comme ça et qu'ils ne voient pas où est le problème” (E8)*

III. Quelles étaient les actions mises en place devant un dépistage positif de la problématique alcool ?

a. L'importance de l'approche centrée-patient

Tout au long des discussions, une notion est souvent revenue : l'importance pour les médecins de prendre soin de placer le patient au centre de sa prise en charge.

Cette pratique se traduisait par plusieurs modalités :

Un médecin prenait le temps d'apprendre à connaître le patient dans son ensemble avant de s'intéresser à sa consommation d'alcool : *“et on va reprendre quand même l'ensemble de la vie du patient, c'est à dire sa situation familiale, ses autres pathologies etc. et peu à peu on en arrivera, même si on a posé au départ que la consultation elle est liée à l'alcool c'est d'abord connaître le patient avant de...” (E8)*. Cette manière de faire lui permettait de diminuer le risque de jugement que pourrait ressentir le patient et de faire émerger des leviers propres à chacun et indispensables pour la prise en charge ultérieure :

“[...] donc c’est pour faire le... savoir quels sont les freins ou les leviers qu’on va activer ou essayer de limiter et... Il faut connaître la vie du patient” (E8).

D’autres praticiens jugeaient indissociable la réussite de la prise en charge de la motivation du patient *“enfin on peut pas si il n’est pas dans une démarche de soins.” (E6)* et *“mais ça c’est à condition qu’ils commencent à être d’accord pour se prendre en charge” (E2)*. Pour se faire, l’un d’entre eux attendait que le patient soit prêt à enclencher un changement *“parce qu’il faut attendre le bon moment” (E7)*, il s’adaptait au stade de changement où chaque patient se situait.

Pour majorer la motivation des patients, les médecins expliquaient le lien entre les consommations d’alcool et les conséquences sur la santé *“je vais pas leur faire un cours de physiopath mais je vais leur expliquer qu’il y a un lien, que c’est démontré, je vais insister sur ça.” (E8)*.

b. Comprendre et quantifier la consommation d’alcool

Lors d’un dépistage positif de la consommation d’alcool chez un patient âgé, les médecins cherchaient à la quantifier.

Pour cela des questions semi-ouvertes ou fermées étaient utilisées :

- *“Vous prenez l’apéro tous les jours ?” (E2)*
- *“Est-ce que vous consommez des boissons alcoolisées ?” (E3)*
- *“Qu’est-ce que vous buvez par jour ?” (E5)*
- *“Est-ce que c’est tous les jours ?”, “Est-ce que c’est des alcools forts ?”, “Est-ce que c’est l’apéritif ?”, “Est-ce que c’est dans la matinée, dans l’après-midi ?” (E4)*

D'autres prenaient soin de poser des questions ouvertes :

- *“Quelle est votre consommation d'alcool ?” (E9)*
- *“Si oui, quel type de boisson ?” (E3)*

Plusieurs médecins utilisaient des images visuelles, afin de préciser au maximum la quantité d'alcool consommée *“[...] quand je les vois beaucoup hésiter quand je leur demande combien de verres par jour vous prenez, je sors l'image avec la quantité des verres” (E2)* ou encore un journal *“ils vont revenir et nous remplir un journal de bord dont on se sert souvent dans l'évaluation” (E3)*.

Un médecin expliquait la notion de verre-standard aux patients au moment de cette étape de quantification *“en essayant de rappeler rapidement les verres standards.” (E3)*.

Un médecin proposait également de quantifier la consommation d'un patient en bouteilles pour s'adapter à sa consommation et avoir une quantification plus juste *“et, ou en quantité bouteille : la bouteille dure tant de jour, une bouteille de Ricard, une bouteille de vin” (E3)*.

Plusieurs praticiens déclaraient avoir des doutes quant à la véracité de la quantité consommée déclarée *“peut être une tendance à minimiser automatiquement les consommations” (E3)*. L'un d'entre eux considérait une minimisation systématique des consommations excessives des patients *“ils me répondent ce qu'ils veulent” (E6)*.

Après l'étape de quantification, les médecins recherchaient les raisons de la consommation d'alcool, dont les principales étaient :

- **Par tradition de consommation** : les personnes âgées étaient décrites comme une catégorie de la population pour laquelle la consommation d'alcool était ancrée et traditionnelle, *“[cite un patient] j'ai toujours fait ça, mon père a toujours fait ça”*

(E8) et *“alors y en a beaucoup c'est par habitude parce qu'ils travaillaient dans la vigne [...] ils avaient l'habitude de boire”* (E7) ou encore *“une alcoolisation beaucoup plus ritualisée que chez les jeunes”* (E9).

- **Pour maintenir un lien social :** chez les hommes âgés vivant en milieu semi-rural et pratiquant la chasse *“[...] quand ils se retrouvent entre hommes [...] ce sont des bons moments loin du regard des femmes et des autres. Et c'est quand même un milieu où l'alcool est admis”* (E7) et chez les femmes âgées *“elle invite ses copines elles prennent toutes l'apéro ensemble, c'est son petit plaisir”* (E2).
- **Pour lutter contre l'isolement social :** l'entrée dans la consommation ou son augmentation au moment du passage à la retraite était citée par certains médecins interrogés *“après les personnes âgées ont souvent beaucoup de solitude”* (E2) et *“des consommations un petit peu étalées sur la journée, ils ont une vie moins rythmée donc après ça dépend personne âgée y a de tout entre la personne active ou celle qui est confinée au domicile c'est pas la même chose. Les quelques-uns que j'avais on voyait qu'il avait de l'ennui”* (E9).
- **Pour son effet anxiolytique :** l'alcool était cité comme une aide face à certains événements de vie et leurs conséquences psychologiques *“mais y en a beaucoup ça les aide à vivre, c'est ça qu'il faut voir”* (E5) ou encore *“un syndrome dépressif, la gestion de l'anxiété, souvent c'est leur moyen de gérer l'anxiété”* (E6).
- **Pour échapper à des conflits intrafamiliaux :** avec parfois une difficulté pour le médecin et le patient d'établir le lien de causalité entre la consommation d'alcool à risque et les difficultés relationnelles dont il souffre *“je pense à un patient qui a une conjugopathie très sévère avec sa femme [...] Il faut qu'on arrive à mettre des mots là-dessus”* (E8).

c. Se référer à une prise en charge personnelle standardisée

Pour parer aux différentes émotions émises et perçues, des médecins mettaient en place une prise en charge standardisée, identique pour chaque patient.

Certains médecins réalisaient un conseil minimal *“je les prends pas en charge, je leur en parle je fais ce qu'on appelle le conseil minimal”* (E5) ou encore *“si je vois que c'est trop, et dire des conseils, que c'est conseillé de boire un petit peu moins”* (E2).

D'autres avaient pour objectif une réduction des risques *“on est sur une approche de réduction des risques, donc c'est euh des propositions d'adaptation”* (E3) ou encore *“je suis plutôt dans le conseil heu de heu d'espacer les prises et de réduire aussi hein”* (E4).

Un médecin basait sa prise en charge sur un accompagnement du patient vers une réduction progressive de ses consommations *“c'est à dire que si ils nous donnent un chiffre par exemple de 3 apéros consécutifs tous les soirs, [...] si vous en prenez un pendant quelques jours puis un jour sur deux, c'est plutôt une approche progressive mais, très, très lente”* (E4).

Certains médecins orientaient toujours les patients vers une prise en charge pluridisciplinaire *“ça passe souvent par une orientation, enfin toujours par une orientation pluri pro, pluridisciplinaire”* (E3).

D'autres au contraire les suivaient au cabinet de façon rapprochée *“bah en les suivant régulièrement”* (E4) et *“mais pour un problème d'alcoolisme les plus de 70 ans je ne me souviens pas les avoir adressés ouais”* (E6).

d. Faire appel à la pluridisciplinarité

1. S'appuyer sur une prise en charge pluridisciplinaire

Faire appel à une prise en charge pluridisciplinaire était décrit comme un point d'appui lors de l'action du médecin généraliste.

- **Notre première interrogation était de savoir : pour quels patients ?**
 - Les patients souffrant d'une **situation sociale difficile** *“ceux qui ont vraiment des problèmes sociaux complexes, [...] qui ont besoin d'un soutien beaucoup plus important, avec une psychologue, l'équipe etc, c'est plus pertinent de les envoyer vers une équipe qui peut les soutenir sur le long terme.” (E8)* ou de comorbidités psychiatriques *”je trouve beaucoup plus difficile d'ailleurs cette prise en charge de l'alcool chez ces gens gros troubles psychiatriques” (E4)*
 - Les patients présentant une **consommation d'alcool jugée importante** selon les représentations de chaque médecin *“on ne les envoie pas tous, c'est que les patients excessifs” (E5)*
 - Les patients présentant une **consommation d'alcool jugée complexe** par le médecin *“si y'a pas de mise en mouvement du patient, [...] il faut l'orienter vers une équipe pluridisciplinaire qui va le prendre en charge” (E8)*
 - Les patients souffrant de **conséquences sévères** en lien avec leur consommation *“donc j'étais... on l'avait fait hospitaliser pour des troubles neuropathiques, des troubles démentiels évocateurs de démences alcooliques potentiellement” (E3)* et *“quand j'oriente vers ces structures c'est qu'il y a des dégâts au quotidien comportementaux biologiques sévères organiques quoi” (E4)*

- **Par peur du sevrage à domicile :** *“je pense pas que mon aide soit suffisante pour vraiment les aider [...] à chaque fois qu’il arrête d’un coup il fait un delirium tremens ou une crise d’épilepsie donc bon là je pense que c’est quelque chose d’un peu sérieux, il faut une prise en charge spécialisée” (E2).*

- **Puis nous les avons interrogés sur les recours pluridisciplinaires utilisés**

L’un d’entre eux s’était entouré d’une infirmière en addictologie *“mais comme le fibroscan est réalisée par une infirmière addicto, euh, ça va doubler le, le dépistage et l’évaluation, parce qu’elle a le temps de le faire” (E3).*

Un autre aurait aimé orienter les patients en hospitalisation ou en centre de cure directement mais était freiné par le parcours imposé au patient avant d’accéder à ces structures de soins *“j’ai aussi essayé d’appeler dans des centres pour faire des cures ou quoi, pour voir si ils voulaient pas faire entrer des patients. Et ils me les ont refusés ! [...] j’essaye plus, si vous voulez faire une cure et bah d’abord vous allez au CSAPA” (E2).*

D’autres seconds recours étaient cités comme les CMP (Centre Médico Psychologique), les psychologues et psychiatres si un accompagnement psychologique était jugé nécessaire par le médecin *“j’en ai quelques-uns qui sont suivis au CMP, que je fais suivre au CMP pour cette problématique” (E1).*

Enfin, les structures spécialisées comme les CSAPA (Centre de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie) étaient majoritairement cités quand ils étaient connus du médecin et présents dans son bassin d’exercice *“j’adresse en général à une structure puisqu’on a un CSAPA ici à [...] (E7).*

2. Subir le manque de second recours adapté à la personne âgée

Même si les structures spécialisées en addictologie étaient très souvent citées par les médecins interrogés, la plupart admettait finalement ne pas y adresser leurs patients âgés mais plutôt les patients adultes. La raison principale était qu'ils jugeaient ces structures moins adaptées à nos aînés *“alors c'est vrai que on envoie essentiellement des jeunes. Dans les CSAPA” (E6)* ou encore *“non parce que pour le moment je n'en ai pas qui sont suivis au CSAPA, c'est compliqué parce que souvent dans les CSAPA ce sont des patients plus jeunes” (E7)*.

Un autre médecin expliquait ne plus les y adresser parce que les personnes âgées refusaient ce type de prise en charge *“tu leurs conseilles d'aller voir le CSAPA en consultation. Et ils veulent pas” (E2)*.

IV. Quels facteurs intrinsèques au médecin influençaient l'abord de la problématique alcool avec les patients âgés ?

a. L'acquisition de connaissances et l'utilisation de ses compétences

1. Définir la personne âgée

La définition de la personne âgée était décrite comme complexe.

Elle était avant tout basée sur l'âge, variant de 65 ans *“normalement c'est plus de 65 ans, même si maintenant à 65 ans on est jeunes” (E7)* à 80 voire 85 ans *“personne âgée j'aurais pas pensé plus de 65 ans j'aurais pensé plus de 80 ans” (E2)* et *“c'est vrai que pour moi personne âgée on va dire c'est... On va dire comme ça plus de 85 ans”*.

