

Diplôme universitaire d'alcoologie

Université de Lyon

**Evaluation de la prévalence de la consommation  
d'alcool chez les patients d'un établissement  
privé : propositions d'action.**

Enquête réalisée auprès de 600 patients hospitalisés à l'Infirmierie  
Protestante à Caluire dans le Rhône, au cours du mois d'avril 2009

Mémoire présenté et soutenu le 22 septembre 2009

Marie Jo Ogier Lizée

Infirmière

Année 2008- 2009

Faculté de médecine de Lyon

I. Introduction

II. Définition du mésusage d'alcool

III. Rappel des risques de l'alcoolisme chronique

III. 1 Complications digestives

III. 2 Cancers

III. 3 Complications neuropsychiatriques

III. 4 Hématomes

III. 5 Troubles cardio vasculaires

III. 6 Conséquences nutritionnelles

IV. Méthodologie

V. Résultats

V. 1 Courrier aux médecins

V. 2 Enquête auprès des patients

V. 3 Données générales

V. 4 Situation médicale

V. 5 Situation personnelle et familiale

V. 6 Situation sociale et professionnelle

VI. Regard des soignants

VII. Analyse du déroulement de l'enquête

VIII. Analyse des résultats et perspectives

IX. Conclusion générale

X. Bibliographie.

## XI. Annexes

- Annexe 1 :

Répartition des différentes variables de l'enquête croisées avec le mésusage d'alcool sous forme de graphes en bâtons.

- Annexe 2 :

Questionnaire patients

Questionnaire personnel du service ambulatoire de l'IP.

Courrier.

- Annexe 3 :

Mini mémoire

## **GLOSSAIRE**

AVC : accident vasculaire cérébral.

CDA : consommation déclarée d'alcool.

DU : diplôme universitaire

HTA : hypertension artérielle.

IDE : infirmière diplômée d'état.

IP : infirmerie protestante.

MDP : myocardiopathie dilatée primitive.

OMS : organisation mondiale de la santé.

ORL : Oto rhino laryngologie.

SIPO : soins intensifs post opératoires.

USIC : unité de soins intensifs cardiologiques.

VADS : voies aérodigestives supérieures.

## I. INTRODUCTION

Le nombre de décès imputable à l'alcool s'élève à 40 000 par an en France, dont environ la moitié liés aux cancers des voies aérodigestives supérieures (VASD) pour lesquels la consommation de tabac est également en cause, aux cirrhoses du foie et à la psychose et dépendance alcoolique mais aussi, aux accidents vasculaires cérébraux (AVC), à certaines pathologies cardiaques, au cancer du sein.(1) Ainsi devant une telle constatation, la prise en charge de l'alcoolisme ne peut plus se limiter aux soins de la pathologie somatique par les personnels médicaux et paramédicaux mais elle doit s'étendre à une médecine prenant en compte l'individu dans sa globalité.

L'Infirmierie protestante (IP) située 1-3, chemin du Penthod à Caluire dans le Rhône, est une clinique privée gérée par une association loi 1901 à but non lucratif.

Cet établissement avec ses 183 lits d'hospitalisation à spécialités médicales et chirurgicales : digestive, ORL, gynécologique, urologique, orthopédique, cardio vasculaire, a le souci de la prise en charge des conduites addictives avec la mise en place d'une consultation de tabacologie en mai 2007 et son adhésion au réseau « Hôpital sans tabac ». La mise en œuvre pour la prise en charge de la consommation abusive d'alcool en est à son début avec le financement d'une IDE de l'IP pour un DU d'alcoologie, cette année 2008/2009.

Alors que les enquêtes montrent la fréquence d'une consommation excessive parmi les patients de l'IP, la mise en place de ce sondage et sa réalisation ont révélé la réticence des soignants à aborder le sujet de la consommation d'alcool avec les patients. Pourtant, cette récente prise en charge des conduites addictives a déjà prouvé son efficacité. Cette approche a fait l'objet de notre travail ciblé aux services d'urgence, dans le mini-mémoire présenté en février.

L'objectif du travail en cours est de poursuivre cette étude et de faire un état des lieux sur le profil des consommateurs excessifs d'alcool parmi les patients hospitalisés à travers une enquête sur un nombre conséquent de personnes.

Nous avons également souhaité mesurer l'implication des infirmières sollicitées en tant que relais pour la distribution et la collecte des formulaires auprès des malades. Pour cela, nous leur avons demandé de répondre à quelques questions.

Afin de comprendre les risques du mésusage de l'alcool, nous en donnons une définition et nous exposons un bref rappel concernant les méfaits de l'alcoolisation chronique. Ensuite, ce document présente la méthodologie choisie qui est fondée sur une enquête anonyme distribuée par nos soins à 483 patients, 117 ayant été distribuées en plus, par les infirmières du service des ambulatoires, aux patients hospitalisés pour une journée. Les principaux résultats sont ensuite exposés et analysés et permettent de proposer des voies de progression devant conduire à aborder le patient buveur excessif avec moins d'appréhension et de faire des propositions de soins.

## II. Définition du mésusage d'alcool

Il existe trois catégories de mésusage :

- L'usage à risque :

Il s'agit de toute conduite d'alcoolisation, ponctuelle ou régulière, qui associe une consommation supérieure aux « seuils » définis par l'OMS (Pour les consommations ponctuelles : pas plus de 4 verres standard en une seule occasion, pour les consommations régulières : pas plus de deux verres standard par jour pour les femmes en dehors de la grossesse, pas plus de trois verres standard par jour pour les hommes et au moins un jour par semaine sans aucune boisson alcoolisée). Ces consommateurs à risque n'ont pas subi de dommages médicaux, psychologiques ou sociaux mais sont susceptibles d'en induire à court, moyen ou long terme. Ce comportement inclut également ceux qui ont un risque individuel particulier (conduite de véhicules, grossesse).

