



Thèse

2025

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Buvez-vous vraiment un seul verre de vin par jour ? Une étude transversale sur la consommation d'alcool déclarée par les patients en comparaison avec celle observée par leurs proches

Erbs, Daniela Maria

How to cite

ERBS, Daniela Maria. Buvez-vous vraiment un seul verre de vin par jour ? Une étude transversale sur la consommation d'alcool déclarée par les patients en comparaison avec celle observée par leurs proches. Doctoral Thesis, 2025. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:182558

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:182558>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:182558](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:182558)



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE

Section de médecine Clinique,
Département Médecine interne

Thèse préparée sous la direction du Professeur Daniel Genné

**" Buvez-vous vraiment un seul verre de vin par jour? Une
étude transversale sur la consommation d'alcool déclarée
par les patients en comparaison avec celle observée par
leurs proches"**

Thèse
présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine
par

**Daniela Maria ERBS
(MUELLER)**

de

Ansbach (Allemagne)

Thèse n° 11265

Genève

La présente thèse de doctorat a été élaborée sur la base d'une publication originale.
« Do you really drink a single glass of wine a day ? A cross-sectional study on self-reported and next-of-kin observed alcohol consumption »
Journal of Substance Use, le 08.05.2024

DOCTORAT EN MEDECINE

Thèse de :

Daniela Maria ERBS (MUELLER)

originaire de Ansbach (Allemagne)

Intitulée :

**Buvez-vous vraiment un seul verre de vin par jour? Une
étude transversale sur la consommation d'alcool
déclarée par les patients en comparaison avec celle
observée par leurs proches**

La Faculté de médecine, sur le préavis du Comité directeur des thèses, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par-là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 9 janvier 2025

Thèse n° **11265**

Antoine Geissbühler

Doyen



N.B. - La thèse doit porter la déclaration précédente et remplir les conditions énumérées dans les "Informations relatives à la présentation des thèses de doctorat à l'Université de Genève".

Table des matières

- Introduction..... 1
- Résumé de l'étude 4
 - Méthodes 4
 - Résultats..... 7
- Discussion..... 8
 - Limitations de l'étude 14
 - Conclusion 15
- Bibliographie..... 16
- Annexe..... 22

Introduction

La présente thèse de doctorat a été élaborée sur la base d'une publication originale avec le titre « Do you really drink a single glass of wine a day ? A cross-sectional study on self-reported and next-of-kin observed alcohol consumption », publiée dans le Journal of Substance Use le 08.05.2024.

L'alcool est la deuxième drogue la plus consommée dans notre société et l'une des principales causes de décès prématuré (Kilian et al., 2020, Poznyak et Rekke, 2018). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), environ 3 millions de décès par ans sont dus à une consommation d'alcool à risque (WHO, 2021). On estime qu'environ 3 à 4 % de la population suisse présente un trouble lié à la consommation d'alcool (Kuendig, 2010, Bundesamt f. Gesundheit, 2021 a) et que le taux chez les patients hospitalisés est encore plus élevé, atteignant jusqu'à 20 à 25 % (Doering-Silveira et al., 2014, Shu-I et al., 2006, Reynaud et al., 1997).

La consommation d'alcool a été identifiée comme un facteur de risque important pour les maladies chroniques (Rehm et al., 2009). Les effets d'une surconsommation d'alcool chronique sur la santé sont largement connus. La consommation d'alcool augmente le risque de maladies cardiovasculaires, des maladies hépatiques et de divers cancers, ainsi que l'obésité, le diabète et des troubles mentaux (Chakrabarti et al., 2024). L'abus d'alcool augmente également le risque de blessures et d'accidents, ainsi que la transmission des maladies sexuellement transmissibles et d'infection par le VIH en raison de l'association à des pratiques sexuelles dangereuses (Schuckit, 2009).

Selon un rapport commandé par l'Office fédéral suisse de la santé publique, environ 35'260 admissions annuelles dans les hôpitaux suisses sont dues à une dépendance à l'alcool ou à une intoxication alcoolique aiguë (Wicki & Schneider, 2019). En 2020, 66'178 patients hospitalisés présentaient un abus d'alcool ou des troubles liés à l'alcool comme diagnostic principal ou secondaire (MonAM, 2020). Ainsi, le traitement des patients atteints de maladies liées à l'alcool représente une part importante dans les prises en charge hospitalières quotidiennes.

Malgré ces taux de prévalence élevés, il semble que la majorité des problèmes d'alcool ne soient pas détectée ou traitée pour des raisons différentes, comme par exemple un dépistage insuffisant (Carvalho et al., 2019).

Mitchell et al. (2012) a fait une méta-analyse de 48 études, dont 39 études sur le trouble de l'usage de l'alcool, afin d'examiner la capacité des cliniciens à identifier systématiquement les patients avec des problèmes d'alcool. Ils ont montré que la sensibilité diagnostique des médecins généralistes et hospitalier est plutôt faible. Ils ont trouvé une sensibilité de 41.7%

pour les généralistes et 52.4% pour les médecins hospitaliers. Même les professionnels de la santé mentale n'ont identifié que 54,7 % des patients avec un trouble d'abus d'alcool (Mitchell et al., 2012).

Aalto et al. (2003) ont examiné entre autres l'activité des professionnels de la santé en Finlande, concernant l'interrogation des patients sur leur consommation d'alcool. Ils ont montré que seulement 19% des patients étaient questionnés sur leurs habitudes de consommation pendant l'année passée et même les patients avec une forte consommation d'alcool n'ont été interrogés dans seulement 30 % des cas sur leurs habitudes de consommation (Aalto et al., 2003).