Plusieurs médecins nuançaient leur définition selon d'autres critères :

- **L'âge de départ à la retraite** : *“déjà si elle est retraitée pour moi elle est âgée” (E4)* et *“en gros pour moi personne âgée [...] c'est quelqu'un qui est à la retraite et qui n'est plus dans le professionnel” (E6)*

- **La présence ou non de comorbidités :** *“on a des personnes en âge on va dire pas forcément âgé mais polypathologique” (E9)*
- **La poursuite ou la diminution des activités du patient :** *“mais euh, je trouve qu’il y a des gens de 70 (ans) ils sont vraiment, ils font du vélo, ils font jeunes quoi” (E5).*

Nous avons pu noter que l’âge du médecin interrogé pouvait influencer sa propre définition de la personne âgée *“après je trouve... d’abord parce que j’ai 63 ans donc je ne me sens pas âgé” (E5).*

2. Avoir des connaissances et acquérir des compétences

Certains médecins interrogés avaient réalisé une capacité d’addictologie. L’un d’entre eux expliquait (en parlant de cette formation) *“je pense qu’elle m’a fait beaucoup travailler sur mes images, mes représentations personnelles” (E8).* Il soulignait le bénéfice de cette formation par son approche pluridisciplinaire et impliquant des témoignages d’anciens consommateurs *“[...] ça été pour moi extrêmement formateur [...] d’entendre des assistantes sociales, des infirmières, d’autres médecins et aussi tout simplement d’anciens alcooliques [...] c’est vrai que ça m’a permis de lever les derniers freins personnels que je pouvais avoir” (E8).*

b. L’impact de son expérience professionnelle

L’expérience professionnelle permettait à des médecins de surmonter ses tabous *“c’est notre... notre propre pudeur ou nos propres tabous, des barrières psychiques qu’on s’impose à nous même de manière inconsciente qui nous limite et puis il faut, par l’expérience et le travail autour de ça et le plaisir d’aborder cette question, on arrive à les vaincre” (E3),* et *“l’expérience [...] fait que ça facilite sacrément” (E6).*

Un médecin déclarait avoir réussi, au fil de ses années d’exercice, à considérer la problématique alcool au même titre que les autres pathologies chroniques *“ces histoires*

de patients [atteints de pathologies chroniques], elles nous, malgré les conséquences que ça peut avoir, ça nous aide aussi à grandir dans le soin, parce qu'on... ça nous permet de faire des analogies avec l'alcool." (E3).

L'expérience permettait également l'acquisition de connaissances chez des médecins n'ayant pas fait de formation complémentaire en addictologie *"parce que là c'est avec l'expérience un peu que je pense maintenant à l'alcool, par rapport au diabète, par rapport aux trouble cognitifs, aux chutes, aux choses comme ça"(E2).*

L'expérience des médecins permettait d'adapter leur position pendant les consultations pour ouvrir le dialogue avec les patients *"ça fait longtemps que j'exerce [...] donc je pense que je suis suffisamment libre pour parler de beaucoup de choses avec eux" (E7).*

Enfin, la pratique de l'addictologie en consultation permettait à certains médecins de mieux choisir leurs mots lors des échecs et des réussites de ces patients et de laisser une distance raisonnable et nécessaire entre eux *"et ça m'a fait beaucoup réfléchir; je me suis dit il faut faire vraiment attention [aux termes que nous employons], c'est pas notre joie ou notre déception" (E8).*

c. L'influence de ses représentations personnelles de la consommation d'alcool

L'abord de la problématique alcool était considéré comme un sujet pouvant être sensible à aborder notamment en début d'exercice *"comme certaines questions sur la sexualité aux hommes ou aux femmes, ou les questions sur le surpoids pour les enfants, ou pour les adultes, ou les violences conjugales" (E3).*

Le parcours du patient au cours de sa prise en charge addictologique était imagé comme *“un sentier de randonnée pour atteindre le sommet, ça va pas tout droit, il y a des petits cailloux, faut passer par-dessus, faut déblayer le chemin”* (E3).

La représentation de la consommation d'alcool chez la personne âgée variait également d'un médecin à l'autre. La majorité leur attribuait une consommation traditionnelle de vin lors des repas *“souvent c'est plutôt un verre de vin à table le midi, pareil le soir”* (E2).

Enfin, la question de la différence de consommation entre hommes et femmes âgées a pu être abordée. Là-encore, chaque médecin avait une représentation différente : certains les jugeaient plus raisonnables que les hommes *“si elles boivent ! Mais leur consommation est raisonnable”* (E7), d'autres imaginaient cette consommation plus à risque *“je dirais que les femmes boivent plus et que ça se voit plus”* (E6). Malgré ces discordances, une notion majeure revenait régulièrement : l'idée que la consommation de la femme âgée était plus cachée et tabou que celle de l'homme *“il y a beaucoup plus de honte chez la femme, beaucoup plus cachée”* (E8).

V. Quels facteurs extrinsèques influençaient leur abord de la problématique alcool avec les patients âgés ?

a. Le fait de vivre au sein de son bassin d'exercice

Le fait d'exercer dans son bassin de vie permettait un dépistage facilité par des évènements partagés en dehors du cadre de la consultation entre le médecin et le patient, principalement en milieu semi-rural et rural *“on les connaît, on a participé à des soirées avec eux peut être, [...] on vit un peu avec eux”* (E4), *“On connaît la famille, ce qui peut se passer le week-end, les matchs de rugby, les fêtes de villages”* (E3).

Ce type d'exercice entraînait également certains inconvénients notamment l'absence de répétition du dépistage après de longues années de suivi *“je pense qu'on y pense, quand*

même globalement, moins, ou du moins si on les suit depuis longtemps on l'sait depuis longtemps” (E6) ou encore un frein pour le patient à se confier sur sa consommation parce que le médecin connaît ses proches et sa famille : “mais je les connais depuis tellement longtemps, je connais toute leur famille, je connais bien leurs famille et je pense que ça c’est un frein” (E7).

b. L’influence de la politique de santé en France

L’influence de la politique de santé sur la pratique du médecin généraliste et son abord de la problématique alcool en consultation étaient ressortis dans quelques entretiens.

Un médecin justifiait son manque de dépistage de la consommation d’alcool chez ses patients âgés par manque de temps, étant lui-même la conséquence d’un manque de médecins généralistes en France et donc un délai allongé de consultation *“mais je ne le fais pas systématiquement, pour une raison encore toujours pareil de temps” (E5).*

Un autre médecin généraliste regrettait un manque de prévention publique autour de la consommation d’alcool chez nos aînés malgré l’évolution des connaissances *“je ne suis pas sûre qu’il y ait beaucoup de choses qui soient faites [...] mais sur les personnes âgées je suis pas sûre qu’il y ait énormément de politique de santé qui soit faites vis-à-vis de ces gens-là par exemple” (E8).*

Il expliquait également le lien étroit entre l’économie liée à l’alcool en France (notamment le vin), le tabou et l’absence de grandes campagnes publiques de prévention *“c’est trop lié à l’économie pour qu’on ose en aborder la question très frontalement” (E8).*

c. L'influence de la relation entre le médecin et le patient

La pratique, après de nombreuses années auprès de ses patients, favorisait chez certains une liberté de parole dans l'abord de la problématique alcool *“alors moi je n'ai pas de tabou parce que ça fait longtemps que j'exerce et que je les connais donc je pense que je suis suffisamment libre pour parler de beaucoup de choses avec eux (E7)* ainsi qu'une confiance accrue des patients *“je pense que [...] si ils sont là depuis si longtemps c'est qu'ils ont confiance. Sinon ils auraient changé. (E6)*

d. L'influence des représentations de la consommation d'alcool des patients et de la société

L'évolution des représentations de l'alcool et de ses consommateurs par la société et les patients étaient deux facteurs influençant l'abord de cette problématique par les médecins généralistes.

1. Les représentations des patients sur leur consommation

Un médecin prenait soin de recueillir le ressenti du patient sur sa propre consommation *“si eux ça leur semble, si c'est quelque chose d'excessif ou pas déjà, pour recueillir un peu leur ressenti, si ils sont conscients de la problématique ou pas (E1).*

Un autre évoquait l'idée d'un embarras générationnel autour de la santé mentale et de l'addictologie chez les personnes âgées *“c'est une génération comme les addictions au sens large peut-être la parole est un peu moins libre que chez les gens plus jeunes” (E6).*

Un médecin décrivait une représentation différente de la quantité d'alcool à considérer comme dangereuse chez la personne âgée *“Il y a quand même une représentation*

de la dose dangereuse qui est différente. C'est quand même une culture pour eux qui est différente [chez les personnes âgées]" (E8).

Enfin, quelques médecins avaient remarqué que certains patients âgés considéraient l'alcool et sa consommation comme un véritable mode de vie *"parce que de toute manière c'est leur mode de vie" (E5)* ou encore (en parlant des hommes âgés pratiquant la chasse) *"et c'est quand même un milieu où l'alcool est admis" (E7).*

2. Les représentations des proches et de la société sur la consommation

La stigmatisation, des personnes consommatrices, par la société était la première grande représentation citée pendant les entretiens *"c'est ce qui malheureusement a contribué à associer [...] les patients âgés consommateurs chroniques avec des stigmatisations, des étiquettes : l'alcoolique, le consommateur qui est fichu" (E3).*

Un médecin interrogé décrivait les patients âgés consommateurs comme victimes de moqueries de la part de leurs proches *"parce que après ces gens-là ils se font houspiller par la famille, les voisins, les amis... Ou ridiculiser même parfois par les amis surtout" (E4).*

Enfin un autre praticien se représentait le poids et la pression du sevrage total qui serait imposé par la société aux consommateurs à risque *"parce que ce qui est difficile dans l'addictologie à l'alcool c'est qu'on va leur imposer zéro consommation, zéro" (E4).*

VI. Retour des médecins interrogés

Le premier médecin, pour qui l'entretien avait été réalisé plusieurs mois auparavant, nous a confié avoir modifié sa pratique depuis sa participation en réalisant plus fréquemment le dépistage chez ses patients âgés. Il avait également réussi à proposer plus régulièrement une réduction des consommations tout en les accompagnant. Enfin, il soulignait le manque de formation manifeste notamment dans les formations d'addictologie où les personnes âgées n'étaient pas mentionnées.

Le second participant s'interrogeait sur la notion de « prise en charge spécifique de la problématique alcool chez la personne âgée ». Il était en désaccord sur ce terme, rappelant que pour lui, « l'approche centrée patient » était bénéfique à tous et pas seulement à la personne âgée. Il concluait que l'abord de la consommation d'alcool chez la personne âgée en consultation était un sujet qui dérange principalement de la part du médecin, victime de ses propres représentations de la personne âgée et de la consommation d'alcool.

Le dernier retour que nous avons reçu commentait la forme de la carte mentale et la légende qui n'était pas suffisamment claire et lisible. Ces remarques nous ont permis de retravailler sa mise en page en couleur et de simplifier la légende afin de la rendre plus compréhensible.

DISCUSSION

I. Rappel des principaux résultats

Nous avons choisi de présenter nos principaux résultats sous forme de carte mentale (Figure 2).