- L'usage nocif :

Il s'agit de toute conduite d'alcoolisation qui associe l'existence d'au moins un dommage qu'il soit d'ordre médical, social ou psychologique sans être dépendant. Ces consommateurs à problème se définissent selon les dommages induits et non par les seuils de l'OMS.

- L'usage avec dépendance :

Il s'agit de toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de la consommation avec une dépendance physique qui provoque un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal de la consommation et une dépendance psychique qui provoque une pulsion à consommer des boissons alcoolisées pour en retrouver les effets. (2)

### **III. Rappel des principales complications de l'alcoolisation chronique.**

L'énumération des pathologies engendrées par l'alcool est large et il est aisé de retrouver l'une ou l'autre de ces pathologies parmi nos patients. Cette énumération non exhaustive détaille des maladies évocatrices d'un usage nocif de l'alcool. De nombreuses maladies suggèrent aussi une consommation nocive d'alcool, par exemple AVC, anxiété, dépression, hémorragie digestive.

#### **III.1 Complications digestives.**

##### **Foie alcoolique :**

La surcharge graisseuse est la plus fréquente des lésions alcooliques du foie et régresse en quelques semaines d'abstinence.

L'hépatite alcoolique est due à un processus inflammatoire et nécrotique du foie d'origine alcoolique.

La cirrhose du foie est le stade évolutif et irréversible de l'alcoolisme.

L'abstinence est toujours favorable quel que soit le stade de la maladie.

##### **Pancréatites aiguës et chroniques.**

Elles surviennent chez des sujets plus jeunes.

#### **III.2 Cancers.**

Les cancers ayant une relation la plus probable avec la consommation d'alcool sont les cancers des VADS et du foie ensuite viennent ceux du sein, du colon et du rectum.

#### **III.3 Complications neuropsychiatriques.**

Elles concernent les sujets relativement jeunes, ayant 50 ans au plus, présentant une alcoolisation importante.

##### **Troubles cognitifs.**

On constate des troubles cognitifs plus ou moins importants au cours de l'alcoolisation chronique : atteinte de la mémoire, de l'attention, de la concentration, de la flexibilité intellectuelle, entre autre. La régression est plus ou moins rapide selon les fonctions après sevrage : 1 à 2 semaines pour l'apprentissage verbal ou moteur, plusieurs mois voire des années pour la mémoire.

##### **Les encéphalopathies alcooliques dites carentielles :**

- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke : un état confusionnel, une ophtalmoplégie et une ataxie (troubles de la marche, de l'équilibre et de la station debout).
- Le syndrome de Korsakoff fait souvent suite à l'encéphalopathie décrite précédemment. Ses troubles sont l'amnésie, la désorientation temporospatiale, la fabulation, des fausses reconnaissances.

- L'atrophie cérébelleuse provoque une position debout instable, une marche difficile.
- L'atrophie cérébrale = démence alcoolique, aboutit à un syndrome démentiel complexe.

### **Les poly neuropathies alcooliques.**

Elles touchent les membres inférieurs de façon symétrique avec dysesthésie, crampes nocturnes, sensations de pieds froids. Ceci peut être associé à des troubles sensitifs, moteurs, une atteinte des réflexes ostéotendineux. Sans abstinence, elle peut évoluer jusqu'à l'état grabataire.

### **Épilepsie.**

La consommation d'alcool pendant de nombreuses années peut entraîner une épilepsie alcoolique.

#### **III.4 Hématomes.**

Ils surviennent après une chute et sont des complications fréquentes de l'alcoolisme.

#### **III.5 Troubles cardiovasculaires.**

##### **L'hypertension artérielle.**

L'augmentation s'observe surtout à partir de 20g/jour, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Chez l'homme, une consommation de 3 à 5 verres par jour augmente de 50% le risque d'hypertension artérielle (HTA) tandis que chez la femme une consommation de 3 verres par jour suffit à doubler le risque d'HTA.

##### **Troubles du rythme.**

L'alcoolisation aiguë favorise la survenue de troubles du rythme, le plus souvent bénins. Des consommations massives peuvent provoquer des troubles du rythme plus graves, notamment ventriculaires, parfois responsables de mort subite. Le risque relatif de mort subite chez les consommateurs de plus de 6 verres par jour serait de 1.7 par rapport aux non buveurs

##### **Myocardiopathie dilatée primitive.**

L'alcool est un facteur de risque puissant de la myocardiopathie dilatée dite primitive (MDP). Cette affection apparaît pour des consommations importantes, supérieures à 60g/jour et chroniques, pouvant générer une insuffisance cardiaque. L'abstinence permet d'obtenir une régression de la symptomatologie, parfois spectaculaire.

##### **Mortalité cardiovasculaire.**

Une courbe en J décrit la relation entre la consommation d'alcool et la mortalité cardiovasculaire globale. Une consommation modérée aurait un effet antiagrégant et anti athéromateux.

### **III.6 Conséquences nutritionnelles.**

#### **Dénutrition protéino-énergétique.**

Les états de dénutrition sont le plus souvent dus à des épisodes d'alcoolisation massive empêchant une alimentation normale ou à des problèmes d'ordre sociaux et économiques.

La dénutrition est observée aussi chez les patients atteints de troubles organiques tels que la pancréatite ou cirrhose.

#### **Vitamines.**

La carence en vitamine est incontestable chez le malade alcoolique, particulièrement pour les vitamines B1, B6, B12, vitamines antioxydantes, A et E.

Une hospitalisation est un moment propice pour proposer une information et effectuer une intervention brève, voire même une prise en charge de sevrage alcoolique. (2)

## **IV. Méthodologie.**

Notre étude s'est appuyée sur des enquêtes réalisées auprès de tous les patients hospitalisés assortie d'une réflexion sur le regard des soignants sur l'abord du sujet « alcool » auprès des patients. Les détails du déroulement de la procédure qui s'est passée sur une période de 23 jours seront exposés.