Dans les soins ambulatoires, un dépistage insuffisant pose un grand problème, car les patients sous-diagnostiqués ne bénéficient pas du soutien nécessaire. En milieu hospitalier, c'est surtout la problématique aiguë qui joue un rôle. Après l'entrée à l'hôpital, de nombreux patients suspendent temporairement leur consommation d'alcool. D'une part en raison de la maladie elle-même, d'autre part parce que l'accès aux boissons alcoolisées est plus difficile à l'hôpital. Cet arrêt soudain de consommation d'alcool comporte le risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique (Sachdeva, 2015, Maldonado et al., 2015).

Jusqu'à 50 % des personnes présentant des antécédents de forte consommation d'alcool au long court ressentent un certain degré de sevrage lorsqu'elles cessent de consommer (Wood et al., 2018, Goodson et al., 2014, Schuckit, 2009, Hall et Zador, 1997).

Le syndrome de sevrage alcoolique augmente la durée du séjour à l'hôpital et comprend les risques de complications (Maldonado 2017, Rehm et al., 2010, Tønnesen et al., 1999). Le délire lié au sevrage d'alcool est une urgence médicale mettant en danger la vie du patient et nécessite un traitement immédiat (Alexiou et King, 2023).

A côté des conséquences somatiques du sevrage alcoolique, il ne faut pas négliger les conséquences psychiques. Le délire alcoolique nécessite souvent une fixation physique en plus de la sédation médicale, afin de protéger le patient contre lui-même ainsi que son environnement, ce qui implique une intrusion importante dans la vie privée du patient. De plus, un patient en sevrage alcoolique aigu représente un surplus de travail important pour l'équipe médicale et soignante qui le suit. Alors que les ressources des hôpitaux sont déjà limitées, un patient en état de sevrage aigu peut signifier que la prise en charge des autres patients n'est plus assurée de manière adéquate.

Le problème principal dans la vie quotidienne est la difficulté d'évaluer la consommation d'alcool réelle des patients. En général, lors de l'admission des patients aux urgences, le temps manque pour une anamnèse détaillée, ce qui nécessite une évaluation rapide, basée sur l'anamnèse personnelle, l'étude des dossiers et l'évaluation clinique.

Afin de minimiser le risque de développement d'un sevrage alcoolique, une prophylaxie médicamenteuse du sevrage, généralement à base de benzodiazépines, est souvent mise en place dès qu'un patient potentiellement consommateur d'alcool à risque doit être hospitalisé.

L'objectif est d'éviter un sevrage et une prise en charge compliquée du patient dès son arrivée, en acceptant les effets secondaires indésirables de la sédation, tels que le risque de chute ou les complications respiratoires. On peut supposer que, par crainte des conséquences d'un sevrage alcoolique manifeste, plusieurs patients sont surtraités en raison de l'absence d'informations correctes et crédibles sur leur consommation réelle d'alcool.

Il est donc très important d'estimer au mieux la consommation d'alcool du patient, afin d'assurer un dépistage et un traitement adéquat de sevrage. Malheureusement, la dissimulation de la quantité consommée fait partie de la maladie, ce qui complique la prise en charge de ces patients (Stockwell et al., 2004).

Les professionnels de la santé sont souvent confrontés à cette dissimulation. Ainsi, j'ai réfléchi à la façon d'améliorer et faciliter l'estimation de la consommation d'alcool de ces patients avec une consommation d'alcool à risque et qui nécessitent une hospitalisation.

Il a été retenu que les proches, vivant dans le même foyer que le patient, pourraient probablement être des observateurs plus fiables de la consommation d'alcool réelle.

La comparaison entre l'anamnèse personnelle et l'anamnèse par un proche (hétéro-anamnèse) de la consommation d'alcool a été évaluée dans des études antérieures avec des résultats mitigés.

L'étude de Connors et Maisto (2003) a comparé la fiabilité et la précision des déclarations des consommateurs d'alcool versus celle des proches et a conclu qu'il existe une corrélation généralement modérée ou élevée.

En revanche, Kane et al. (2019) ont mis en évidence une différence significative entre l'auto-déclaration et la déclaration du partenaire sur la consommation d'alcool chez les couples en Afrique. Dans l'hétéro-anamnèse la déclaration de consommation était plus haute.

La corrélation entre l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse pour des patients hospitalisés a également été étudiée.

Donovan et al. (2004) ont examiné la différence entre l'auto-déclaration et la déclaration par un proche concernant le test AUDIT chez les patients d'un centre de traumatologie. Dans cette étude les proches ont indiqué un plus grand nombre de symptômes de dépendance que les patients. Dans cette recherche, la quantité d'alcool consommée n'a pas été étudiée.

Graham et Jackson (1993) ont étudié la concordance entre l'estimation de la consommation d'alcool du patient et celle d'un proche chez des patients ayant subi un infarctus du myocarde, sans montrer de différence significative en ce qui concerne la fréquence et la quantité de consommation.

Chermack et al. (1998) ont interrogé des patients hospitalisés en médecine ainsi qu'un de leur proche sur la consommation d'alcool du patient, sans montrer de différence significative entre les deux déclarations.

Dans la littérature existante actuelle, il y a peu de données concernant la comparaison entre la consommation d'alcool auto-déclarée et la consommation observée par les proches des patients admis dans un service de médecine générale.

Ainsi l'objectif de l'étude qui constitue la base de cette thèse était d'évaluer la différence entre l'anamnèse des patients et l'estimation par leurs proches concernant la consommation d'alcool, en lien avec des patients ayant une consommation d'alcool à risque et nécessitant une prise en charge stationnaire en médecine interne.

Le but était d'améliorer la prise-en charge des patients avec une consommation d'alcool à risque et par conséquent un risque de sevrage pendant l'hospitalisation, en essayant d'améliorer l'estimation de la consommation réelle d'alcool et en évitant ainsi le sous et le surtraitement de ces patients.