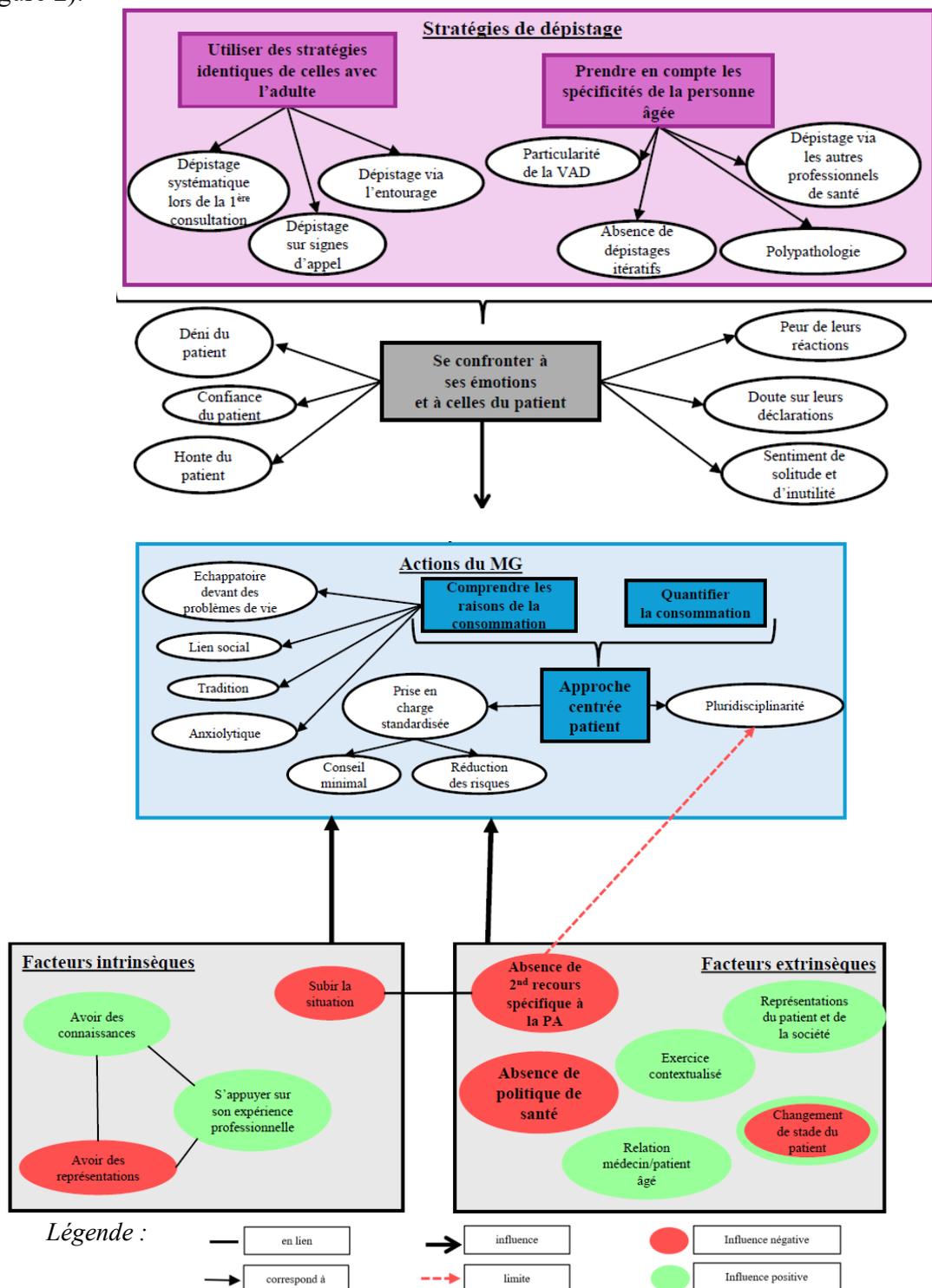


Figure 2 : Abord de la problématique alcool chez la personne âgée par les médecins généralistes interrogés

II. Forces

Le choix de ce sujet est une force puisqu'il questionne un domaine de recherche fréquemment étudié mais au sein d'une population souvent oubliée. Le thème de ce travail de thèse correspond à un angle mort dans le domaine de la prévention.

La triangulation entre chercheuses a permis de limiter les biais d'analyse et d'augmenter la validité interne de l'étude. En cas de désaccord, nous sollicitons l'avis de notre directeur et co-directrice de thèse ce qui a permis d'ajouter une nouvelle dimension à cette triangulation.

Après avoir rédigé notre modèle explicatif, nous l'avons envoyé aux médecins interrogés lors des entretiens. Nous avons pu obtenir quelques retours de leur part ce qui nous a permis de clarifier notre schéma explicatif et d'affiner notre théorie d'analyse.

La grille de qualité COREQ a été utilisée pour guider le travail et évaluer sa scientificité. L'ensemble des critères respectés y ont été détaillés (annexe 1).

III. Limites

La première limite est liée au fait que ce travail de thèse soit notre première expérience dans le domaine de la recherche qualitative. Nous avons parfois été en difficulté, surtout en début d'analyse des entretiens. D'autres limites sont à noter :

1. Echantillon

L'échantillon, que nous nous sommes efforcées de diversifier au maximum, reste restreint puisque constitué de 9 médecins généralistes installés dans la région Occitanie.

Il nous a seulement permis de tendre vers une saturation des données sans être sûres de l'atteindre complètement.

2. Biais de recrutement

Le recrutement a été réalisé par échantillonnage raisonné, ce qui implique un choix délibéré des participants en fonction de notre jugement, incluant de possibles préjugés. Cela entraîne un biais de sélection qui peut affecter la diversité des résultats et induire des conclusions biaisées. Par exemple, tous nos participants sont des MSU (Maitre de Stage Universitaire) bien que nous n'ayons pas cherché à les sélectionner sur ce critère.

3. Biais d'investigation

Les entretiens individuels semi-directifs permettent de recueillir l'expression d'un vécu et du ressenti des médecins interrogés. Le fait que nous partagions la même profession que les personnes interrogées a pu faciliter le dialogue, mais aussi susciter une certaine réticence à se confier pleinement par crainte d'être jugés.

Lors du recueil des données, chaque entretien a été réalisé par l'une d'entre nous, en alternance. Cette méthode est à la fois une force puisqu'elle peut faciliter la confiance et la discussion avec le médecin interrogé grâce au contexte plus intimiste face à seule personne, mais elle peut également constituer une limite liée aux éventuelles différences de ton employé, de manière de poser les questions ou de réactions aux réponses des participants de chacune.

Le fait d'avoir réalisé certains entretiens en présentiel et d'autres en visioconférence pouvait également influencer les réponses des participants et limiter selon le contexte l'analyse du langage non-verbal.

IV. Influence des représentations des médecins généralistes

1. Une image collective floue de la consommation d'alcool chez nos aînés en lien avec un manque de données

Les représentations de chaque médecin autour de la personne âgée et de la consommation d'alcool semblent être un facteur majeur influençant leur pratique au quotidien.

Sur la question de la définition de la personne âgée, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) donne comme seuil l'âge de 60 ans (12). En France, cette définition varie en fonction des institutions, 60 ans pour le ministère de la Santé contre 65 ans pour l'INSEE par exemple. Cette catégorie de la population est très hétérogène : retraités actifs, personnes âgées autonomes et insérées, personnes souffrant de comorbidités, de handicap ou de perte d'autonomie, patients polymédiqués ou non (13)...

Au cours de nos entretiens, les diverses définitions citées par les médecins interrogés reflètent cette hétérogénéité : variant selon l'âge, le départ à la retraite, la présence ou non de comorbidités et leurs conséquences, la vie sociale... Cette définition variable influence le dépistage de la problématique alcool de chaque médecin rendant ainsi ce repérage moins homogène.

Nous pourrions nous poser la question d'une nouvelle définition de la personne âgée, soit en triptyque comme aux Etats-Unis avec les « *young old* » (60-74 ans), les « *old old* » (75-84 ans) et les « *oldest old* » (85 ans et plus), ou alors via une grille prenant en compte leur activité quotidienne et leurs comorbidités, permettant ainsi d'adapter le dépistage et la prise en charge au mieux (14).

Sur la question du sexe des personnes âgées consommant de l'alcool, l'avis des médecins interrogés est encore une fois hétérogène avec des consommations décrites comme modérées mais possiblement plus cachées par les femmes.

Factuellement, il est difficile de trouver des données claires sur la consommation d'alcool des plus de 65 ans. La répartition de cette consommation en fonction du sexe de la personne âgée varie d'une source à l'autre selon les limites d'âge choisies. Selon l'OFDT (Observatoire français des drogues et des tendances addictives), les usagers quotidiens sont 53% chez les hommes et 22% chez les femmes de plus de 60 ans. Concernant les 65-75 ans, 65% ont une consommation quotidienne dont 33% de femmes (11). Selon le Baromètre France 2010, le risque chronique de dépendance reste très majoritairement masculin et concerne 19% des 65-74 ans et 15% chez les 75-85 ans (15).

Peu importe le sexe, les consommations d'alcool semblent sous estimées chez nos aînés. En effet les médecins interrogés décrivaient des patientèles avec peu de patients âgés consommateurs, et en cas de consommations, rarement jugées comme problématiques mais plutôt « traditionnelles » et « modérées ».

L'enquête PAQUID (Personnes Agées Quid), conduite à l'INSERM de Bordeaux et débutée en 1988, inclut et suit plus de 3700 personnes âgées vivant à domicile et en institution. Elle cherche à étudier le vieillissement cérébral normal et pathologique ainsi que la perte d'autonomie fonctionnelle après 65 ans. De nombreuses données épidémiologiques peuvent être tirées de cette étude, notamment sur la consommation d'alcool des personnes âgées : 40,7% à 42,8% des sujets consommaient 1/4 de litre de vin par jour et environ 15% en consommaient 1/2 litre quotidiennement (16). La prévalence de l'addiction à l'alcool chez la personne âgée vivant à domicile est estimée entre 2 et 14%, en institution entre 10 et 25% (17).

Même si les chiffres de la consommation d'alcool chez la personne âgée sont parfois imprécis, ils restent néanmoins non négligeables et en font un véritable problème de santé publique chez une catégorie de la population en pleine expansion.

Deux types de consommations peuvent être identifiés (18) :

- La consommation de longue date qui concernerait 2/3 des personnes âgées souffrant d'une problématique alcool
- La consommation à début tardif, après l'âge de 60 ans, qui peut être réactionnelle à des événements de vie et concernerait environ 1/3 des personnes âgées présentant une problématique en lien avec l'alcool.

Sensibiliser les médecins généralistes à ces deux types de consommation pourrait permettre d'accentuer leur attention sur un dépistage systématique lors de l'avancée en âge ou lors d'évènements de vie.

2. Une notion de dernier plaisir encore présente

Aborder la problématique alcool avec les personnes âgées renvoie à la notion de dernier plaisir. Au cours de nos entretiens, des médecins nous ont effectivement admis hésiter à parler de cette consommation avec leurs patients par peur de les priver de ce plaisir à leur âge. Cette représentation est un frein au repérage de cette problématique.

Elle est également décrite dans le livre "Les aînés et l'alcool" de Pascal Menecier publié en 2010. L'auteur y explique que certains médecins évitent de parler de la problématique alcool avec les personnes âgées, jugées déjà comme parfois privés de loisirs, d'activité physique, de liens sociaux ou encore d'une alimentation variée. Il explique également que cette approche plaisir ou abstinence est polarisée et ne prend pas en compte un entre-deux défini par une consommation d'alcool raisonnable (18).

Dans une enquête intitulée "Age et plaisir ?" réalisée en 2013, l'Ipsos a comparé le ressenti des personnes de plus de 65 ans sur leur qualité de vie par rapport à la perception de la relation au plaisir des personnes âgées par une population plus jeune. La très grande majorité des seniors estimait que la vie était toujours une source de plaisir (83%) à l'instar des plus jeunes (51%). 61% des plus de 65 ans affirmaient que la période de vie la plus

propice au plaisir s'étalait après l'âge de la retraite, contre 35% des adultes plus jeunes. Les principaux loisirs étaient notamment la télévision, la radio, faire des mots croisés et appeler des amis. La consommation d'alcool, et de vin plus précisément, n'arrivait qu'en 9ème position (19). Cette étude met en lumière la minimisation du plaisir des personnes âgées par les plus jeunes, plaisir qui semble encore ressenti par la majorité d'entre eux. Cette représentation erronée peut entraîner un sous-dépistage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes.

Parler d'alcool avec une personne âgée ne veut pas dire lui imposer une absence de consommation mais plutôt l'informer des risques de celle-ci, l'accompagner et réévaluer régulièrement sa consommation raisonnée. Le médecin généraliste, par sa place de premier recours, semble être l'acteur idéal dans cette pratique (18).

3. Une catégorie oubliée : les personnes âgées vivant en institution

En France, en 2019, 730 000 personnes vivaient en établissement d'hébergement pour personnes âgées, soit 10% des plus de 75 ans et près d'un tiers des 90 ans et plus. La grande majorité de ces établissements étaient des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (20).

Parmi les médecins interrogés, aucun ne nous a parlé de la consommation d'alcool des personnes vivant en EHPAD. On peut imaginer que la première raison à cela, serait que parmi les neuf praticiens interrogés aucun ne suivait de patients vivant en institution. Bien que nous manquions de données sur leur patientèle respective, cette hypothèse semble peu probable.

Dans son livre, Pascal Menecier décrit l'entrée en EHPAD comme un choix de vie rarement délibéré de la personne âgée (18). Cette étape de vie peut donc être une porte d'entrée dans la consommation d'alcool ou correspondre à une augmentation de cette dernière. L'entrée en institution et les mois suivants sont donc une étape du suivi où

le dépistage de la problématique alcool chez nos aînés est particulièrement indiqué par le médecin traitant ou le médecin coordinateur.

Les chiffres de prévalence de la consommation d'alcool en EHPAD sont variables d'une étude à l'autre, de l'ordre de 10 à 20 %. Elle serait au moins aussi élevée, voire supérieure à celle des personnes âgées vivant à domicile (21).

Une étude réalisée en 2005 et incluant 368 sujets dans huit EHPAD du Nord Pas-de-Calais notait que près de 68% d'entre eux consommaient de l'alcool quotidiennement et 18% plus de 3 verres d'alcool par jour (22).

Une autre étude réalisée en Loire-Atlantique en 2004 comparait la consommation d'alcool des plus de 75 ans en ambulatoire et en institution grâce à l'outil AUDIT. Au total, 32% des patients vivant à domicile déclaraient consommer plus de 5 fois par semaine de l'alcool contre 43% en institution, 17% plus de 3 verres par jour et quotidiennement à domicile, contre 15% en institution (15).