### **IV. 1 Lieu de l'étude :**

L'infirmierie protestante de Caluire, près de Lyon, comprend 204 lits d'hospitalisation dont :

- 119 lits de chirurgie cardiaque, générale, digestive, gynécologique, ORL, ophtalmologique, orthopédique, stomatologique, thoracique, urologique, vasculaire.
- 52 lits de médecine dont 4 de soins palliatifs.
- 12 lits de réanimation.
- 6 lits d'unité de soins intensifs cardiaques (USIC).
- 6 lits de soins intensifs post opératoires (SIPO).
- 13 lits de chirurgie ambulatoire.
- 8 places d'hospitalisations à temps partiel.

L'infirmierie protestante assure une consultation de tabacologie.

### **IV.2 Population étudiée :**

Une enquête anonyme a été réalisée pendant une période se situant entre le 30 mars et le 21 avril 2009 auprès des patients hospitalisés. Les patients des services de réanimation et d'USIC ont été exclus de l'enquête ainsi que ceux qui n'avaient pas les conditions requises pour répondre à ce questionnaire :

- Les enfants,
- Les malades trop fatigués,
- Les patients en examen ou au bloc opératoire,
- Les personnes étrangères ne parlant et n'écrivant pas le Français,
- Les patients qui ont refusé,
- les patients atteints de maladie d'Alzheimer,
- Les patients handicapés et gênés pour écrire,

- Les personnes qui ont été hospitalisées plusieurs fois pendant cette période, ont été interrogées une seule fois.

#### **IV. 3 Le questionnaire :**

Un questionnaire (cf. annexe 2) a été élaboré à l'intention du patient hospitalisé :

**Il est segmenté en deux parties principales :**

a/ profil général du patient :

- Sexe,
- Age,
- Motif d'hospitalisation,
- Profession,
- En activité ou non,
- Situation familiale.

b/ habitudes de consommation d'alcool :

- Questionnaire FACE dont les scores seuils sont les suivants :

Hommes :

- Score inférieur à 5 : risque faible ou nul
- Score de 5 à 8 : consommation excessive
- Score supérieur à 8 : suspicion de dépendance

Femmes :

- Score inférieur à 4 : risque faible ou nul
- Score de 4 à 8 : consommation excessive
- Score supérieur à 8 : suspicion de dépendance.

Un score supérieur à 4 pour les femmes et à 5 pour les hommes indique un mésusage.

Une dernière question concernait la consommation de tabac et/ou autres substances.

Ce questionnaire était éclairé par une définition du verre standard équivalent à 10g d'alcool pur.

**Un autre paragraphe est réservé (cf. annexe 2) à l'attention des infirmières du service ambulatoire :**

- La démarche a-t-elle été facile ?
- A-t-elle été réalisée par tout le monde ?
- Une question ouverte sur le ressenti de la démarche.

#### **IV. 4 Mise en place et déroulement de l'enquête :**

Les enquêtes se sont déroulées en plusieurs étapes :

- Au cours d'une rencontre avec M. Frédéric HENRY, Directeur de soins infirmiers et M. Thierry DEGOUL, directeur de l'Infirmierie protestante, j'ai pu présenter mon projet et mon questionnaire. J'ai obtenu leur approbation sous réserve de l'accord des médecins pour que leurs patients soient questionnés sur leur consommation d'alcool.
- Un courrier (cf. annexe 3) a été adressé à tous les médecins. L'enquête leur a été présentée et leur autorisation pour mener à bien cette enquête auprès de leurs patients, a été demandée sous forme de coupon-réponse à remettre à Madame Valérie Lopez, secrétaire.
- Une note d'information sur la réalisation de ces enquêtes a été établie à l'attention de Mesdames Fagot, Laurencin, Goutelle, Lacharnay, Petit, Delaire, Perraud, infirmières cadres des services concernés par l'intermédiaire de M. Frédéric Henry, Infirmier général de l'IP.
- Les enquêtes ont été distribuées par mes soins lors d'une rencontre individuelle avec chaque patient au cours de laquelle je leur ai expliqué ma démarche. Je suis venue chaque soir à l'IP, pendant quatre semaines, pour visiter chaque patient entrant, sauf le samedi.
- En service de médecine ambulatoire, Madame Goutelle et les infirmières du service se sont chargées de distribuer et de collecter les enquêtes (117) aux patients qui sont hospitalisés à la journée.
- La collecte des enquêtes s'est faite par le dépôt de celles-ci dans la boîte aux lettres de l'enquête de satisfaction de chaque service.
- 600 enquêtes ont été distribuées.

« L'enquête Personnel » a été distribuée à chacune des infirmières du service ambulatoire et déposée dans une boîte mise à disposition dans le service.

#### **IV. 5 Analyse statistique des données :**

Le travail a été fait en collaboration avec une spécialiste des traitements statistiques.

Les patients ont rempli chacun un questionnaire.

Pour chacun des questionnaires, les données ont été saisies sous tableur Excel, puis retraitées sous Excel à l'aide des fonctions de calcul, de tri et de filtre. Cette étape a permis de repérer d'éventuelles erreurs de saisies et de les corriger à l'aide des questionnaires-papiers.

Des "tris à plat" ont été réalisés sur chacune des questions, c'est-à-dire que l'on a étudié la répartition des variables. Cela nous a mené notamment à créer de nouvelles variables utiles à l'analyse, à l'aide des variables initiales correspondant aux réponses saisies : découpage en tranches de variables quantitatives telles que l'âge, analyse des questions à réponse libre en repérant les réponses les plus fréquentes, ...