En outre, le fait de parler des habitudes de consommation d'alcool avec les patients et leurs proches peut permettre de se concentrer sur le problème chronique de l'alcoolodépendance, qui affecte souvent l'ensemble de la vie familiale. Au cours de cet essai clinique, j' ai eu l'occasion d'aider les patients concernés et leurs proches à faire face à la dépendance à l'alcool en leur donnant des adresses appropriées pour obtenir un soutien professionnel.

Résumé de l'étude

Méthodes

L'étude est une étude observationnelle transversale multicentrique qui a été menée dans deux centres secondaires suisses : le centre hospitalier Bienne, qui traite environ 14'000 hospitalisations par an, et l'hôpital de La Chaux-de-Fonds, qui traite environ 17'000 hospitalisations par an. La période d'inclusion était comprise entre 03/2017 et 05/2019. L'étude a été approuvée par les comités d'éthique de Berne et de Vaud-Neuchâtel. Tous les

participants ont reçu des informations écrites et orales et ont signé un formulaire de consentement éclairé.

La réalisation de l'étude était la suivante :

Des patients qui se présentaient aux urgences pour n'importe quelle raison et nécessitaient une prise en charge stationnaire ont été évalués selon les critères d'inclusion. Ceux-ci comprenaient une consommation d'alcool à risque, la nécessité d'une hospitalisation et un âge de 18 ans ou plus.

Une consommation d'alcool à risque a été définie par un dépistage AUDIT-C positif (Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, Alter und Sucht, 2021), des informations dans les dossiers médicaux (antécédents d'intoxication alcoolique ou de maladie associée, comme par exemple la pancréatite, la cirrhose ou la polyneuropathie) des résultats ou signes cliniques parlant en faveur d'une maladie hépatique, de consommation d'alcool ou de sevrage (Chevalley et al., 2015).

Les patients ne parlant pas le français ou l'allemand, ou incapables de comprendre le contenu de l'étude, ou n'ayant pas de parenté vivant sous le même toit ou lui rendant fréquemment visite, ont été exclus. D'autres critères d'exclusion étaient l'impossibilité de donner un consentement au long terme, l'incapacité de communiquer, avoir un âge inférieur à 18 ans, ou être enceinte. Les patients en état d'intoxication alcoolique aiguë à l'admission et donc incapable de donner leur consentement ont été temporairement inclus dans l'étude s'ils étaient d'accord, mais devaient confirmer leur consentement le lendemain. S'ils infirmaient leur participation, ils étaient exclus. Les patients ont été inclus dans l'étude qu'après avoir obtenu l'accord et le consentement éclairé de leur parenté.

L'investigateur a administré un premier questionnaire au patient le jour de son admission. Ce questionnaire permet d'interroger le patient sur sa consommation d'alcool de la semaine précédente jour par jour, l'outil AUDIT- C (voir annexe) et une estimation du patient sur la façon dont son parent estimerait son score AUDIT C. L'AUDIT-C (Babor et al., 2001) est noté sur une échelle de 0 à 12 ; 0 signifie aucune consommation et plus le score est élevé, plus le patient est susceptible de souffrir d'une consommation d'alcool à risque. Il s'agit de l'outil de dépistage privilégié pour la consommation d'alcool à risque, défini par un score de >3 pour les hommes et de >2 pour les femmes. La "dernière semaine" a été définie comme la dernière semaine où le patient était dans son état de santé normal, avant l'épisode actuel de maladie, afin d'éviter le facteur de confusion consistant à boire moins pendant la maladie. Toutes les déclarations concernant la consommation d'alcool devaient être faites en unités standard (US). Les participants ont reçu une liste détaillée de différentes boissons alcoolisées de tailles et de pourcentages différents. Si un patient avait des difficultés à

convertir en US, il pouvait décrire la taille exacte et le pourcentage de volume de la boisson, afin que nous puissions calculer la teneur en alcool en termes US. Deux ou trois jours après l'admission à l'hôpital, le patient a rempli le même questionnaire.

Pendant l'hospitalisation, un proche du patient, vivant sous le même toit ou lui rendant fréquemment visite, a été invité à participer à l'étude. Ce parent était généralement le premier contact du patient en cas d'urgence. Les proches qui présentaient eux-mêmes des signes évidents de dépendance à l'alcool, comme par exemple un foetor éthylique ou d'autres signes d'intoxication alcoolique aiguë lors de la présentation, ont été exclus de la participation. Après avoir signé le consentement éclairé, ils ont reçu un questionnaire unique, similaire à celui reçu par le patient.

Durant le séjour hospitalier, nous avons relevé si le patient a été traité avec des benzodiazépines pour le risque ou les symptômes de sevrage alcoolique. Tous les participants se sont vu offrir un soutien professionnel concernant l'abus d'alcool. Bien que l'étude n'ait pas exigé la mesure du taux d'alcoolémie à l'admission, toute valeur effectuée pour la prise en charge du patient a été enregistrée. Toutes les données personnelles ont été traitées de manière confidentielle et anonymisée. Les noms de tous les participants ont été codés. En dehors des enquêteurs, personne n'a eu accès aux données personnelles.

Critères d'évaluation

Le critère d'évaluation principal était la différence entre la consommation d'alcool déclarée par le patient (anamnèse) et la consommation d'alcool estimée par les proches (hétéro-anamnèse), exprimée en unités standard d'alcool au cours de la semaine précédente.

Les critères d'évaluation secondaires étaient la différence entre la consommation d'alcool déclarée par le patient et la consommation estimée par ses proches, exprimée par le score AUDIT C, l'estimation par le patient de la différence entre son appréciation de la consommation d'alcool et celle de ses proches, la différence entre la consommation d'alcool auto-déclarée à l'admission et au troisième jour d'hospitalisation.