Ces chiffres ne sont pas anodins, l'alcool est présent en EHPAD, accessible lors des repas avec le pichet ou le verre de vin à table, ou bien amené de l'extérieur par l'entourage ou entre résidents. Les personnes âgées vivant en institution sont, par définition, plus fragiles, polypathologiques et polymédiquées. Toutes ces caractéristiques en font des patients particulièrement vulnérables aux effets de l'alcool. Il semble pourtant exister une tolérance institutionnelle et une sous-estimation de la possibilité de consommation par ces patients (18).

V. Un dépistage finalement moins réalisé

Il ne semble pas exister de données spécifiques d'épidémiologie sur le dépistage des conduites addictives chez la personne âgée par les médecins généralistes. Concernant la population générale et selon le rapport de la DRESS (Direction de la

Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) intitulé "Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients" publié en 2021, le dépistage systématisé de la problématique alcool auprès de l'ensemble des patients et renouvelé régulièrement n'est pas généralisé, avec une estimation de 43% des médecins généralistes le réalisant, contre 66% pour le tabac.

En l'absence de chiffres clairs, on peut imaginer que cette différence de dépistage des consommations addictives dans la population générale se retrouve également au sein des personnes âgées, ce qui correspond à ce que nous retrouvons dans notre étude, avec un dépistage rarement répété dans le temps.

Ce même rapport met en évidence qu'une formation complémentaire dans le domaine des conduites addictives permet d'améliorer ces statistiques. Le suivi de formation est associé avec l'utilisation d'outils pour aider aux dépistages des usages à risque : questionnaires, échelles standardisées (10) ...

1. Des outils de dépistage peu utilisés

En effet, parmi les outils d'aide à l'évaluation de la consommation d'alcool, certains sont validés chez la personne âgée comme :

- **Le SMAST-G** (*Short Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric*) (annexe 8) (23) : un auto-questionnaire inspiré du test MAST-G, composé de 10 questions portant notamment sur les raisons de la consommation (colère, solitude, tremblements) et d'éventuelles remarques faites par l'entourage du consommateur comme son médecin. Le test se révèle positif si le patient répond "oui" à au moins 2 questions.
- **L'EDDA** (*Enquête des Dommages Dus à l'Alcool chez les personnes âgées*) (24) : la version française de l'auto-questionnaire ARPS validée en 2005 (Alcohol Related Problem Survey). Cet outil, composé de 22 questions, a pour but de repérer

les consommations à risque et les interactions entre cette dernière et l'état physique et psychologique, les traitements médicamenteux et le déclin des fonctions organiques du patient.

D'autres questionnaires existent, non spécifiques de la personne âgée mais utilisés en consultation par les médecins :

- **L'AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (annexe 9) (25) : un test composé de 10 questions développé par l'OMS abordant la consommation du patient, sa dépendance et ses conséquences. L'interprétation du score varie selon le sexe du patient.
- **Le CAGE-DETA** (*Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener ou Diminuer, Entourage, Trop, Alcool*) (annexe 10) (26) : outil composé de 4 questions abordant le ressenti du patient sur sa propre consommation et les remarques de son entourage.
- **Le FACE** (*Formule pour Approcher la Consommation d'Alcool en Entretien*) (annexe 11) (27) : questionnaire reposant sur l'analyse des consommations d'alcool du patient au cours des 12 derniers mois. Il est cité par la HAS dans sa fiche "Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève" (9).

Les outils peuvent s'avérer complémentaires, un score positif au CAGE se traduit comme une suspicion de dépendance à l'alcool alors que le SMAST-G identifie plutôt des patients souffrant de conséquences liées à leur consommation (27).

Aucun médecin généraliste inclus dans ce travail de thèse ne nous a cité l'un de ces questionnaires. On peut imaginer plusieurs raisons à cela : une méconnaissance de ces outils ou une utilisation jugée trop chronophage notamment pour ceux validés chez la personne âgée comme l'EDDA qui nécessite de nombreuses questions pour aborder le patient et sa consommation dans son ensemble. Mais on peut aussi s'interroger sur la validité

reconnue de ces outils de dépistage de la problématique alcool par rapport à l'interrogatoire. Il existe une étude américaine qui a démontré les avantages dans le dépistage de la consommation à risque d'alcool chez la personne âgée du SMAST-G et de l'AUDIT mais aucune étude sur la version française de ces questionnaires (28). Il en est de même en Suisse où le SMAST-G est décrit comme le premier instrument adapté aux personnes âgées sur la base du MAST et employé régulièrement par le personnel infirmier (29). Les versions françaises n'ont pas donc été étudiés et validées et aucun article ne compare l'intérêt de l'un de ces outils avec la pratique clinique. On peut ainsi se demander si ce manque de données n'explique pas également l'absence d'utilisation de ces questionnaires par les médecins généralistes interrogés.

2. Un dépistage imbriqué au sein de la polypathologie du patient âgé

En 2012, dans sa thèse, le Dr Audrey Liegard s'est intéressée aux habitudes de repérage de la consommation d'alcool des médecins généralistes chez leurs patients âgés (30). Elle note que la majorité des médecins interrogés déclaraient manquer de temps pour réaliser ce dépistage, difficulté partagée par certains médecins inclus dans notre travail de recherche. Pourtant le manque de temps ne nous semble pas être le fond du problème, bien que souvent pointé du doigt comme principale problématique en médecine générale.

Au cours de nos entretiens, l'un des médecins interrogés, sensibilisé par sa formation complémentaire en médecine gériatrique, nous confiait penser plus tardivement à la problématique alcool chez ses patients âgés car il était accaparé avant tout par leur situation polypathologique. Cet échange nous a fait réfléchir à la place de ce dépistage chez les patients âgés. Le médecin généraliste, déjà occupé à la réflexion autour de la polypathologie de son patient, occulte la problématique alcool et son dépistage. La consommation d'alcool n'a donc pas encore trouvé sa place de réflexe comme peut l'être de nos jours la question de la iatrogénie chez nos aînés par exemple.

Pour pallier cette difficulté, le médecin généraliste peut choisir de s'entourer d'autres professionnels de santé comme les infirmier(e)s d'éducation thérapeutique Asalée,

les infirmier(e)s spécialisé(e)s en addictologie ou les infirmier(e)s en pratique avancée (IPA). Il peut ainsi déléguer ce dépistage à un temps dédié et le rendre systématique et régulier.

Il peut également exposer en salle d'attente des messages de prévention à destination des personnes âgées et mettre à disposition sous format papier des questionnaires autour de la consommation d'alcool et de ses risques. Le remplissage du questionnaire permet d'abord de sensibiliser le patient âgé sur le sujet, d'ouvrir le dialogue en utilisant le questionnaire rempli comme support.

Les pratiques semblent tout de même avoir évolué, notamment concernant le dépistage systématique de l'alcool lors de la première consultation médecin traitant, pratique généralisée à l'ensemble des médecins que nous avons interrogés, contrairement aux résultats décrits en 2012.

Enfin, dans cette même thèse, il était souligné que certains symptômes fréquents chez la personne âgée n'étaient que peu identifiés par les médecins comme des signes d'appels devant faire penser au dépistage de la problématique alcool tels que l'inefficacité thérapeutique, les troubles du sommeil, les traumatismes, les troubles de la mémoire, la malnutrition... Cela semble être toujours le cas chez les médecins que nous avons interrogés qui les ont rarement évoqués.

VI. Un abord de la problématique proche mais une prise en charge différente par rapport à l'adulte

Au cours des entretiens, nous avons interrogé les médecins sur une éventuelle différence entre le dépistage de la consommation d'alcool chez l'adulte et chez la personne âgée. Leur abord de la problématique ne semblait pas différer selon l'âge du patient notamment sur leur manière de poser la question. Les médecins installés depuis longtemps dans leur bassin d'exercice se représentaient leurs patients âgés comme des patients adultes ayant vieilli, sans vraiment acter le passage au statut de personne âgée, et donc sans adaptation du dépistage. La pudeur était également ressortie chez certains médecins qui ne souhaitaient pas choquer leur patient âgé en leur posant la question de la problématique

alcool. Pourtant dans la thèse du Dr Barthes, les patients, dont des patients âgés, sont en majorité demandeurs d'un dépistage des conduites addictives et estiment que le médecin généraliste est particulièrement légitime à l'effectuer (31).

Dans sa thèse réalisée en 2018 et miroir de celle-ci, le Dr Jourdain décrit un laxisme dans la prise en charge de la problématique alcool chez la personne âgée, en lien avec une balance bénéfice/risque qui ne semble pas toujours favorable dans un contexte d'espérance de vie plus courte et de conséquences négatives en lien avec cette consommation décrites comme limitées. Ce laxisme est décrit comme s'étendant aux autres pathologies chroniques avec comme exemple la prise en charge du diabète dont les objectifs s'allègent au fur et à mesure de l'avancée en âge et de l'apparition de comorbidités chez ses patients (32).

La polypathologie d'une partie de la population âgée, entraînant souvent une polymédication, reste au premier plan de la prise en charge de ces patients. Par ailleurs, cette polymédication peut modifier des signes d'appels possiblement en lien avec la consommation d'alcool (modifications des marqueurs hépatiques biologiques, tremblements, troubles mnésiques...), diminuant encore un peu plus les réflexes de dépistage du médecin.

Dans la thèse du Dr Jourdain comme dans celle-ci, la consommation d'alcool était décrite comme un lien social important chez les personnes âgées, que les médecins semblaient avoir du mal à modifier. Ces patients étaient décrits comme réticents aux changements de leur habitude de vie et défaitistes sur les bénéfices possibles de celles-ci. Pourtant la notion de bien vieillir est en pleine expansion, la science ne cherchant pas à augmenter l'espérance de vie mais plutôt l'espérance de vie en bonne santé. La bonne santé étant définie par le triptyque du bien-être physique, mental et social. Et c'est donc là toute la complexité : est-ce légitime de diminuer le bien-être social et mental au profit du bien-être physique ? Le rapport bénéfice/risque ne semble alors plus si simple (33).

Aucun des médecins interrogés n'a parlé de la difficulté d'accès à des soins du fait de l'isolement de certaines personnes âgées avec des difficultés de déplacement et l'absence de prise en charge de transports sans ALD (Affection de Longue Durée) dédiée. On peut tout de même noter que certaines communes mettent en place des solutions pour permettre aux personnes âgées à mobilité réduite ou isolées de se déplacer (34,35).

L'absence d'ALD dédiée aux pathologies addictives peut également constituer un frein au suivi régulier, par leur médecin généraliste comme par d'autres professionnels de santé, chez certaines personnes âgées ayant une situation financière modeste depuis la retraite ou vivant dans la précarité.

Les spécificités de la personne âgée seraient donc plutôt des freins à la prise en charge de la problématique alcool et non des potentialisateurs.

VII. Actions de prise en charge

1. Repérage précoce et intervention brève

La HAS publie en 2021 une mise à jour de sa recommandation : « Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte » qui ne mentionne pas la personne âgée (9).

En novembre 2022, elle publie « Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS » dont une sous partie est intitulée « secteur des personnes âgées ». Cette recommandation, centrée sur la prise en charge en structure peut néanmoins donner quelques pistes de réflexions en médecine générale libérale (36).

Sur le plan régional, un guide a été publié en décembre 2023 par l'URIOPSS (Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux) de la région Provence Alpes Côte d'Azur et Corse, intitulé « Intervenir auprès des personnes âgées consommatrices d'alcool dans une logique de réduction des risques ».

Ce document s'inspire des dernières recommandations de la HAS en les adaptant pour une prise en charge en libérale (37).

Le SRAE (Structure Régionale d'Appui et d'Expertise) addictologie des Pays de la Loire publie sur son site internet depuis mars 2023 des guides pour la formation des professionnels de santé au RBIP spécifiquement chez la personne âgée (38).

Toutes ces nouveautés spécifiques sur la prise en charge de la personne âgée de la part des acteurs régionaux tendent à faire penser que les acteurs de soins sont de plus en plus conscients de la problématique et souhaitent la prendre en charge. Cependant, ces actions sont encore limitées, notamment par probable manque de moyen.

Les médecins généralistes libéraux peuvent ainsi se retrouver perdu face à un dépistage positif mais sans recommandation claire à suivre et à mettre en place pour prendre en charge au mieux leurs patients âgés.

D'autre part, l'efficacité de la réduction des risques a été démontrée pour toutes les addictions. Concernant la problématique alcool, le RPIB a apporté des preuves d'efficacité concernant la mortalité liée à l'alcool et sur un critère intermédiaire de diminution de consommation d'alcool chez le patient adulte (9). Nous n'avons pas retrouvé d'étude confirmant cette efficacité au sein de la population gériatrique.