Enfin des croisements ont été effectués à l'aide des tableaux croisés dynamiques d'Excel entre différentes variables de nos bases. Ces croisements sont illustrés à l'aide des graphiques associés aux tableaux croisés dynamiques d'Excel : des graphes en bâtons. En particulier, la variable du score de dépendance à l'alcool a été croisée avec les autres variables de la base. Cette étape a permis d'étudier le lien entre chacun des facteurs étudiés et le niveau de dépendance à l'alcool. Le test du Khi2 a été utilisé sur certaines variables pour tester l'indépendance de ces variables croisées avec le score de dépendance.

### **Test du Khi2 :**

Le test du Khi2 permet de déterminer si deux variables sont indépendantes ou si elles sont liées.

On observe d'une part les effectifs réels sur notre base d'étude, dans chaque cellule du tableau croisant les deux variables.

On calcule d'autre part des effectifs théoriques qui seraient observés dans les cellules de ce tableau si les deux variables étaient parfaitement indépendantes.

Dans notre cas, si la variable étudiée, par exemple le type de pathologie, est parfaitement indépendante du score de dépendance (positif ou non) à l'alcool, la proportion de patients avec un score positif serait identique quelque soit le type de pathologie et donc égale à la proportion observée sur la base d'étude complète.

Le test du Khi2 calcule d'abord une valeur appelée Khi2 en additionnant les différences entre les valeurs réelles et les valeurs théoriques. La formule qui donne cette valeur est :

$$X^2 = \sum \sum \frac{(A_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Où  $A_{ij}$  est l'effectif réel de la i-ème ligne et la j-ème colonne

Et  $E_{ij}$  est l'effectif théorique dans la i-ème ligne et la j-ème colonne

Si les deux variables sont indépendantes, cette valeur est égale à 0.

A l'inverse, plus cette valeur est grande, plus les deux variables semblent liées entre elles.

Le test du Khi2 compare la valeur obtenue à une valeur de référence, tenant compte du nombre lignes et de colonnes, ainsi que du niveau d'erreur acceptable (dans notre étude 5%).

Si la valeur obtenue dépasse la valeur de référence, on considère que les variables sont indépendantes.

Si la valeur obtenue est inférieure à la valeur de référence, on considère que les variables sont liées entre elles.

## **V. Résultats.**

### **V.1 Courrier aux médecins.**

15 médecins sur 100 ont répondu positivement à mon courrier à l'aide du coupon réponse et 85 n'ont pas répondu ce qui m'autorisait à faire l'enquête auprès de leurs patients (cf. courrier aux médecins). L'un d'entre eux, ayant répondu positivement, a émis une réserve pour que les patients hospitalisés pour un sevrage alcoolique ne soient pas soumis à cette enquête. Aucun patient n'a été dans cette situation pendant la période de prospection.

Au final, les enquêtes ont pu être réalisées sans réserve.

### **V.2 Enquêtes auprès des patients.**

L'enquête anonyme auprès de 600 patients hospitalisés a été réalisée pendant la période du 30 mars au 21 avril 2009.

Pendant la période de sondage, 667 patients ont été hospitalisés dans les services d'hébergement. Les patients du service ambulatoire ont également été sollicités, mais le nombre total de patients de ce service durant la période considérée est inconnue. Le total de patient potentiel était donc de  $667 + X$ . Il est à noter que ce mois d'avril a connu un ralentissement d'activité dû aux vacances scolaires.

Parmi la totalité des hospitalisés, 184 patients ont été directement exclus de l'étude pour les différentes raisons citées au chapitre 2, « population étudiée ».

21 patients ont refusé de répondre à l'enquête alors qu'ils sont en difficulté avec leur consommation d'alcool. Après vérification de leur dossier médical, il s'avère que leur pathologie est directement liée à un usage nocif d'alcool ou une alcoolodépendance.

Au final, 600 dossiers ont été distribués dont 117 enquêtes par les infirmières du service ambulatoire.

L'objectif de 600 dossiers distribués a donc été atteint, il aurait pu être dépassé car il a été constaté que ce questionnaire n'a pas été systématiquement proposé aux malades du service ambulatoire. Les raisons de cette non-distribution seront débattues dans le paragraphe concernant l'implication du personnel de l'IP.

### **V.3 Données générales :**

Le retour a concerné 365 réponses sur 600 soit un taux de réponses de 60.83%.

*Ce taux de retour est à comparer avec celui des enquêtes de satisfaction dans l'établissement qui est de l'ordre de 30%. Il est le signe d'un bon accueil de notre démarche sur un sujet difficile.*

Sur les 365, un patient se déclare abstinent depuis 1 mois, 86 patients sont positifs au test FACE et 278 négatifs à ce même test. Pour la suite du traitement des données, nous avons exclu le patient abstinent et nous avons gardé un échantillon significatif de 364 patients.

#### **Réponse au test FACE**

Le pourcentage de patients positifs au test FACE s'élève à 23.62%, correspondant à 18.68% (68 patients) de patients en usage nocif d'alcool et 4.94% (18 patients) alcoolo dépendants.

*Le questionnaire FACE est recommandé par la fédération des acteurs de l'alcoologie pour apprécier la consommation d'alcool, suivi d'une intervention brève si besoin. (3) De plus, La dernière enquête nationale faite en 2000, par l'OFDT, un jour donné dans les hôpitaux et auprès des médecins généralistes, révèle que 20% des patients ont une consommation excessive d'alcool (4). Nos résultats reflètent donc la situation d'une période de 24 jours à l'IP et s'avèrent être complètement comparables avec cette dernière enquête qui remonte à presque 10 ans.*

#### **Autres consommations**

Il est apparu que 20 patients soit 23.25% des patients positifs fument en parallèle du tabac. Parmi ces personnes, 4 indiquent aussi fumer du cannabis et 1 personne consommer un ensemble de substances : cocaïne, cannabis, héroïne. Ces chiffres sont indicatifs et ne reflètent pas forcément la réalité. (Annexe n°1)