Analyses statistiques

Il était anticipé que la consommation d'alcool au cours de la semaine précédente serait estimée à 45 +/- 15 g (moyenne +/- écart-type (SD)) pour les patients et à 54 +/- 18 g pour leurs proches. Un échantillon de 36 patients et 36 proches était nécessaire pour détecter une différence moyenne de 9 +/- 16 g en utilisant un test T de Student apparié avec un seuil alpha de 5% et une puissance de 90%. Au vu d'une possible perte de 10% des participants, nous avons voulu inclure au moins 46 patients et leurs proches.

La différence entre la consommation hebdomadaire d'alcool, déclarée par les patients et leurs proches (critère d'évaluation primaire) et la différence entre la consommation estimée

du patient à l'admission à l'hôpital (jour 1) et au jour 3 (critère d'évaluation secondaire) ont été analysées à l'aide de tests de rangs signés de Wilcoxon par paire.

Les critères d'évaluation secondaires ont été analysés à l'aide de tests T de Student par paire.

L'association entre la différence de consommation hebdomadaire d'alcool (variable dépendante) et d'autres facteurs indépendants (âge, sexe et traitement aux benzodiazépines) a été examinée par régression linéaire.

Pour les statistiques descriptives, nous avons présenté les données continues sous forme de médianes et intervalles interquartiles (IQR), moyennes et déviations standards, ou nombres et pourcentages, selon le cas.

Les niveaux de signification ont été fixés à 5 %.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel STATA, version 17.0 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

Résultats

Sur les 62 patients inclus sur une période de 27 mois, 16 ont dû être exclus pour des raisons différentes. Soit les proches n'ont pas rempli le formulaire, ou n'étaient pas d'accord avec la participation, soit le patient a révoqué son accord. 5 patients n'ont rempli qu'un seul questionnaire, principalement en raison d'une sortie prématurée (voir Figure 1 de la publication originale, annexe).

Caractéristique de base

L'âge moyen de la population étudiée était de 64,9 ans avec un écart-type de 11,3. 82,6 % des patients étaient des hommes. 59% des patients ont reçu un traitement de Benzodiazépine pendant l'hospitalisation (avec des données manquantes pour 7 patients). L'éthanolémie médiane à l'admission était de 2,95 ‰ (avec des données manquantes pour 29 patients).

(voir tableau 1 de la publication originale, annexe)

Critère d'évaluation principal

Lors de l'admission à l'hôpital, la consommation médiane d'alcool hebdomadaire auto-déclarée était de 23,9 US (IQR 13,0-39,0), et de 46,3 US (IQR 25,3-70,0) pour celle estimée par les proches du patient. Cette différence était statistiquement significative (12,4 (IQR 0-33,4), $p < .001$)

Critères d'évaluation secondaires

Lors de l'admission à l'hôpital, les scores AUDIT-C moyens auto-déclarés et estimés par les proches étaient de 6,9 (SD 2,9) et de 8,9 (SD 2,9), avec une différence moyenne de 2 (SD 2,9, $p < 0,001$).

La médiane de la consommation hebdomadaire d'alcool auto-déclarée n'a pas changé de manière significative lorsqu'elle a été estimée au jour 1 (22,8 US/semaine ; IQR 13,0-35,0) par rapport au jour 3 (21,0 US/semaine ; IQR 8,0-38,0 ; $p = \text{NS}$). De même, il n'y a pas eu de différence significative entre le score moyen auto-déclaré de l'AUDIT-C au jour 1 et au jour 3.

Lorsqu'il a été demandé aux patients de remplir le questionnaire du point de vue de leurs proches, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre le score AUDIT-C auto-déclaré par le patient et l'estimation de la réponse de ses proches.

Pour les résultats détaillés, voir le tableau 2 de la publication originale (annexe).

Facteurs associés aux différences d'estimation

Le sexe, l'âge et le traitement aux benzodiazépines n'ont pas été statistiquement associés à une différence entre l'anamnèse personnelle et l'hétéro-anamnèse concernant la consommation hebdomadaire ou à la différence des scores AUDIT C entre l'admission et le troisième jour (voir tableau 3 de la publication originale, annexe).

Discussion

Dans l'étude réalisée, le critère principal a pu être confirmé en prouvant une différence significative entre l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse concernant la quantité d'alcool consommée par les patients hospitalisés.

Par nos questionnaires, qui se composaient d'une estimation de la consommation d'alcool de la semaine précédente jour par jour, ainsi que de l'Audit-C, les proches ont déclaré en moyenne une consommation d'alcool presque deux fois supérieure à celle du patient lui-même. Les patients n'ont reconnu qu'environ 50 % des boissons alcoolisées par rapport à l'évaluation de leurs proches, ce qui représente une différence médiane de deux boissons standards par jour. Cette différence n'est pas influencée par l'âge ou le sexe.

La sous-déclaration de la consommation d'alcool a été examinée dans des études antérieures avec des résultats mitigés. La sous-déclaration est estimée à environ 40-50% dans les enquêtes de population (Chick & Kempainen, 2007; Fairbairn et al., 2019; Livingston & Callinan, 2015; Nugawela et al., 2016). Ces études utilisent principalement des

données d'enquête avec diverses méthodes de mesure, par rapport à l'estimation de la consommation d'alcool par habitant, sur la base de données relatives aux ventes ou aux taxes (Kilian et al., 2020; Sieroslowski et al., 2013).

Contrairement à notre recherche, la majorité des études existantes ont été menées dans la population générale, principalement dans des ménages privés et n'incluaient pas certains sous-groupes, comme par exemple les sans-abri ou les personnes vivant dans des maisons de soins ou des centres d'accueil (Meier et al., 2013; Nugawela et al., 2016). Ces sous-groupes sont connus pour avoir un risque plus élevé de consommation d'alcool à risque. Selon une revue de Scholes (2019) par exemple, environ 1/3 des sans-abri australiens présentent une consommation problématique d'alcool.