2. S'appuyer sur le second recours

Dans le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale publié par la DRESS en 2021, une formation complémentaire ne semblait pas favoriser la prise en charge seule au cabinet mais celle en collaboration avec des structures spécialisées en addictologie (10). Cette conclusion coïncide avec les résultats de notre étude, les médecins addictologues interrogés ayant le réflexe de s'entourer et d'organiser une prise en charge coordonnée avec les différentes structures présentes dans leur territoire d'exercice. Les autres praticiens avaient plus de difficulté pour orienter leurs patients vers des structures

et celles-ci leur semblaient inadaptées à leurs patients âgés. Cette contrainte les limitait dans leur initiative de dépistage.

Le système de prise en charge des conduites addictives repose sur trois secteurs :

- **Les professionnels de santé de premier recours**
- **Le secteur hospitalier :** unité de sevrage, consultations en addictologie, équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA), hospitalisation de jour ou complète en service d'addictologie et les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) en addictologie
- **Le secteur médico-social :** centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les consultations jeunes consommateurs (CJC) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Au cours des entretiens, les médecins interrogés ont cité en majorité les CSAPA et le secteur hospitalier tout en émettant une réserve sur le nombre de patients âgés qu'ils adressaient en pratique.

Selon le bilan d'activité des CSAPA d'Occitanie de 2020, 8% seulement des patients pris en charge ont plus de 60 ans (39).

Ce sentiment de manque de second recours adapté à la personne âgée constitue un frein à leur prise charge et donc au dépistage de leur consommation d'alcool. En effet, en l'absence de second recours jugé adapté à cette catégorie de patients, les médecins généralistes peuvent ressentir plus de difficulté à dépister cette problématique de peur de ne pas pouvoir orienter les patients correctement.

VIII. Rôle de la politique de santé

Au cours des entretiens, certains médecins interrogés regrettaient le manque de prévention au sein de la politique de santé française autour de la consommation d'alcool chez la personne âgée. Ce manque de prévention n'est malheureusement pas uniquement réservé à la population gériatrique.

Le lien entre le lobbying de l'alcool et l'état français est encore très présent. En 2018, le président français déclarait, en réponse à Agnès Buzyn qui expliquait la similitude en termes de dangerosité entre le vin et les autres alcools : « Il faut arrêter d'emmerder les Français avec ces conneries ».

L'association Addictions France a publié son rapport pour l'année 2023 intitulé « Observatoire sur les pratiques des lobbies de l'alcool » (40). Il met en lumière le poids des lobbyings se présentant comme des victimes d'un secteur en crise du fait des catastrophes climatiques essentiellement.

Au cours du printemps 2023, le ministre de la Santé a rejeté deux campagnes de prévention sur les dangers liés à la consommation d'alcool au cours de compétitions sportives (41).

On peut également citer la campagne « C'est la base », destinée à un public jeune, qui ne débanalise aucunement l'alcool, en mettant en scène des adolescents s'alcoolisant avec excès, avec le message suivant : « boire aussi de l'eau si on consomme de l'alcool » (40).

Chaque année, le « Dry January » n'est pas soutenu par les pouvoirs publics. En 2023, le « Damp January », plus souple car visant seulement à réduire sa consommation d'alcool et non à l'arrêter, est venu encore évincer le message du « Dry January » (42,43).

La loi Evin de 1991 encadre la publicité des boissons alcoolisées afin qu'elle ne soit « ni intrusive ni interstitielle », interdite à la télévision et au cinéma. En 2009, elle a été mise à jour afin de statuer sur la publicité sur Internet, autorisée sauf sur certains sites destinés à la jeunesse ou à l'activité physique (44). Les lobbying de l'alcool y trouvent donc leur compte avec un cadre légal qui a finalement tendance à s'assouplir plutôt qu'à restreindre la promotion de l'alcool dans les nouveaux médias.

L'Association Addiction France tire la sonnette d'alarme face à ces intérêts économiques qui semblent passer en priorité devant les problématiques de santé publique (40).

Aucune action de prévention nationale à destination du public âgé n'a été mise en place ces dernières années. On peut tout de même citer deux avancées :

En 2022, le gouvernement français publie sur son site dédié aux personnes âgées et en collaboration avec le service de Psychiatrie du sujet âgé de l'AP-HP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris), une page sensibilisant à la consommation d'alcool chez nos aînés intitulée "Consommation d'alcool : avec l'âge, des risques accrus pour la santé" (45).

Le site "Alcool info service" publie en 2024 plusieurs articles s'intéressant spécifiquement à la problématique alcool des plus de 65 ans. On y retrouve une sensibilisation aux risques liés à l'âge, des conseils pour les limiter ainsi qu'un rappel des recommandations (46).

Cela reste bien peu, avec un contenu quasiment introuvable du grand public.

On regrette par exemple l'absence d'affiche de prévention spécifique comme au Canada : en 2020, la Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées met en ligne une affiche nommée "Les personnes âgées et l'alcool" présentant les directives de consommation d'alcool à faible risque pour les personnes de 65 ans et plus (47) (annexe 12).

En Suisse, la plateforme “Vieillesse et addictions” met à disposition depuis 2013 sur son site internet de nombreuses ressources adressées aux personnes âgées leur expliquant les risques de leur consommation liés à l’âge, le lien entre polymédication et alcool, des pistes pour les aider à reconnaître une consommation à risque ainsi qu’un annuaire regroupant les services de consultation locaux (29).

Au Canada, l’organisme “Educalcool” publie en 2016 la deuxième version de leur brochure d’information intitulée “L’alcool et les aînés” regroupant quelques données statistiques, les facteurs de risque d’une entrée ou d’une majoration de la problématique alcool ainsi que quelques conseils adressés aux personnes âgées et à leurs proches (48).

Aux Etats-Unis, on retrouve un paragraphe sur l’alcool chez les personnes âgées dans leur guide nutritionnel mise à jour en 2020 (49).

On remarque ainsi que la question de la consommation d’alcool chez la personne âgée est une problématique de santé publique majeure et mise en avant dans plusieurs pays. En France elle reste cependant trop oubliée et négligée, sans campagne de prévention et de sensibilisation destinée au grand public.

IX. Commentaires et retours des médecins

A la fin des entretiens, les médecins interrogés nous questionnaient sur le choix de ce sujet et se confiaient sur l’impact de cette discussion. Cette dernière semblait leur permettre de réfléchir à leur pratique et à leur prise en charge de la problématique alcool chez la personne âgée avec une possible évolution de leur pratique future.

Une discussion de quelques minutes entraîne donc déjà un questionnement et une réflexion des médecins sur leur pratique. Inclure la problématique alcool chez la personne âgée au sein de la politique de santé de prévention et des formations des médecins généralistes pourrait donc permettre de faire évoluer les pratiques.

X. Perspectives et solutions proposées

La mise en place d'une politique de santé claire et centrée sur la consommation d'alcool chez la personne âgée nous semble indispensable. Elle permettrait ainsi de faciliter l'abord de cette problématique par les médecins généralistes en sensibilisant la population générale. La création d'affiches pour les salles d'attente des médecins, de clips vidéo diffusés à la télévision ou de slogans sur les chaînes radios de grande écoute permettrait d'ouvrir la discussion autour de ce sujet et de sensibiliser le plus grand nombre. Un nouveau travail de consensus sur la création de ces outils de prévention pourrait s'avérer intéressant par la suite.

En lien avec la politique de santé, le développement des seconds recours spécifiques de la personne âgée permettrait aux médecins généralistes une prise en charge pluridisciplinaire plus accessible. En Suisse et au Canada, les consultations addictologiques dans des lieux spécialisés en gériatrie ont prouvé leur effet positif sur la socialisation, le travail sur la mémoire, la mobilité, l'alimentation et le dépistage de troubles anxieux ou dépressifs. Les groupes d'entraide et de soutien d'âge font preuve d'une bonne acceptation et préviennent efficacement les rechutes (50,51). On peut donc également imaginer la création de groupes de paroles et de consultations réservés aux personnes âgées au sein des CSAPA par exemple.

Nous pourrions également imaginer la mise en place d'une cotation spécifique d'une consultation par an de dépistage des addictions, au même titre que le dépistage du syndrome dépressif et de l'évaluation du déficit cognitif.

Concernant la formation médicale, une formation spécifique sur la problématique alcool chez la personne âgée semble important, à fortiori au sein de son bassin d'exercice pour prendre connaissance des différents recours présents à proximité.

On a décrit l'existence d'outils d'aide au dépistage du mésusage et de la dépendance à l'alcool existant dont certains validés chez la personne âgée. Mais on note tout de même un manque d'étude française comparant leur efficacité avec un interrogatoire mené à l'oral par le médecin généraliste. Des études complémentaires affirmant leur supériorité pourraient permettre leur utilisation plus fréquente par les médecins.

En remontant le fil de notre internat de médecine générale, le mésusage et la dépendance à l'alcool chez la personne âgée n'étaient abordés ni dans nos cours de gériatrie, ni dans ceux d'addictologie. En incluant la question de la consommation d'alcool chez les personnes âgées au sein des cours donnés aux internes dans les différents départements de médecine générale de France, on pourrait espérer accroître leur sensibilité à cette question et ainsi augmenter leur réflexe de dépistage.

CONCLUSION

La consommation d'alcool et ses dangers chez la personne âgée est un sujet d'actualité préoccupant. Alors que la recherche sur les effets de cette consommation avance et que de nouvelles recommandations spécifiques sont publiées, la France semble toujours en retard sur sa politique de santé globale autour de cette problématique.

Ce travail met en évidence les stratégies de dépistage utilisées par les médecins généralistes auprès de leurs patients âgés (utilisation de l'humour, prendre le temps d'échanger et le choix du type de questions posées) et leurs différents contextes (systématique lors de la première rencontre, en présence de signes d'appel ou encore sur sollicitation de l'entourage du patient consommateur). La particularité de la visite à domicile a pu être citée par plusieurs médecins interrogés.

Le dépistage entraînait des émotions positives et négatives chez le praticien mais également chez le patient âgé, sentiments qui pouvaient influencer sa pratique et les actions ultérieures. Ces dernières ont également pu être décrites dans notre étude avec une démarche de quantification de la consommation et un effort de recherche des raisons de celle-ci. L'orientation de certains patients vers une prise en charge pluridisciplinaire était également une étape importante pour les médecins mais avec une difficulté par manque de second recours jugé adapté aux personnes âgées. L'ensemble des actions retrouvées dans cette étude était basé sur une notion fondamentale de la médecine générale : l'approche centrée-patient.

Ce travail a pu également mettre en évidence un ensemble de facteurs intrinsèques et extrinsèques influençant l'abord de la problématique alcool par les médecins généralistes et leur pratique globale. L'acquisition de compétences grâce à des connaissances, l'impact de l'expérience professionnelle acquise au cours du temps ainsi que l'influence des représentations personnelles des médecins correspondaient aux facteurs intrinsèques. Les facteurs extrinsèques étaient représentés par l'impact d'un exercice contextualisé de la médecine ou encore la relation médecin-patient âgé ainsi que les représentations de ce dernier sur la consommation d'alcool.

Ce travail met également en lumière combien le manque de politique de santé et de prévention ciblant la problématique alcool chez la personne âgée a un impact sur la pratique des médecins généralistes. Ces derniers se voient ainsi attribuer un rôle de dépistage et de prévention en tant que soignants de premier recours, sans avoir derrière le soutien et les moyens nécessaires pour prendre en charge et accompagner leurs patients âgés.

Pour améliorer cette situation, plusieurs pistes de réflexion peuvent être envisagées. La mise en place d'une politique de sensibilisation et de prévention sur les spécificités et dangers de la consommation d'alcool des personnes âgées accessible au grand public, via des spots publicitaires, des affiches, voire des indications sur les bouteilles comme pour les paquets de cigarettes. On peut également réfléchir à la création de consultations dédiées aux personnes âgées dans les structures spécialisées en addictologie et en gériatrie pour améliorer la prise en charge de ces patients.

Enfin, le fait de participer à notre étude et ainsi d'échanger autour de cette problématique semble avoir fait évoluer, d'après leurs retours, la pratique de certains médecins interrogés. Une formation spécifique pour les internes en médecine générale et pour les médecins, et ce, dans leur lieu d'exercice afin de faciliter les échanges au sein de leur réseau de soin semblerait donc bénéfique.