*Une étude réalisée par le Docteur Henri-Jean AUBIN, indique que parmi la population alcoolique, 79% sont fumeurs dont 85% d'hommes et 65% de femmes et 9% sont ex fumeurs. (5)*

#### V.4 Situation médicale.

Parmi les 364 patients interrogés, la plupart se regroupe autour des 5 spécialités suivantes qui correspondent à 89.5 % des patients :

	Echantillon global	Echantillon positif au test FACE
Digestif	28.0 % (102 patients)	19.60% (20 patients)
Cardiologie	22.3 % (81)	25.92% (21)
Urologie	17.0 % (62)	30.64% (19)
Médecine	11.5 % (42)	26.19% (11)
Vasculaire	10.7 % (39)	12.82% (5)
autres spécialités (*)	10.4 % (38)	20%,20%, 66.66%, 50%. (10)
total	100% (364)	23.62% (86)

\*gynécologie, ophtalmologie, ORL, orthopédie, pneumologie. Pourcentages respectifs dans l'ordre des spécialités décrites ci contre.

Tableau n° 1 : Répartition des patients selon leur pathologie. (Annexe n°1)

*Nous n'avons pas pu vérifier si cette répartition par pathologie était représentative de l'activité globale de l'IP. Au vu du pourcentage de réponse, il est fort probable qu'elle en est proche.*

Pour les 86 patients positifs, la répartition est sensiblement identique pour l'ensemble des spécialités :

*L'absence de différence de répartition des pathologies entre la population globale et la population positive est a priori attendue puisqu'il n'existe pas de pathologie spécifique liée à la consommation toxique d'alcool. On parle dans la littérature de « l'aspécificité » des pathologies liées à l'alcool (6).*

## V.5 Situation personnelle et familiale

### Sexe :

Parmi la population générale de l'échantillon des 364 patients, on dénombre 26.9 % de femmes (98 patients) et 73.1 % d'hommes (266 patients). Ces pourcentages sont à comparer avec ceux des 86 patients positifs, où on dénombre 20.9 % de femmes versus 79.1 % d'hommes.

Parmi la population féminine de l'échantillon, 18.36% sont détectées positives au test FACE versus 25.56% pour la population masculine. (Annexe 1)

*Les données actuelles indiquent que les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool que ce soit en fréquence et quantité consommée d'une manière générale, en ivresse et en consommation problématique (7). Nos données ne reflètent pas ces différences ce qui tendrait à démontrer que les patients masculins n'ont pas tous répondu avec sincérité.*

### Age :

La fourchette des âges de nos sondés varie entre 19 et 87 ans. Nous avons fait le choix du découpage plus et moins de 65 ans compte tenu du fait qu'actuellement une personne est considérée « âgée » à partir de 65 ans.

Ces deux groupes de patients sont sensiblement identiques. En effet, 49.17% des patients (179) ont moins de 65 ans versus 50.82% (185) plus de 65 ans. Pour les 86 patients positifs au test, la répartition est quasiment identique puisque 47.67% ont plus de 65 ans et 52.32% moins de 65 ans.

De plus, parmi le premier groupe de patients de moins de 65 ans, 25.14% sont positifs versus 22.16% pour le deuxième groupe des plus de 65 ans. (Annexe 1)

*Si le problème de la consommation d'alcool a l'opportunité d'être évoqué chez les jeunes et les personnes en activité, la consommation des personnes âgées est plus ignorée que celle de leurs cadets(8).*

### Situation familiale :

Parmi la population générale de l'échantillon, 20.3% des patients vivent seuls. Ils sont presque 4 fois plus, 79.7%, (soit 290 patients) à vivre en couple ou chez leurs parents. Parmi les 86 patients positifs au test FACE, la répartition est de 24.41% et 75.58% pour les personnes vivant seules ou non respectivement.

On observe que 28.38% de ceux qui vivent seuls sont positifs versus 22.4% de ceux qui ne vivent pas seuls. (Annexe1)

Pour la situation des personnes ne vivant pas seules, il est intéressant de comparer leur répartition (tableau n° 2). Une petite tendance semblerait montrer que les divorcés et les célibataires sont légèrement plus positifs au test FACE, néanmoins, si on se place sous l'angle purement mathématique, ces différences s'avèrent ne pas être significatives (test du Khi2).

	Nbre de patients dans chaque groupe (% / nbre total de patients)	Nbre de patients positifs dans chaque groupe (% / Nbre total de patients dans chaque groupe)
En couple	263 (72.25%)	56 (21.29%)
Célibataire	40 (10.98%)	12 (30%)
Divorcé	33 (9.06%)	12 (36.36%)
Veuf	28 (7.69%)	6 (21.42%)
Nbre total de patients	364 (100%)	86 (23.62%)

Tableau n° 2 : Répartition des situations des personnes ne vivant pas seules

*Très peu d'études ont été réalisées sur l'influence de la situation familiale sur la consommation d'alcool. Une étude faite aux Etats Unis affirme que les personnes mariées ont davantage tendance à boire régulièrement que les personnes non mariées. Cette différence serait liée au comportement social de ces deux catégories de personnes(9).*

#### **V.6 Situation sociale et professionnelle**

La situation sociale des personnes se répartit selon trois groupes : actifs, retraités, inactifs dont la répartition par rapport à la population totale est respectivement de 37.63% (137 patients), 57.69% (210 patients) et 4.67% (17 patients). La figure ci-dessous illustre parfaitement que les retraités et les inactifs, chercheurs d'emploi et les « sans profession », constituent un groupe largement majoritaire (62.36%).