La consommation régulière d'alcool à risque n'est pas seulement répandue dans la société, mais encore plus chez les patients atteints de maladies chroniques, de sorte qu'elles jouent un rôle important dans les prises en charge des patients.

Selon une étude française (Reynaud et al., 1997), environ 20% des patients hospitalisés en France sont dépendants de l'alcool. Nielsen et al. (1994) ont dépisté des patients hospitalisés en médecine interne, chirurgie et gynécologie à Copenhague concernant leurs habitudes de consommation d'alcool. Ils ont montré que la prévalence des patients avec des problèmes d'alcool était de 32,4% dans les services de médecine interne, de 28,5% dans les services de chirurgie, et de 22,2% pour les femmes dans le service de gynécologie et d'obstétrique (Nielsen et al., 1994).

Dans notre groupe spécifique de patients hospitalisés présentant une probabilité pré-test plus élevée de consommation d'alcool à risque, nous avons observé un taux de sous-déclaration similaire à celui des enquêtes en population générale.

La sous-estimation de la consommation d'alcool chez des patients hospitalisés est un grand défi dans la prise en charge quotidienne. La sous-estimation résulte souvent d'une sous-déclaration à l'anamnèse, mais aussi d'un manque de dépistage de la part du personnel de santé (Barré et al., 2023, Aalto et al., 2003).

Selon une étude récente de Barré et al. (2023) moins de la moitié des médecins généralistes français dépistent systématiquement la consommation d'alcool à risque chez leurs patients. En plus, presque la moitié n'a jamais utilisé d'outils standardisés pour dépister les patients soupçonnés d'être à risque.

Les résultats d'une méta-analyse de Mitchell et al. (2012) ont montré que la capacité des cliniciens à identifier les problèmes d'alcool par évaluation clinique est plutôt faible. Ils ont montré que la sensibilité diagnostique des médecins généralistes dans l'identification des

troubles de l'abus d'alcool était de 41,7 %, mais les problèmes d'alcool n'ont été correctement documentés que dans 27,3 % des cas. Le personnel hospitalier a identifié 52,4 % des cas et a fait des notations correctes dans les dossiers dans 37,2 % des cas (Mitchell et al., 2012).

Ces résultats montrent que les problèmes d'alcool ne sont souvent pas reconnus et même si une consommation d'alcool à risque est diagnostiquée, elle n'est souvent pas rapportée dans le dossier médical, ce qui peut nuire en cas d'hospitalisation urgente.

Ces résultats laissent penser que le temps pour prendre une anamnèse complète semble souvent insuffisant alors que son importance dès l'entrée à l'hôpital est bien connue en ce qui concerne les consommations alcooliques à risque et les risque du sevrage.

Toutefois, effectuer une anamnèse détaillée sur la consommation d'alcool aux urgences est très difficile. Dans ce contexte, il faut généralement recourir à des outils de dépistage rapides, qui sont évidemment plus susceptibles de sous-estimer la consommation réelle d'alcool qu'un entretien détaillé.

Par ailleurs, afin d'éviter des complications et une prolongation du séjour hospitalier, il est utile d'introduire un traitement adéquat et une prophylaxie du sevrage dès le début de l'hospitalisation chez ces patients dépendants à l'alcool.

Il convient de noter que la mortalité anticipée d'un delirium tremens en l'absence de traitement peut atteindre 37 %. (Rahman A. et Paul, M., 2024)

Il est donc très important d'avoir des outils de dépistage rapidement disponible afin de pouvoir évaluer le mieux possible la consommation d'alcool réelle d'un patient, pour sélectionner les patients à risque et assurer une prophylaxie du sevrage adéquate.

Il est donc nécessaire d'améliorer l'évaluation de la consommation d'alcool des patients nécessitant une hospitalisation et, à la vue des résultats de mon étude montrant que les patients ne rapportent qu'environ la moitié des volumes consommés.

La méthodologie utilisée dans l'étude, qui consiste à comparer l'anamnèse personnelle à l'hétéro-anamnèse donnée par un proche, présente à la fois des avantages et des désavantages. D'une part, les informations concernant la réelle consommation d'alcool transmises par un proche vivant sous le même toit sont probablement plus fiables que celles fournies par le patient. D'autre part, les déclarations faites par les proches comportent un certain risque de fausses déclarations.

Les facteurs qui pourraient influencer l'hétéro-anamnèse sont par exemple la peur d'une stigmatisation du patient par l'entourage, ainsi que sa réaction aux informations données

par ses proches concernant ses habitudes de consommation. De plus, la méconnaissance des proches concernant les habitudes exactes de consommation du patient peut également conduire à une fausse évaluation.

Pour minimiser ces risques, nous avons veillé, lors de la réalisation de l'étude, à ce que les proches puissent remplir le questionnaire en l'absence du patient et sans pression par le médecin chargé de l'étude. En outre, seuls les proches parents des patients ont été interrogés, lesquels vivaient de préférence sous le même toit et étaient donc très probablement suffisamment informés des habitudes de consommation du patient. Les patients sans proches parents ont été exclus de l'étude.

Des études précédentes sur l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse concernant la consommation d'alcool ont montré une corrélation modérée à élevée (Borsari & Muellerleile, 2009 ; Connors & Maisto, 2003, Babor et al., 2000), à l'exception d'une étude de Kane et al. (2019).

Kane et al. (2019) ont examiné la corrélation entre l'anamnèse personnelle et l'anamnèse par le partenaire parmi des couples victimes de violence conjugale en Afrique. Dans l'étude, ils ont inclus des couples hétérosexuels, dans lesquels l'épouse a déclaré de la violence conjugale et le mari a montré une surconsommation d'alcool récente. Les couples ont été invités à remplir le test AUDIT concernant leurs habitudes de consommation d'alcool et celles de leur partenaire. Ils ont montré que le score AUDIT moyen déclaré par le partenaire était statistiquement plus élevé que le score autodéclaré moyen des hommes (Kane et al., 2019).