Signature du Doyen de la Faculté

Toulouse le 09/09/2024
Vu, permis d'imprimer

La Présidente de l'Université Toulouse III Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation
Le Doyen - Directeur
Du Département Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



Signature du Président de Jury

03/09/2024

Professeur Nicolas FRANCHITTO
Service d'Addictologie
CHU PURPAN - TSA 40031
31059 TOULOUSE Cedex 9
Tél. 05 67 89 16 42
N° RPPS : 10002918972



ANNEXES

Annexe 1 : Grille COREQ

Domaine 1 : équipe de recherche et réflexivité		
Caractéristiques personnelles		
1. Intervieweur / facilitateur	L'entrevue ou le groupe de discussion a été dirigé(e) par quel(s) auteur(s)?	Les deux chercheuses à tour de rôle
2. Qualifications	Quelles étaient les qualifications du chercheur? <i>Par ex., Ph.D., M.D.</i>	Internes de médecine générale en 3 ^{ème} cycle, faculté de Toulouse
3. Emploi	Quel était l'emploi de chacun au moment de l'étude?	Stages hospitalier et ambulatoire dans le cadre du DES de médecine générale puis remplacements en médecine générale libérale sous licence de remplacement d'étudiante non thésée
4. Genre	Est-ce que le chercheur était un homme ou une femme?	Deux femmes
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur?	Formation universitaire en recherche qualitative, absence d'expérience pratique en recherche qualitative
Liens avec les participants		
6. Liens établis	Un lien a-t-il été établi avant le début de l'étude?	Oui, certains médecins interrogés MSU de la chercheuse qui ne dirigeait pas l'entretien
7. Connaissances du participant à propos de l'intervieweur	Quelles connaissances les participants avaient-ils à propos du chercheur?	Néant
8. Caractéristiques de l'intervieweur	Quelles étaient les caractéristiques rapportées à propos de l'intervieweur/du facilitateur?	Néant
Domaine 2: Devis de l'étude		
Cadre théorique		
9. Approche méthodologique et fondements théoriques	Sur quelle approche méthodologique repose l'étude?	Méthodologie qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée
Sélection des participants		
10. échantillonnage	Comment les participants ont-ils été sélectionnés?	Échantillonnage raisonné au sein des médecins généralistes exerçant une activité libérale dans la région Occitanie
11. Recrutement des participants	Comment les participants ont-ils été recrutés?	Mail ou téléphone
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont fait partie de l'étude?	9 participants
13. Refus de participation et abandon	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné l'étude? Raisons?	Aucune
Lieu		

14. Lieu de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies?	Au cabinet du médecin généraliste, au domicile du médecin généraliste ou via entretien en visioconférence
15. Présence de non-participants	Est-ce qu'une personne autre que les participants et les chercheurs était présente?	Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les caractéristiques importantes de l'échantillon?	9 médecins généralistes dont 4 femmes et 5 hommes. 2 titulaires d'une capacité d'addictologie et 1 titulaire d'une capacité de gériatrie
Collecte des données		
17. Guide d'entrevue	Est-ce que les auteurs ont fourni les questions, les indices et les guides ? Est-ce que le guide d'entrevue a été préalablement testé?	Le guide d'entretien avait été réalisé à partir d'une bibliographie préalable ayant fait émerger des hypothèses. Il n'avait pas été testé au préalable mais a évolué au fil de l'analyse des données
18. Entrevues répétées	Les entrevues ont-elles été répétées? Si oui, combien de fois?	Non
19. Enregistrement audio/vidéo	Est-ce qu'un enregistrement audio ou vidéo a été utilisé pour recueillir les données?	Enregistrement audio par dictaphone ou grâce au logiciel de visioconférence
20. Notes prises sur le terrain	Est-ce que des notes ont été prises pendant ou après l'entrevue ou le groupe de discussion?	Des notes ont été consigné dans le carnet de bord à l'issue des entrevues
21. Durée	Quelle était la durée des entrevues ou des groupes de discussion?	Moyenne de 31 minutes par entrevues, minimum 20'30, maximum 55'30
22. Saturation des données	La saturation des données a-t-elle été discutée?	Oui nous avons tendu la saturation des données à partir du 6 ^{ème} entretien, réalisation de 3 entretiens supplémentaires pour la consolider
23. Révision des transcriptions	Est-ce que les transcriptions ont été remises aux participants pour obtenir leurs commentaires ou leurs corrections?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de codificateurs de données	Combien de personnes ont fait la codification des données?	2 personnes
25. Description de l'arbre de codification	Les auteurs ont-ils fourni la description de l'arbre de codification?	Oui en annexe
26. Identification des thèmes	Est-ce que les thèmes ont été identifiés à l'avance ou ont découlé des données?	Les thèmes ont été déterminés à partir des données collectées
27. Logiciel	Quel logiciel, s'il y a lieu, a été utilisé pour gérer les données?	Le logiciel Word a été utilisé pour coder et gérer les données, permettant d'obtenir les thèmes, puis ceux-ci ont été ordonnés sur le logiciel Excel. La rédaction des résultats s'est fait sur le logiciel Word

28. Rétroaction des participants	Est-ce que les participants ont fourni une rétroaction sur les résultats?	Oui un email explicatif de la théorie émergente a été envoyé. 3 retours obtenus
Rapport		
29. Utilisation de citations	Est-ce que des citations ont été utilisées pour illustrer les thèmes / résultats ? Est-ce que chaque citation était identifiée ?	Oui, des citations ont été utilisées pour illustrer les résultats, chaque citation était identifiée par le numéro attribué au médecin interrogé précédé de la lettre « M » pour médecin
30. Cohérence entre les données et les résultats	Les résultats sont-ils cohérents avec les données présentées?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été clairement présentés dans les résultats?	Oui, l'objectif principal a été présenté dans les résultats
32. Clarté des thèmes secondaires	Y avait-il une description des cas isolés ou une discussion des thèmes secondaires?	Oui les objectifs secondaires ont été discutés dans les résultats ainsi que dans la discussion

Annexe 2 : Guide d'entretien 1^{ère} version

- **Caractéristique des participants** : genre, âge, mode et lieu d'exercice (seul ou en groupe, avec ou sans rendez-vous), ancienneté d'installation, formation universitaire ou post universitaire, MSU ou non, autre activité...
- Est-ce que vous accepteriez de me raconter une consultation avec un patient âgé durant laquelle vous avez pensé à la problématique alcool ?
 - Comment avez-vous abordé cette problématique ?
- De manière plus générale, comment évoquez-vous la consommation d'alcool chez la personne âgée ?
 - Quels mots utilisez-vous ?
 - De manière systématique ou ciblée ?
 - Sur quels signes d'alerte ?
 - Ou à quel moment du suivi ?
 - De façon unique ou répétée ?
 - Quelles sont les réactions des patients ?
- En quoi est-ce différent de l'abord chez l'adulte ?
- Comment réagissez-vous si vous dépistez un usage à risque ?
 - Orientez-vous les patients vers d'autres structures ?
 - Quel suivi mettez-vous en place ?
- Qu'est-ce que vous ressentez pendant ce genre de consultation ?
- Quand je vous dis alcool et personne âgée, quelle est l'image qui vous vient en tête ?
- Y a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez aborder ?

Annexe 3 : Guide d'entretien version finale

- **Caractéristique des participants** : genre, âge, mode et lieu d'exercice (seul ou en groupe, avec ou sans rendez-vous), ancienneté d'installation, formation universitaire ou post universitaire, MSU ou non, autre activité...
- Est-ce que vous accepteriez de me raconter une consultation avec un patient âgé durant laquelle vous avez pensé à la problématique alcool ?
 - Comment avez- vous abordé cette problématique ?
- De manière plus générale, comment évoquez-vous la consommation d'alcool chez la personne âgée ?
 - Quels mots utilisez-vous ?
 - De manière systématique ou ciblée ?
 - Sur quels signes d'alerte ?
 - *Si seulement sur signes biologiques : est ce qu'il y a des situations cliniques qui vous font évoquer ça ?*
 - Ou à quel moment du suivi ?
 - De façon unique ou répétée ?
 - Quelles sont les réactions des patients ?
- *Qu'est ce qui fait que vous dépistez plutôt de manière systématique ou plutôt sur signes d'appel ?*
- En quoi est-ce différent de l'abord chez l'adulte ?
- *Avez-vous remarqué une différence de consommation selon le sexe de la personne âgée ?*
- *Comment définissez-vous la personne âgée ?*
- Comment réagissez-vous quand vous dépistez un usage à risque chez une personne âgée ?
 - Orientez-vous les patients vers d'autres structures ?
 - Quel suivi mettez-vous en place ?
- Qu'est-ce que vous ressentez pendant ce genre de consultation ?
- Quand je vous dis alcool et personne âgée, quelle est l'image qui vous vient en tête ?
- *Comment ressentez-vous votre pratique vis à vis de cette problématique alcool chez la personne âgée ?*
- *A quoi attribuez-vous votre attitude face à la problématique alcool de la personne âgée ? A votre expérience ? A votre capacité en addictologie ?*
- *En quoi vos connaissances en addictologie influencent votre manière d'aborder la problématique alcool avec vos patients âgés ?*
- *Comment vous est venue votre façon de faire ?*
- Avez-vous d'autres éléments que vous souhaiteriez aborder ?

Annexe 4 : Extrait du carnet de bord

Vendredi 12/05/23 : Justine

- **Entretien avec M3**

Ressenti : Un peu stressée au départ, le médecin a su me mettre à l'aise rapidement.

L'entretien avait lieu à son domicile personnel, il m'a proposé un thé en discutant de mon parcours histoire de briser la glace avant l'entretien. Il m'a également proposé de le tutoyer. L'entretien m'a paru beaucoup plus "positif" que les précédents, avec un médecin confiant dans sa pratique. Il aborde de nombreux sujets non abordés précédemment. J'ai senti l'influence des entretiens précédents dans celui-là, je me suis permise de rajouter des questions au fil de l'entretien, sur les visites à domicile par exemple. L'entretien a duré presque 45 minutes, le médecin a d'abord été un peu sur la réserve mais s'est beaucoup plus livré sur la fin. Il m'a dit en off qu'il repensait à plein de situations malheureusement nous ne pouvions pas reprendre car il avait un rendez-vous après (il m'avait déjà accordé 1h30 de son temps).

Annexe 5 : Extrait d'analyse d'un entretien

I : Comment est-ce que tu l'abordes ? Quels mots tu utilises et quelle est la réaction des patients en face ?		
<u>Verbatim</u>	<u>Etiquette expérientielle</u>	<u>Propriétés</u>
<i>Ah oui, oh bah souvent oh ça dépend... Oh bah des fois ils écoutent.</i>	Je suis ambivalente concernant l'adhésion à mes conseils par les patients	Être ambivalent concernant l'adhésion des patients aux conseils en lien avec la consommation d'alcool
<i>Les personnes âgées j'ai l'impression qu'ils font plus confiance à leur médecin que les plus jeunes</i>	Je ressens de la confiance entre mes patients âgés et moi-même	Avoir la confiance des patients âgés
<i>Les plus jeunes des fois, ils vont vérifier ce qu'on dit sur Internet, ils demandent à leur copains</i>	Les patients jeunes utilisent d'autres sources d'informations médicales en plus de leur médecin	Avoir une confiance moindre des patients adultes
<i>les personnes âgées, ils aiment beaucoup leur docteur,</i>	Mes patients âgés ajoutent parfois une dimension affective dans notre relation médecin/patient	Inclure une dimension sentimentale dans la relation médecin-patient âgé
<i>ils sont gentils comme tout et quand on leur donne un conseil, des fois, ils le prennent des fois vraiment à cœur. des fois, ils le prennent à cœur, et des fois pas du tout hein</i>	Selon moi, l'adhésion du patient âgé à mes conseils est parfois imprévisible	Être ambivalent concernant l'adhésion des patients aux conseils en lien avec la consommation d'alcool
<i>Ou même la fois d'après dire « Ah Docteur ! J'ai suivi votre conseil merci je suis content »</i>	Je ressens parfois de la reconnaissance de la part de mes patients âgés	Ressentir la reconnaissance des patients âgés
<i>Comme ils se rendent des fois pas compte que heu... Que ils ont toujours fait ça et ils voient pas l'intérêt, ils disent « Oh pfff ça peut pas me faire de mal »</i>	Les modifications physiologiques nécessitant une adaptation des consommations d'alcool sont difficiles à entendre pour les patients âgés	Avoir des difficultés à faire comprendre le lien entre vieillissement physiologique et modification de consommation
<i>« Oh bah moi quand même j'aime bien mon petit verre d'apéro hein avec les copines ça me fait plaisir j'ai pas envie ! »</i>	Mes patients expriment une réticence à l'idée de modifier leur consommation d'alcool associée aux moments de convivialité	Entendre les réticences de l'arrêt d'une consommation d'alcool dans un contexte convivial
<i>Mais personne âgée j'aurais pas pensé plus de 65 ans, j'aurais pensé plus de 80 ans</i>	Ma définition de la personne âgée commence à 80 ans	Avoir sa propre définition du patient âgé : après 80 ans
<i>Parce que plus de 65 ans qui boivent trop là y en a qui boivent 5 ou 6 verres par jour je pense oui</i>	Je crée mes propres catégories de consommateurs en fonction de leur âge	Créer ses propres catégories de consommateurs : ceux de moins 80 ans consommant de façon plus massive que ceux de plus de 80 ans avec une consommation « traditionnelle »
<i>Y en a qui abusent</i>	Je juge les patients responsables de leur consommation excessive	Juger les patients responsables de leur addiction
<i>y en a qui ont la cirrhose et qui arrivent pas à arrêter quand même</i>	Je ne comprends pas les patients toujours consommateurs malgré des conséquences physiques	Stigmatiser les patients ayant des conséquences physiques en considérant qu'ils manquent de volonté