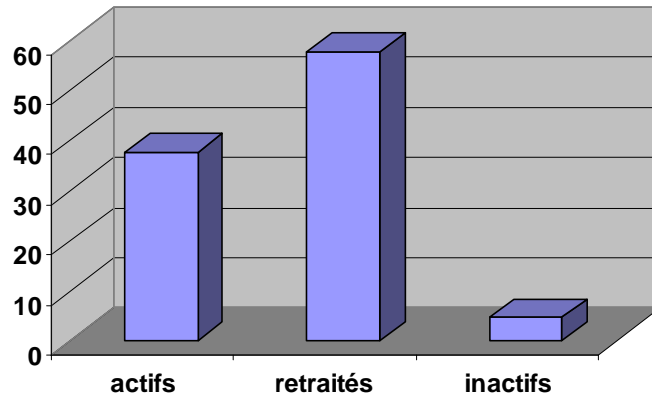


Figure n° 1 :

Dans le groupe des « actifs », la population positive au test FACE est de 24.8 % à comparer à 22.9% pour le groupe des « non actifs ». (Annexe 1)

*Une étude japonaise récente (23/04/2009) décrit une l'augmentation de l'alcoolisme chez les personnes retraitées qui ont consacré toute leur vie au travail et qui éprouvent des difficultés à bâtir des projets pour le reste de leurs jours. Sans s'en rendre compte, ils ont tendance à devenir dépendants à l'alcool. (10). Nos résultats ne montrent pas la même tendance.*

## **VI. Regard des soignants**

### **Service de chirurgie ambulatoire**

Ce service comporte 13 infirmières dont 11 ont reçu le questionnaire intitulé « Vos impressions ». Seuls 8 retours ont été obtenus et il est assez surprenant de constater que seules 6 réponses au final sont exploitables.

- Question 1 : « est ce que cette démarche a été facile ? »
  - o réponse « oui » : 5
  - o réponse « non » : 1
  - o sans réponse : 0
  
- Question 2 : « Avez vous été bien reçu par les patients ? »
  - o réponse « très bien » : 4
  - o réponse « bien » : 1
  - o sans réponse : 1
  
- Question 3 : « Avez vous distribué des enquêtes ? »
  - o réponse « oui » : 6
  - o réponse « non » : 0
  - o sans réponse : 0
  
- Commentaires :
  - o Il n'y a aucune gêne pour parler de l'alcool avec les patients,
  - o Cela semble naturel d'effectuer ce genre d'enquêtes à la clinique,
  - o Le but de cette enquête a pu être présenté aux malades,
  - o Cette démarche a été une occasion intéressante d'aborder la question des habitudes de vie avec les patients,
  - o Des doutes sont émis sur la sincérité avec laquelle sont remplis les questionnaires.

Madame Thérèse Goutelle, infirmière cadre de ce service ambulatoire, relatait que certaines infirmières n'étaient pas suffisamment à l'aise avec le sujet pour distribuer des enquêtes.

### **Personnel des services d'hébergement**

D'une manière générale, ils ne se sont pas portés volontaires pour distribuer des sondages aux patients, malgré mes propositions.

*D'après la DHOS(11), les équipes soignantes, face à des patients en manque de substances psycho actives, présentent souvent une disponibilité et une formation insuffisantes. Ces patients risquent d'être en situation de rejet ce qui ne favorise pas l'alliance thérapeutique pour faire une proposition de soins.*

*Notre enquête révèle une faible motivation des équipes soignantes, on peut s'interroger sur la possibilité d'attitude de rejet dans certaines situations pour le personnel de l'IP.*

## VII. Analyse du déroulement de l'enquête.

La présente enquête avait pour objectif d'évaluer et de cerner le profil des patients concernés par l'usage nocif ou l'alcoolisme dépendance dans le cadre de la clinique protestante. Un état des lieux a donc été réalisé avec d'une part une enquête auprès des patients et d'autre part une prise en compte du ressenti des soignants face à ce sujet.

Ce projet qui fait suite à une précédente étude sur le tabagisme (cf mémoire de DU) et qui en reprend l'esprit s'est cependant heurté à certaines limitations qui n'avaient pas été observées lors de l'enquête sur le tabac.

Ces limites ont concerné la mise en place du projet lui-même. Bien que la direction de l'infirmierie protestante soit partie prenante, y compris financièrement, de ce projet, il s'est avéré que le souhait de cette dernière était tout d'abord de limiter le champ d'investigation que nous avions préalablement envisagé. Après discussion, le périmètre souhaité a été validé, mais les discussions ont été le signe que ce sujet sur l'alcool reste encore un peu tabou.

En effet, la banalisation de la consommation, le haut niveau de consommation français (11 litres d'alcool pur par an et par personne), le poids culturel et une certaine méconnaissance de la clinique alcoologique, y compris dans le milieu médical, ont longtemps entretenu un trou noir sociologique entre la consommation conviviale et festive et l'image négative de l'alcoolique. (6) Ceci entraîne une difficulté majeure à aborder ce sujet.

Les réticences des personnels soignants, détectées d'une part dans les non-réponses à leur propre questionnaire et, d'autre part, par un manque de motivation pour relayer le questionnaire destiné aux patients confirme cette première analyse. Plusieurs justifications sont avancées comme par exemple, que des patients soignés en secteur privé ne doivent pas être importunés par des questions concernant leur consommation d'alcool.

La constitution de notre questionnaire a elle aussi été contrainte par les attitudes plutôt négatives vis à vis des questions. Ainsi, contrairement au questionnaire sur l'étude du tabac, le questionnaire sur l'alcool n'a finalement pas comporté de questions ouvertes à visées psychologiques ou de questions sur un éventuel sevrage qui aurait impliqué une dépendance assumée à l'alcool.

Le caractère anonyme du questionnaire a été en revanche un choix initial pour laisser un plus grand espace de vérité aux réponses, l'alcoolique étant en général dans le déni (8).

En outre, le questionnaire a été aussi simplifié car la fatigue de certains patients n'aurait pas permis un aussi bon retour des enquêtes.