Cela correspond aux résultats de mon étude, en ce qui concerne l'évaluation de l'AUDIT, sauf que nous avons également pu déterminer la quantité d'alcool consommée par les patients en utilisant la méthode de consommation quotidienne.

De nombreuses études ont été menées auprès de populations qui ne sont pas comparables à notre population de patients dans un service de médecine interne.

Ces recherches étaient réalisées par exemple chez des étudiants universitaires (Borsari & Muellerleile, 2009, Laforge et al, 2005) ou des patients alcooliques hospitalisés, traités pour un trouble lié à la consommation d'alcool (Stasiewicz et al., 1997).

Laforge et al. (2005) ont examiné la corrélation entre l'auto-déclaration et la déclaration par un proche concernant la consommation d'alcool chez des étudiants universitaires. Ils ont trouvé une corrélation plutôt bonne.

Borsari et Muellerleile (2009) ont fait une méta-analyse de 8 études examinant la différence entre l'anamnèse personnelle et celle d'un proche parmi des étudiants universitaires et ont montré des corrélations similaires que Laforge et al. (2005).

Une population d'étudiants est difficilement comparable à notre population d'étude, car parmi les jeunes étudiants, il est socialement plus reconnu de consommer de l'alcool que dans une population plus âgée et polymorbide. Donc, la motivation pour faire de fausses déclarations sur leur consommation d'alcool est plutôt faible (Borsari et Muellerleile, 2009).

Les patients hospitalisés en médecine interne sont très souvent polymorbides, ce qui augmente le risque de troubles mentaux (Prince et al., 2007). Ces troubles mentaux augmentent également la probabilité de souffrir d'une maladie de dépendance (Klimkiewicz et al., 2015).

Chermack et al. (1998) ont interrogé des patients hospitalisés en milieu médical et un proche concernant la consommation d'alcool du patient. L'entretien avec le patient a duré une heure (celui avec le parent 20 minutes) et comportait des questions détaillées sur la consommation d'alcool du patient permettant de savoir si les patients répondaient aux critères du DSM-III-R pour la dépendance à l'alcool. Ils n'ont pas montré de différence significative entre le rapport du patient et celui des proches (Chermack et al., 1998). Il est probable qu'un entretien d'une heure rend la sous-déclaration moins facile qu'un outil de dépistage rapide comme l'AUDIT-C ou la méthode de consommation quotidienne, que nous avons utilisée dans nos questionnaires.

De même, Graham et Jackson (1993) n'ont pas montré de différence significative entre l'auto-déclaration et la déclaration par un proche concernant la fréquence et la quantité de consommation d'alcool chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde. Cependant, l'estimation du proche a été faite 6 à 8 semaines après l'auto-déclaration du patient. Cette hétéro-anamnèse pourrait être influencée par un changement dans les habitudes de consommation d'alcool au cours des premières semaines suivant un événement cardiaque. Dans notre étude, l'estimation du parent a eu lieu pendant l'hospitalisation du patient afin de garantir la comparabilité des données.

Une étude de Kamsvaag et al. (2021) a examiné la consommation d'alcool chez des patients âgés avec des symptômes de déclin cognitif en Norvège. Elle a entre autres évalué la concordance entre l'anamnèse personnel et l'anamnèse par un proche concernant la consommation d'alcool. Ils ont inclus des patients à partir de 60 ans (âge moyen de 75.9 ans) avec des signes de troubles cognitifs. Le MMS moyen était de 23.1. Environ 53 % ont été diagnostiqués avec une démence. La consommation d'alcool a été évaluée à l'aide d'une échelle de Likert. Les participants ont été interrogés sur la fréquence de leur consommation d'alcool (« Combien de fois avez-vous consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois ? ») avec 6 sous-critères allant de "jamais l'année dernière" à "4 à 7 fois par semaine". Les proches ont répondu aux mêmes questions. Le degré de consensus entre les patients et les

proches était élevé, mais la quantité de la consommation d'alcool n'était pas demandé (Kamsvaag et al., 2021).

Il semble probable qu'une évaluation basée sur une seule question donne une image moins précise des habitudes de consommation et que, par conséquent, une sous-déclaration soit moins évidente. Il peut également être plus difficile pour les proches, surtout s'ils ne vivent pas sous le même toit, de savoir combien de fois par semaine les patients ont bu de l'alcool. La quantité peut être mieux estimée à partir des achats nécessaires et des emballages vides qui en résultent. Dans l'étude de Kamsvaag et al. (2021) les proches étaient souvent (39.4%) l'enfant ou le beau-fils/belle-fille du patient, la moitié des proches seulement vivaient sous le même toit.

Aucune différence significative sur le score AUDIT-C ou la consommation auto-déclarée n'a été trouvée entre les réponses des patients au jour 1 et au jour 3, ce qui suggère que l'intoxication aiguë ne semble pas modifier l'anamnèse de consommation. Il est possible que les patients souffrant d'un abus chronique d'alcool soient habitués à être interrogé sur leurs habitudes de consommation et qu'ils aient tendance à donner toujours les mêmes réponses.

De même, nous n'avons trouvé aucune influence de l'âge ou du sexe du patient sur la différence de consommation entre les patients et leurs proches. Ici aussi, les études publiées montrent des résultats différents.

Livingston et al. (2015) ont démontré un taux de sous-estimation de la consommation d'alcool plus élevé chez les jeunes hommes et les femmes d'âge moyen et un taux de sous-estimation plus faible chez les jeunes femmes et les femmes plus âgées. En revanche, Stockwell et al. (2014) n'ont pas montré de différence entre la sous-déclaration de la consommation d'alcool selon le sexe, mais ont constaté une différence liée à l'âge, avec un taux de sous-déclaration plus élevé chez les jeunes buveurs.