<i>c'est vrai que moi j'ai l'impression qu'ils sont encore jeunes à 65 ans je considère pas que c'est des personnes âgées</i>	Je ne considère pas le patient de 65 ans comme une personne âgée	Considérer le patient de 65 ans comme adulte
<i>mais là c'est difficile ceux qui sont vraiment heu... ceux qui ont vraiment heu... une consommation vraiment très importante</i>	Les patients qui me posent problème sont les patients que je catégorise comme « gros consommateurs »	Se sentir dépassé devant des patients dits « gros consommateurs »
<i>Là ils arrivent pas à arrêter, ils essayent de diminuer, ils rechutent, tu leurs conseilles d'aller voir le CSAPA en consultation.</i>	Quand je suis en difficulté, j'oriente le patient vers une structure spécialisée	Orienter les patients vers une structure spécialisée (CSAPA) en fonction de leur consommation
<i>Et ils veulent pas heu...</i>	Je me sens démunie devant des patients refusant une prise en charge spécialisée	Se sentir dépassé si les patients refusent le suivi spécialisé
<i>Ils sont souvent en plus dépressifs ou alors avec des troubles psychologiques plus graves</i>	Les patients que je considère comme « gros consommateurs » ont des troubles psychologiques associés	Lier troubles psychologiques et consommation importante
<i>C'est compliqué, oui y en a je me fais beaucoup de soucis pour eux, y en a qui vont pas bien du tout</i>	Je suis parfois inquiète pour mes patients « gros consommateurs »	Mettre de l'affect dans certaines relations médecin/patient

Annexe 6 : Fiche de consentement et information des participants

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Dans le cadre de notre travail de thèse de fin d'étude de DES de Médecine Générale, nous réalisons une **étude qualitative concernant l'abord de la problématique alcool chez la personne âgée auprès de médecins généralistes d'Occitanie.**

BUT DE L'ETUDE :

Recueillir les pratiques de médecins généralistes concernant l'abord de cette problématique chez la personne âgée en consultation.
L'objectif secondaire est d'échanger autour du ressenti de chacun face à cette problématique.

DEROULEMENT :

Etude qualitative par recueil d'entretiens individuels semi-dirigés enregistrés sur le sujet.
L'entretien sera enregistré sur un support sécurisé et les données recueillies seront ensuite analysées et rendues anonymes.
L'entretien se déroulera en face à face à la date et à l'heure qui vous conviendra, ainsi qu'à votre lieu de convenance.
La durée prévue de l'entretien est de 30 minutes environ.

PRECAUTIONS PARTICULIERES :

Les enregistrements seront conservés jusqu'à 2 ans à compter de la date de soutenance de la thèse puis définitivement détruits.
Traitement informatique des données personnelles.
Cette étude sera réalisée hors loi Jardé.
Cette étude a fait l'objet de formalités déclaratives réglementaires pour la protection des données personnelles auprès du délégué à la protection des données à caractère personnel (DPO) de l'Université et d'une soumission au comité d'éthique national du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

PARTICIPATION :

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et libre.

QUI SOMMES-NOUS ?

Nous sommes Justine VERJUX et Anna AIYECHOUCHE, internes en Médecine Générale au sein de la Faculté de Médecine de Rangueil à Toulouse.

Nos coordonnées :

justine.verjux@hotmail.fr 06 35 32 13 63
anna.aiyechouche@gmail.com 07 86 55 50 96

Directeur de thèse : Dr D. PIPONNIER

Co-directrice de thèse : Dr M. PUECH

Numéro enregistrement CNIL : 2022AA89 et 2022VJ88

PROMOTEUR DE L'ETUDE

Département Universitaire de Médecine Générale ; Faculté de Médecine de Toulouse Rangueil, 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex.

MENTIONS LEGALES

Toutes les données seront anonymisées et votre nom ne sera pas mentionné dans l'étude. Nous garantissons la confidentialité de votre entretien.

Si vous souhaitez obtenir la conclusion de notre thèse une fois sa rédaction terminée, cocher cette case.

Signature des deux chercheuses :

AIYECHOUCHE Anna



VERJUX Justine



Date et signature du médecin participant :

Annexe 7 : Tableau des caractéristiques des participants

	Sexe	Âge (en années)	Département	Ancienneté installation (en années)	Mode exercice	Formations additives	MSU ou non	Autre activité	Durée entretien (min)
M1	H	35	81	4	Semi rural, MSP, cabinet de groupe sur RDV uniquement	DU pédagogie à la maîtrise de stage	MSU	Non	20'30
M2	F	37	11	6	Semi rural, en cabinet de groupe, sur RDV uniquement	DU pédagogie à la maîtrise de stage	MSU	Non	22'03
M3	H	37	11	6	Rural, en maison de santé pluridisciplinaire (SISA multi sites), sur RDV exclusivement	DU pédagogie à la maîtrise de stage DU médecine préventive de l'enfance DU d'addictologie	MSU	1 journée toutes les 2 semaines en CSAPA	40'20
M4	H	64	09	35	Rural MSP RDV uniquement	DU pédagogie à la maîtrise de stage	MSU (ancien)	Médecin expertise assurance	30'18
M5	H	63	31	32	Urbain MSP RDV uniquement	DU pédagogie à la maîtrise de stage	MSU	Non	36'30
M6	H	58	31	28	Urbain MSP RDV uniquement	DU pédagogie à la maîtrise de stage Médecine du sport Urgentiste Médecine gériatrique	MSU	Non	26'16
M7	F	59	11	30	Semi-rural MSP RDV uniquement	DU pédagogie à la maîtrise de stage DU traumatologie du sport DU diabétologie	MSU	Non	22'51
M8	F	66	12	30	Semi-urbain RDV uniquement	DU d'addictologie	MSU	CSAPA Médecin volontaire pompier	55'30
M9	F	39	31	8	Urbain Cabinet de groupe RDV uniquement	DU pédagogie à la maîtrise de stage	MSU	Non	27'47

Annexe 8 : Questionnaire de dépistage SMAST-G

SMAST-G (Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric)

Mode d'emploi : les affirmations suivantes décrivent plusieurs comportements et problèmes qui peuvent apparaître lorsque l'on boit régulièrement de l'alcool. Pour chaque affirmation, vérifiez si elle vous concerne ou pas et cochez la réponse adéquate.

- | | | | |
|-----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Avez-vous déjà sous-estimé au moins une fois votre consommation d'alcool réelle lorsque vous en avez parlé à d'autres personnes ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. | Vous est-il arrivé de ne pas manger ou avez-vous été capable de sauter un repas parce que vous aviez pris quelques verres et n'aviez pas faim ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. | Est-ce que vous avez atténué vos tremblements en prenant quelques verres ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. | Avez-vous eu de la difficulté à vous rappeler des choses que vous aviez faites le jour ou la nuit parce que vous aviez bu ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5. | Avez-vous pris l'habitude de boire un verre pour vous détendre ou vous calmer les nerfs ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 6. | Avez-vous consommé de l'alcool pour oublier vos problèmes ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 7. | Avez-vous accru votre consommation d'alcool après avoir perdu quelque chose ou quelqu'un d'important ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 8. | Un médecin ou une infirmière vous a-t-il dit qu'il s'inquiétait de votre consommation d'alcool ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 9. | Avez-vous établi des règles pour maîtriser votre consommation d'alcool ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 10. | Avez-vous pris un verre parce que vous vous sentiez seul ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Total points:

Annexe 9 : Questionnaire de dépistage AUDIT

	0	1	2	3	4	score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou d'avantage lors d'une occasion particulière ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	non		oui, mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	non		oui, mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
TOTAL DES SCORES						

Si le total est ≥ 6 pour une femme ou ≥ 7 pour un homme, votre consommation de boissons alcoolisées présente vraisemblablement des risques pour votre santé. N'hésitez pas à en parler à votre médecin.

Annexe 10 : Questionnaire de dépistage CAGE – DETA

Le Test CAGE

Vous souhaitez évaluer si votre consommation d'alcool est problématique ou non ?

Nous vous proposons un outil simple comprenant seulement 4 questions : le test "CAGE" (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener).

Répondez simplement aux 4 questions suivantes :

1. Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool?
2. Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool?
3. Avez-vous déjà eu le besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme?
4. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool?

Résultats

- ▶ Si vous avez répondu "Oui" à une de ces questions, vous êtes à risque d'avoir des conséquences négatives liées à la consommation d'alcool.
- ▶ Si vous avez répondu "Oui" à au moins 2 questions, il est fort probable que votre consommation d'alcool soit excessive et problématique. Soyez vigilant(e), vous encourez de graves problèmes de santé.

Annexe 11 : Questionnaire de dépistage FACE

Questionnaire Face

1- A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais 0
- 1 fois par mois au moins 1
- 2 à 4 fois par mois 2
- 2 à 4 fois par semaine 3
- 4 fois par semaine ou plus 4

Points : ...

2- Combien de verres standard buvez-vous les jours ou vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 0
- 3 ou 4 1
- 5 ou 6 2
- 7 à 9 3
- 10 ou plus 4

Points : ...

3- Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

- Non 0
- Oui 4

Points : ...

4- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- Non 0
- Oui 4

Points : ...

5- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- Non 0
- Oui 4

Points : ...

TOTAL : ...

RESULTATS

Pour les hommes		Pour les femmes	
Moins de 5 points	risque faible ou nul	Moins de 4 points	risque faible ou nul
De 5 à 8 points	consommation excessive	De 4 à 8 points	consommation excessive
Plus de 8 points	dépendance probable	Plus de 8 points	dépendance probable

Annexe 12 : Affiche “Les personnes âgées et l’alcool” de la Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

Les personnes âgées et l’alcool



Quels risques courent les personnes âgées qui consomment de l’alcool?

Avec l’âge, et avec les changements à notre physiologie et notre situation de vie, boire de l’alcool devient plus risqué :

- Le corps transforme l’alcool plus lentement, et le taux d’alcoolémie augmente plus rapidement que par le passé.
- La perte de résistance, d’équilibre et de coordination peut augmenter le risque de chutes.
- L’alcool sert parfois à composer avec la solitude et l’isolement.
- L’alcool peut nuire à la mémoire et aux capacités cognitives.
- L’alcool et les médicaments ne font pas toujours bon ménage.

Votre consommation d’alcool vous inquiète? Demandez de l’aide à votre médecin ou à un autre professionnel de la santé qualifié.

Directives de consommation d’alcool à faible risque de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

Limites recommandées pour les adultes de plus de 65 ans :



- **POUR LES FEMMES**, au plus 1 verre standard par jour, sans dépasser 5 verres par semaine au total



- **POUR LES HOMMES**, au plus 1 ou 2 verres standards par jour, sans dépasser 7 verres par semaine au total

La réponse à l’alcool varie en fonction de l’âge, du poids et de l’état de santé. Lorsque vous atteignez les 70, 80 et 90 ans, envisagez de diminuer votre consommation en deçà de ces limites et peut-être même de vous abstenir complètement de boire, surtout si vous avez des problèmes de santé.

Dans ces directives, un « verre » correspond à

			
Bière	Cidre / cooler	Vin	Spiritueux <small>(ex. rye, gin ou rum)</small>
341 ml (12 oz) 5 % d’alcool	341 ml (12 oz) 5 % d’alcool	142 ml (5 oz) 12 % d’alcool	43 ml (1,5 oz) 40 % d’alcool



Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances
www.ccsd.ca
Détresse, Engagement, Résultats.