## VIII. Analyse des résultats et perspectives :

Les données recueillies doivent être évaluées avec discernement. En effet il peut s'avérer que les réponses au test FACE conduisent à une interprétation erronée. Ainsi, on peut s'interroger sur les 13 femmes, patientes de l'IP, ayant obtenu un score de 4 au test FACE. Sont-elles réellement en usage nocif ? Il leur aura suffi de répondre positivement à la question « buvez-vous de l'alcool plus de 4 fois par semaine ? » pour qu'elles obtiennent ce score qui est aussi celui qu'obtiendrait une femme ne buvant pas plus de deux verres par jour avec un jour de la semaine au moins sans alcool, comme le recommande l'OMS.

A l'inverse, nous avons constaté que 21 patients ont refusé de répondre au questionnaire. La consultation de leur dossier médical a montré qu'ils étaient en usage nocif voire même alcool dépendants.

Sur un plan quantitatif, les résultats de notre enquête tendent à démontrer qu'environ 20% des patients de l'IP étaient en usage nocif voire même alcool dépendants au moment de notre étude. Celle-ci ayant eu lieu sur une période de seulement 24 jours, il ne nous est pas possible d'extrapoler ce chiffre à des périodes plus longues. Il n'en demeure pas moins que ce pourcentage significatif est assez élevé et qu'il pose un problème de santé publique qui n'est ni pris en charge ni même abordé lors des hospitalisations.

Un des points marquants de notre enquête est aussi l'impossibilité de déterminer un profil type d'un patient en usage nocif que ce soit sous l'angle des situations familiale ou professionnelle, de l'âge ou du sexe. Si cette constatation est attendue pour les trois premiers items, il est en revanche connu que les femmes sont 3 fois moins nombreuses à consommer de l'alcool de manière excessive (1). Nos résultats ne confirment pas cette tendance probablement du fait de la réserve sur le test FACE proposée ci-dessus. On a également dit que les messieurs étaient moins francs.

De même, il n'existe pas de corrélation entre les pathologies et l'usage nocif d'alcool comme attendu. Ceci est directement expliqué par le caractère aspécifique des maladies engendrées par l'alcool. (6)

Il est intéressant également de souligner que notre enquête confirme que la dépendance touche autant les moins de 65 ans que les plus de 65 ans. Ceci pose le problème de l'alcoolisme des personnes âgées. Des études montrent une augmentation de leur sensibilité à l'alcool à cause d'une vulnérabilité physiologique (14). Par sentiment de honte, bien des personnes concernées refusent de voir leur problème d'alcool. Ceci est souvent banalisé et beaucoup disent « je ne bois pas plus qu'avant », cela est vrai mais en vieillissant, à partir de 50 ans, l'alcool est moins bien supporté avec un effet délétère plus grand (12). De plus, il est constaté une espérance de vie qui se prolonge au delà de 65 ans avec pour de nombreuses personnes âgées une vie active au delà de 80 ans. Des experts affirment également que le problème de l'alcoolisme va augmenter dans l'avenir du fait du vieillissement démographique, il y aura toujours un plus grand nombre de personnes âgées et isolées. Dans notre société, on observe une tendance à l'isolement.

Il s'avère donc que la médecine ne doit plus ignorer le problème de l'alcool chez les personnes âgées d'autant plus que cela entraîne des états pathologiques tels que l'insomnie, les chutes à répétition, les épisodes de confusion. (8)

Tous nos résultats reflètent la difficulté de détecter les personnes ayant un problème d'alcool sachant qu'il est rare qu'un patient consulte par lui-même pour cette question. Une hospitalisation est donc une occasion à ne pas manquer pour aborder ce sujet.

### **Propositions :**

Celles-ci sont simples et pragmatiques et s'articulent autour de 2 axes :

#### **– Le repérage :**

Le repérage des consommations excessives d'alcool est le seul moyen d'éviter les pathologies liées à l'alcool sans qu'il y ait dépendance. La moitié de la mortalité liée à l'alcool concerne les non dépendants. Pour conseiller les consommateurs excessifs et les aider à réduire leur consommation et les risques qui en découlent, il faut les repérer précocement. (13)

Des épidémiologistes ont montré qu'un entretien faisant préciser en « verres » la consommation de la semaine précédente est un bon reflet de la consommation réelle. Actuellement, l'entretien d'accueil de tous patients entrant à l'IP comporte la question: « combien de verres buvez-vous ? ». Force est de constater que cette rubrique n'est pas toujours remplie, les explications peuvent être un manque de temps ou bien une certaine résistance à aborder ce sujet de la part du personnel soignant. De plus, il manque la notion de nombre de verres par semaine pour obtenir une mesure de consommation déclarée d'alcool (CDA).

Nous proposons donc de revoir les questions de l'entretien d'accueil, en concertation avec les infirmières, pour y introduire notamment le nombre de verres par semaine. Le repérage pourra ainsi être amélioré et permettre l'ouverture d'un dialogue sur le sujet. Cette suite consiste alors à :

- resituer le résultat du repérage en utilisant un discours empathique,
- expliquer le risque alcool, basé sur les seuils risque édictés par l'OMS (à partir de trois verres par jour pour les hommes et 2 verres par jour pour les femmes, avec un jour sans alcool dans la semaine et pas plus de 4 verres par occasion de boire).
- donner la définition du verre standard équivalent à 10g d'alcool pur, lequel suscite en général beaucoup d'intérêt,
- définir la notion de réduction de consommation,
- aider le patient à trouver sa propre stratégie pour y parvenir (il s'agit d'une aide, il faut impérativement laisser le choix car le patient doit faire un chemin motivationnel et reste le premier acteur de sa santé),

- être à l'écoute de toute forme de demande de soins,
- remettre un livret sur l'alcool, contenant toutes ces explications.