En ce qui concerne les résultats de notre étude, la sous-déclaration de la consommation d'alcool par les patients ayant une consommation à risque ne varie probablement pas de celle des patients ayant une dépendance à l'alcool, la sous-estimation étant toujours près de 50 %.

Le problème de la sous-déclaration des habitudes de consommation est également connu pour d'autres substances toxiques, telles que les drogues illicites comme les amphétamines, le cannabis (Gjerde et al., 2019), la cocaïne ou les opioïdes (Delaney-Black et al., 2010). En ce qui concerne la consommation de cigarette, une étude a pu observer une augmentation de la sous-déclaration, qui était d'environ 35 %. (Gallus et al, 2011).

Dans l'ensemble, on peut constater que les études publiées sur la validité de l'auto-anamnèse et sur la corrélation entre l'auto-déclaration et la déclaration par un proche, chez les patients avec une consommation d'alcool à risque, ne sont pas homogènes et dépendent des populations et des méthodologies utilisées. Les habitudes de consommation ont souvent été évaluées à l'aide de courts questionnaires ou d'entretiens sur la fréquence de consommation. La quantité moyenne consommée n'a souvent pas été étudiée. Lorsque la quantité a été étudiée, il ne s'agit souvent pas d'une population comparable à la notre.

Dans mon étude, la quantité a été évaluée à l'aide de la méthode de consommation quotidienne, en plus de l'AUDIT-C, car l'estimation de la quantité d'alcool effectivement consommée est importante pour la prise en charge des patients.

Des études plus approfondies seraient souhaitables afin de renforcer les résultats de mon étude avec une plus grande population de patients.

Limitations de l'étude

L'étude présente certaines limites.

Tout d'abord, nous avons mesuré la quantité d'alcool consommée en unités standard (US), qui représentent 10 à 12 g d'alcool pur selon l'Office fédéral suisse de la santé publique (Bundesamt f. Gesundheit, 2021 b). Cependant, la définition d'une US varie considérablement d'un pays à l'autre (Sieroslawski et al., 2013).

La conversion des boissons consommées en US est une possible source d'erreurs. La quantité correcte d'alcool, par exemple pour un verre de vin, est difficile à estimer, compte tenu de la variation de la taille du verre.

Gill et O'May (2007) ont demandé à des sujets de verser leur quantité habituelle de vin ou de spiritueux dans un verre et ont démontré que seulement 27 % d'entre eux estimaient le contenu unitaire de leur boisson à moins de 10 % de la valeur réelle. En outre, la teneur en alcool peut varier au sein d'un même type de boisson, par exemple le vin se situe généralement entre 10 et 14 % (Sieroslawski et al 2013). Le fait d'être dans une région viticole peut accentuer ce problème.

Concernant la méthodologie utilisée, c'est surtout l'anamnèse par un proche parent qui pourrait représenter un facteur limitant, en raison d'une validité réduite des données.

La relation avec un membre de la famille souffrant d'un trouble lié à la consommation d'alcool est probablement difficile, ce qui peut conduire à une surestimation ou à une sous-déclaration de la consommation. De même, le fait qu'il existe un certain taux de

codépendance chez les proches parents de patients alcooliques peut conduire à une sous-déclaration également.

Par ailleurs, les patients inclus dans cette étude ne sont pas nécessairement représentatifs de tous les patients ayant une consommation d'alcool à risque, car de nombreux patients dépendants refusent de participer à une étude concernant leurs habitudes de consommation.

Enfin, le faible nombre de participants peut avoir influencé les résultats concernant nos critères d'évaluation secondaires. En ce qui concerne le "traitement par benzodiazépines", nous n'avons pas recherché l'abus de benzodiazépines avant l'hospitalisation. Il n'est donc pas exclu qu'un certain nombre de patients ayant reçu un traitement par benzodiazépines en aient eu besoin pour des raisons autres que le sevrage de l'alcool. Il faut noter que l'abus d'alcool augmente également le risque d'abus de benzodiazépines (Hirschtritt et al. 2019) et d'autres codépendances (Marjolein et al., 2010).

La période initiale de l'étude a dû être prolongée en raison d'un faible taux d'inclusion.

Conclusion

Selon les résultats de l'étude, qui est la base de cette thèse, les patients ayant une consommation d'alcool à risque ne déclarent qu'environ 50 % de la quantité observée par leurs proches.

Au cours de la récente pandémie de COVID-19, avec les conséquences qui en ont découlé pour notre vie sociale, la prévalence des maladies psychiatriques et la dépendance à l'alcool ont encore augmenté (Zhai et al., 2023). Les conséquences de l'abus d'alcool joueront probablement un rôle encore plus important dans nos prises en charge quotidienne. Dans le flux chargé du service des urgences ou à l'étage, il n'y a souvent pas assez de temps pour effectuer une anamnèse détaillée sur la consommation d'alcool.

Les résultats de cette étude démontrent qu'il faut doubler la quantité d'alcool déclarée par le patient avec une consommation d'alcool à risque afin d'avoir approximativement la quantité réelle. Ces conclusions peuvent faciliter l'évaluation des habitudes de consommation et aider à fournir le meilleur soutien possible à ces patients.

A l'avenir, il serait souhaitable de poursuivre les recherches afin d'affiner et faciliter les outils de dépistage de la dépendance à l'alcool afin de mieux estimer le risque de sevrage et d'améliorer la prise en charge des patients à risque qui nécessitent un traitement stationnaire.

Bibliographie

Aalto, M., Pekuri, P., Seppä, K., (2003), Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project, *Drug Alcohol Depend*, 69, 9-14

Alexiou, A., King, T. (2023). Alcohol withdrawal. *BMJ (Clinical research ed.)*, 381, 951.