Canadian Coalition for Seniors’ Mental Health
Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé Publique France. BEH Santé Publique France. 2019 [cité 6 août 2024]. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/pdf/2019_5-6_2.pdf
2. Andler R, Quatremère G, Richard JB, Beck F, Viêt NT. BEH Santé Publique France. 2023 [cité 2 juin 2024]. Bulletin épidémiologique hebdomadaire : la consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/2/2024_2_1.html#:~:text=Depuis%20plusieurs%20d%C3%A9cennies%2C%20les%20consommations,8%2C0%25%20en%202021.
3. HAS. Fiche points clés - Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ? 16 févr 2022;15.
4. Santé Publique France. Santé Publique France. 2020 [cité 2 juin 2024]. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>
5. Insee. Insee. 2024 [cité 2 juin 2024]. Population par sexe et groupe d'âges : données annuelles 2024. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2
6. Insee. Insee. 2024 [cité 2 juin 2024]. Tableau de bord de l'économie françaises : Évolution et structure de la population. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/21_POP
7. Insee. Insee. 2024 [cité 2 juin 2024]. Espérance de vie à divers âges : données actuelles de 1994 à 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#tableau-figure1>
8. Santé Publique France. Santé Publique France. 2020 [cité 2 juin 2024]. De nouveaux repères de consommation d'alcool pour limiter les risques sur sa santé. Disponible sur:

- <https://www.santepubliquefrance.fr/import/de-nouveaux-reperes-de-consommation-d-alcool-pour-limiter-les-risques-sur-sa-sante>
9. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. HAS.2014 mis à jour 2021.pdf.
 10. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. *juill 2021;(80):47*.
 11. Couderc E. Représentations de la consommation d'alcool chez les plus de 65 ans : étude qualitative. [Paris]: Paris Diderot - Paris 7; 2010.
 12. Organisation mondiale de la Santé. Vieillesse et santé [Internet]. 2022 [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
 13. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie Société*. 2011;34 / 138(3):127-42.
 14. Lalive d'Épinay C, Spini D. Le grand âge : un domaine de recherche récent. *Gérontologie Société*. 2007;30 / 123(4):31-54.
 15. Paille F. 65. Personnes âgées et consommation d'alcool. In: *Traité d'addictologie* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2016 [cité 31 juill 2024]. p. 484-90. (Traités; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-p-484.htm>
 16. Marquette C, Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Vermeulen O, Vénisse JL. Sujets âgés et substances psychoactives : état des connaissances. *Psychotropes*. 2010;16(3-4):161-78.
 17. Vigne C. La dépendance alcoolique en gériatrie. *Gérontologie Société*. 2003;26 / 105(2):101-8.
 18. MENECHIER P. Les aînés et l'alcool. Erès. 2010. 232 p. (Pratiques gérontologiques).

19. Age et plaisir ? Un enquête Ipsos pour l'institut du bien vieillir Korian [En ligne] Ipsos. Novembre 2013 ; 25 pages [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.snptv.org/wp-content/uploads/2014/01/veilles-713-592.pdf>
20. DREES. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées : premiers résultats de l'enquête EHPA 2019 [En ligne]. Etudes et résultats n°1237. 2022. 8 pages [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>
21. Masson E. EM-Consulte. 2014 [cité 31 juill 2024]. L'alcool en établissement pour personnes âgées. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/875094/l-alcool-en-etablissement-pour-personnes-agees>
22. Masson E. EM-Consulte. 2010 [cité 31 juill 2024]. La consommation d'alcool en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/274600/la-consommation-dalcool-en-etablissement-dhebergement>
23. SMAST-G (Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: https://www.addictions-et-vieillessement.ch/files/content/pdf-fr/smastg_f.pdf
24. Galbrun G. Repérage du risque alcool chez les plus de 65 ans par une borne interactive: étude de faisabilité [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2011.
25. AUDIT [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/PDF/Alcool_QuestAUDIT.pdf
26. Stop A. www.Stop-alcool.ch. 2021 [cité 31 juill 2024]. Le test « CAGE » -. Disponible sur: <https://www.stop-alcool.ch/fr/evaluez-votre-consommation-en-savoir-plus/le-test-cage>
27. FACE [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/PDF/Alcool_QuestionnaireFACE.pdf

28. Naegle M. Screening for alcohol use and misuse in older adults: using the Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version. *The American Journal of Nursing*. 2008;108.
29. Infodrog Suisse. Addictions et vieillissement. [cité 31 juill 2024]. Vieillissement et addictions. Disponible sur: <https://www.addictions-et-vieillissement.ch/>
30. Liegard A. Repérage du mésusage chez les personnes âgées par les médecins généralistes. [Rouen]: Faculté de Médecine de Rouen; 2012.
31. Barthes A. Quelle est la perception des patients présentant un trouble de l’usage de l’alcool concernant leur repérage en médecine générale ? Étude qualitative auprès de patients des Alpes Maritimes et du Var. 26 avr 2024;41.
32. Jourdain E. Représentations et freins au repérage et à la prise en charge du mésusage d’alcool chez les personnes âgées en soins premiers. Université de Paris-Est Créteil Val de Marne; 2018.
33. Gangbè M, Ducharme F. Le « bien vieillir » : concepts et modèles. *médecine/sciences*. 1 mars 2006;22(3):297-300.
34. Département de l’Aude. aude.fr. [cité 31 juill 2024]. Je souhaite bénéficier du service de transport à la demande | Département de l’Aude. Disponible sur: <https://www.aude.fr/je-souhaite-beneficier-du-service-de-transport-la-demande>
35. Les solutions de transport [Internet]. 2024 [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/undefinedpreserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/les-solutions-de-transport?searchInput=castelnaudary>
36. HAS. Recommander les bonnes pratiques. 2022. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS : secteur des personnes âgées.
37. Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux. Intervenir auprès des personnes âgées consommatrices d’alcool dans une logique de réduction des risques (RDR). 2023.

38. Structure Régionale d'Appui et d'Expertise addictologie Pays de La Loire. SRAE Addicto. 2023. Guide pratique pour la formation RPIB alcool tabac cannabis « seniors ».
39. Creairos O. Activité des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) d'Occitanie. 2020.
40. Association Addictions France. Observatoire sur les pratiques des lobbies de l'alcool. France; 2024 févr p. 30. Report No.: 2023.
41. Fache A. Campagnes de prévention annulées : l'exécutif au garde-à-vous devant le lobby de l'alcool - L'Humanité [Internet]. 2023 [cité 6 août 2024]. Disponible sur: <https://www.humanite.fr/societe/addictions/campagnes-de-prevention-annulees-lexecutif-au-garde-a-vous-devant-le-lobby-de-lalcool>
42. Dry January : le ministère de la santé botte en touche sur le mois sans alcool. 13 déc 2023 [cité 6 août 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/12/13/dry-january-le-ministere-de-la-sante-botte-en-touche-sur-le-mois-sans-alcool_6205631_3224.html
43. France Culture [Internet]. 2024 [cité 6 août 2024]. Pourquoi le gouvernement ne soutient pas le « Dry January » ? Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/un-monde-connecte/pourquoi-le-gouvernement-ne-soutient-pas-le-dry-january-5511788>
44. Association Addictions France. Loi Evin et réseaux sociaux – Association Addictions France [Internet]. [cité 6 août 2024]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/presentation/respect-loi-evin/loi-evin-et-reseaux-sociaux/#:~:text=Cette%20loi%20de%20sant%C3%A9%20publique,de%20prot%C3%A9ger%20les%20publics%20jeunes.>
45. République française. pour les personnes âgées. 2022 [cité 31 juill 2024]. Consommation d'alcool : avec l'âge, des risques accrus pour la santé. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/undefinedpreserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/consommation-d-alcool-avec-l-age-des-risques-accrus-pour-la-sante>

46. Santé Publique France, République française, Alcool Info Service. Alcool Info Service. 2024 [cité 31 juill 2024]. Alcool : 5 précautions à prendre après 65 ans | Alcool Info Service. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/sinformer-et-evaluer-sa-consommation/alcool-et-sante/alcool-5-precautions-prendre-apres-65-ans>
47. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées [En ligne]. Les personnes âgées et l'alcool. 1 page [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-12/CCSA-Alcohol-and-Older-Adults-Poster-2020-fr.pdf>
48. Educ alcool. L'alcool et les aînés [En ligne] Alcool et santé. 2016 mise à jour en 2020. 12 pages [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.educalcool.qc.ca/wp-content/uploads/2019/10/Lalcool-et-les-a%C3%AEn%C3%A9s.pdf>
49. USDA. Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025. 2020;164.
50. Revue Médicale Suisse. Enjeux et perspectives médicales de la consommation d'alcool chez la personne âgée [Internet]. 2007 [cité 6 août 2024]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-118/enjeux-et-perspectives-medicales-de-la-consommation-d-alcool-chez-la-personne-agee>
51. Canada S. ARCHIVÉE - Meilleures pratiques - Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues [Internet]. 2003 [cité 6 août 2024]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/alcool-prevention-drogues/meilleures-pratiques-traitement-readaptation-personnes-ainees-problemes-attribuables-consommation-alcool-autres-drogues.html>

RÉSUMÉS

AUTEURS : Anna AIYECHOUCHE, Justine VERJUX

TITRE : Abord de la problématique alcool chez la personne âgée : étude qualitative auprès de médecins généralistes en Occitanie

DIRECTEURS DE THESE : Dr David PIPONNIER, Dr Marielle PUECH

RÉSUMÉ :

Introduction : En France, les décès imputables à l'alcool chez la personne âgée sont estimés à 30 000 par an, faisant de la consommation d'alcool un problème majeur. Le médecin généraliste, par son statut de premier recours, est le pilier du dépistage de cette problématique.

L'objectif principal était de comprendre les attitudes et pratiques des médecins généralistes concernant l'abord de la problématique alcool chez la personne âgée en Occitanie. L'objectif secondaire était d'identifier des solutions et pistes d'amélioration à apporter aux médecins généralistes concernant l'abord de la problématique alcool chez la personne âgée en Occitanie.

Méthode : Réalisation d'une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 9 médecins généralistes installés en Occitanie entre novembre 2022 et mai 2024 inclus par échantillonnage raisonné. Analyse réalisée par deux chercheuses et inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : La théorisation dégage deux grands axes de pratique : les stratégies d'abord utilisées par les médecins généralistes (communication et contexte de dépistage) et les actions entreprises devant un dépistage positif (comprendre et quantifier la consommation, adresser ou non au second recours) dans une approche centrée patient. Ces deux catégories sont influencées par des facteurs intrinsèques au médecin généraliste (ses connaissances et compétences, son expérience professionnelle, ses représentations personnelles) et des facteurs extrinsèques liés par exemple à la politique de santé, à l'absence de second recours spécifique à la personne âgée ou à la relation liant le patient et son médecin.

Discussion : Le dépistage de la consommation d'alcool chez la personne âgée est réalisé par le médecin généraliste, parfois moins régulièrement que chez l'adulte et influencé par les représentations de ce dernier sur cette problématique, notamment la notion de dernier plaisir et par sa propre définition de la personne âgée. Le médecin généraliste doit réaliser ce dépistage dans un contexte de manque de politique de prévention et en l'absence de second recours adapté aux patients âgés. Tous ces éléments compliquent sa pratique. Plusieurs pistes d'amélioration peuvent être proposées comme la création de consultations en addictologie dédiées aux personnes âgées, des campagnes de prévention à destination du grand public ou encore une formation universitaire et au sein des bassins d'exercice des médecins installés pour favoriser la pluridisciplinarité locale.

SUMMARY :

Introduction: In France, deaths attributable to alcohol among the elderly are estimated at 30,000 per year, making alcohol consumption a major problem. The general practitioner (GP), by his status of first recourse, is the pillar of screening of this problem.

The main aim was to understand the attitudes and practices of GPs regarding the approach of alcohol problem among the elderly in Occitanie. The second objective was to identify solutions and ways for improvement to provide to GPs regarding the approach of alcohol problem among the elderly in Occitanie.

Method: Use of a qualitative method through nine semi-directed interviews of GP based in Occitanie from November 2022 to May 2024. The analysis has been carried out by two researchers, based on a grounded theory approach.

Results: The grounded theory approach identifies two main lines of practice: strategies of approach used by GPs (communication and screening context) and the actions undertaken further to a positive screening (understanding and quantifying consumption, referring or not to second recourse) in a patient-centered approach. These two categories are influenced by intrinsic factors to the GP (his knowledge and skills, professional experience and personal representations) and extrinsic factors like health policy, the absence of second recourse specific to the elderly or the relationship between the patient and his GP.

Discussion: Screening for alcohol consumption in the elderly is carried out by the GPs, sometimes less regularly than in adults and influenced by their representations, like the notion of last pleasure for elderly and by their own definition of them. The GPs must realize this screening in a context of lack of prevention policy and in the absence of second recourse adapted to elderly. All these elements complicate their practice. Several ways of improvement can be proposed such as the creation of addiction consultations dedicated to the elderly, prevention campaigns for general public and university training and within the practice areas of established doctors to promote local multidisciplinary.

MOTS CLES: « alcool », « personne âgée », « médecin* général* »

KEY WORDS: « alcohol », « elderly », « general practitioner », « general medicine »

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil, 133 route de Narbonne, 31400 Toulouse, France.