D'après la littérature, ce type d'intervention peut conduire à une réduction de la consommation en dessous des seuils de risque dans 10 à 50% des cas (13), il est donc important d'assurer cette fonction de repérage. Pour ce faire, la formation du personnel médical s'avère indispensable.

**- La formation :**

Il est indispensable de renforcer la sensibilité des professionnels de santé afin d'obtenir un changement de regard des soignants, un savoir-être et un savoir-faire dans l'accueil des patients ayant des conduites addictives.

Les objectifs d'une dynamique de formation consistent à apprendre à repérer une consommation nocive d'alcool, à dialoguer avec le patient sur les risques encourus, à proposer une réduction de consommation ou un projet de soin et à l'orienter vers des structures de prise en charge. Sur ce dernier point, la connaissance des réseaux de soins locaux voire régionaux est indispensable afin de faire des propositions concrètes.

Le contenu de cette formation rappellerait des connaissances de base sur l'usage excessif, l'usage nocif et l'alcool-dépendance. Des éléments complémentaires sur le concept de l'addiction, les pratiques cliniques de soins, l'utilisation de test de dépistage du mésusage et la connaissance du réseau de soin local seraient un plus.

D'un point de vue pratique, ceci pourrait s'obtenir via une formation formelle organisée par le service de formation continue ou bien d'une manière plus informelle par l'intermédiaire d'une personne alcoologue. (11)

## **IX. Conclusion générale:**

Comme toutes les addictions, l'alcoolisme peut toucher toute catégorie de personnes. Les raisons profondes sont d'après les études les plus récentes (15) la conséquence d'un traumatisme primaire, survenu avant l'âge de deux ans et demi ou pendant la grossesse ou bien encore faisant suite à un héritage transgénérationnel. C'est ensuite un facteur déclenchant, à l'adolescence ou à l'âge adulte à l'occasion d'un événement de la vie (divorce, deuil par exemple) qui conduit la personne à combler un manque, en se réfugiant dans une pratique addictive.

Le tabac et l'alcool sont les addictions les plus répandues et leurs effets ont un impact non négligeable sur la santé publique ce qui a nécessité une prise de conscience et une politique de santé des pouvoirs politiques et sanitaires. Ces dernières se sont traduites par de nombreuses lois et décrets dont nous pouvons voir aujourd'hui l'application dans notre vie quotidienne.

Dans ce contexte, la mission du milieu hospitalier vis à vis de ces addictions ne peut plus être restreinte aux seuls traitements somatiques de ces addictions mais doit intégrer des actions préventives devant permettre le repérage, le conseil et éventuellement l'orientation.

Pour le tabac, il existe de nombreuses directives qui incitent les établissements à aller dans cette démarche. En revanche, pour l'alcool, la feuille de route est beaucoup moins claire et paraît moins incitative. Cette prudence est certainement due au caractère encore tabou du sujet « alcool », y compris chez les professionnels de santé.

L'Infirmierie Protestante de Caluire (Rhône) a souhaité avoir une démarche proactive à travers le soutien de l'étude dont les résultats confirment la présence significative de patients en mésusage d'alcool au sein de la clinique et une certaine appréhension des personnels de santé vis à vis de ce sujet. Ce double constat nous a amené à proposer des actions concrètes autour de la formation et de la sensibilisation pour changer le regard des soignants sur les personnes touchées par l'alcoolisme. En effet, leur prise en compte en tant que personnes souffrantes psychologiquement et non comme des personnes dénuées de volonté, entièrement responsables de leur pathologie doit permettre d'éviter le rejet et de faciliter un dialogue propice au repérage. C'est ensuite à partir de ce repérage que pourra se construire une alliance thérapeutique qui pourra faciliter un changement de comportement.

## **X. Annexes :**

- Annexe 1 :

  - Répartition des patients selon leur consommation de tabac

  - Répartition des patients selon leur consommation de substances psycho actives

  - Répartition des patients selon leur pathologie

  - Répartition des patients selon leur sexe

  - Répartition selon leur âge

  - Répartition des patients selon leur situation familiale

  - Répartition des patients selon leur situation professionnelle et sociale

- Annexe 2 :

  - Questionnaire patients

  - Questionnaire personnel

  - Courrier aux médecins

- Annexe 3 :

  - Mini mémoire

## **XI. Bibliographie.**

- (1). INPES. Drogues et dépendances. Livre d'information, état des connaissances mars 2007.
- (2). LEJOYEUX M. Addictologie. P. 86 et P. 76 à 81. Novembre 2008.
- (3) Docteur Patrick FOUILLAND. Président de la F3A. 5/12/2003.
- (4). Enquête alcool. Sources nationales. Données statistiques. Site internet de l'OFDT. Enquête un jour donné dans les hôpitaux et auprès des médecins généralistes. 2000.
- (5). Docteur Henri-Jean AUBIN, président de la société Française de tabacologie. L'arrêt du tabac chez les alcooliques. Centre de traitement des addictions à l'hôpital Emile Roux de Limeil-Brévannes.
- (6). Paul KIRITZE-TOPOR et JY. BENARD. Le malade alcoolique. P. 48. Mars 2005.
- (7). Site internet : Etats généraux de l'alcool. Décembre 2006
- (8). . Dominique HUAS. Abord clinique des malades de l'alcool en médecine générale. Mai 2008.
- (9). Robin ROOM, université de Californie. Etats Unis. Evaluation et répartition de la consommation d'alcool et des problèmes qui en résultent dans une population. 1974.
- (10). Courrier international du 23 avril 2009.
- (11). DHOS. Guide des bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie. Décembre 2003.
- (12). Alcool et vieillesse. Alcoweb.
- (13). Philippe Michaud, Anne Violaine Dewost, Patrick Fouilland. « Boire moins c'est mieux »
- (14). Alcool assistance. Mars 2009. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. Lausanne 2005.
- (15). Daniel SETTELEN. Les addictions répondent elles toutes à la même souffrance ? 2003