Babor T, H.-B. J., Saunders J, Monteiro M. (2001). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test (manual), Guidelines for Use in Primary Care (2.edition, 10-20), available: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a> (accessed 05.06.2024)

Babor, T. F., Steinberg, K., Anton, R., Del Boca, F. (2000). Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials. *J Stud Alcohol*, 61, 55-63.

Barré, T., Di Beo, V., Roux, P., Mourad, A., Verger, P., Fressard, L., Herault, T., Buyck, J-F., Beck, F., Carrieri, P., (2023) Screening for alcohol use in primary care: assessing French general practitioner practices. *Alcohol Alcohol*, 58, 672-682

Borsari, B. & Muellerleile, P. (2009). Collateral reports in the college setting: a meta-analytic integration. *Alcohol Clin Exp Res*, 33, 826-838

Bundesamt f. Gesundheit, Schweiz [Online]. (2021)a. Alkohol und Alkoholprävention. available: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/alkohol.html> (accessed 05.06.2024)

Bundesamt f. Gesundheit, Schweiz [Online]. (2021)b. alcohol-facts. Bundesamt für Gesundheit BAG Schweiz. available: <http://www.alcohol-facts.ch/de/das-standardglas-alkohol> (accessed 05.06.2024)

Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *Lancet*, 394, 781-792

Chakrabarti, S., Christopher, A., Scott, S., Kishore, A., Nguyen, P. H. (2024). Effects of a large-scale alcohol ban on population-level alcohol intake, weight, blood pressure, blood glucose, and domestic violence in India: a quasi-experimental population-based study. *Lancet Reg Health Southeast Asia*. eCollection, 26, 100427

Chermack, S. T., Singer, K. & Beresford, T. P. (1998). Screening for alcoholism among medical inpatients: how important is corroboration of patient self-report? *Alcohol Clin Exp Res*, 22, 1393-1398

- Chevalley P, Gauthey, J., Pignat, D., Faouzi, M., Darioli, V. et al (2015). Value of Visual Screening by Medical Doctors in Diagnosing Alcohol Abuse: A Prospective Study. *J Alcohol Drug Depend*, 3, 1-5
- Chick, J. Kempainen, E. (2007). Estimating Alcohol Consumption. *Pancreatology*, 7, 157-161
- Connors, G. J. & Maisto, S. A. (2003). Drinking reports from collateral individuals. *Addiction*, 98, 21-29
- Delaney-Black, V., Chiodo, L., Hannigan, J. H., Greenwald, M. K., Janisse, J., Patterson, G., Huestis, M. A., Ager, J., Sokol, R.J. (2010). Just say "I don't": lack of concordance between teen report and biological measures of drug use. *Pediatrics*, 126, 887-893
- Doering-Silveira, J., Fidalgo, T. M., Nascimento, C. L. E. S., Alves, J. B., Seito, C. L., Saita, M. C., Belluzzi, L. O., Silva, L. C., Silveira, D. & Rosa-Oliveira, L. (2014). Assessing Alcohol Dependence in Hospitalized Patients. *Int J Environ Res Public Health*, 11, 5783-5791
- Donovan, D. M., Dunn, C. W., Rivara, F. P., Jurkovich, G. J., Ries, R. R. & Gentilello, L. M. (2004). Comparison of trauma center patient self-reports and proxy reports on the Alcohol Use Identification Test (AUDIT). *J Trauma*, 56, 873-82
- Fairbairn, C. E., Rosen, I. G., Luczak, S.E., Venerable, W.J. (2019). Estimating the quantity and time course of alcohol consumption from transdermal alcohol sensor data: A combined laboratory-ambulatory study. *Alcohol*, 81, 111-116
- Gallus S, T. I., Boffetta, P., Fernandez, E, Rossi, S., Zuccaro, P., Colombo, P., La Vecchia, C. (2011). Temporal changes of under-reporting of cigarette consumption in population-based studies. *Tob Control*, 20, 34-39
- Gill, J. , O`May, F. (2007). Practical demonstration of personal daily consumption limits: a useful intervention tool to promote responsible drinking among UK adults? *Alcohol*, 42, 436-441
- Gjerde, H., Gjersing, L., Furuhaugen, H., Bretteville-Jensen, A. L. (2019). Correspondence between Oral Fluid Drug Test Results and Self-Reported Illicit Drug Use among Music Festival Attendees. *Subst Use Misuse*, 54, 1337-1344
- Goodson, C. M., Clark, B. J., & Douglas, I. S. (2014). Predictors of severe alcohol withdrawal syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res.*, 38, 2664-2677
- Graham, P. & Jackson, R. (1993). Primary versus proxy respondents: comparability of questionnaire data on alcohol consumption. *Am J Epidemiol*, 138, 443-52

- Hall, W., & Zador, D. (1997). The alcohol withdrawal syndrome. *Lancet*, 349, 1897–1900
- Hirschtritt, M. E., Palzes, V. A., Kline-Simon, A. H., Kroenke, K., Campbell, C. I., & Sterling, S. A. (2019). Benzodiazepine and unhealthy alcohol use among adult outpatients. *Am J Manag Care*, 25, 358–365
- Kamsvaag, B., Bergh, S., Šaltytė Benth, J., Selbaek, G., Tevik, K., & Helvik, A. S. (2021). Alcohol consumption among older adults with symptoms of cognitive decline consulting specialist health care. *Aging Ment Health*, 26, 1756–1764
- Kane, J. C., Murray, S. M., Vinikoor, M. J., Greene, M. C., Fine, S. L., Paul, R. & Murray, L. K. (2019). Concordance of Self- and Partner-Reported Alcohol Consumption Among Couples Experiencing Intimate Partner Violence in Zambia. *Alcohol Clin Exp Res*, 43, 2568–2577
- Kilian, C, Probst, C., Manthey, J., Brunborg, G. S., Bye, E. K, Ekholm, O., Kraus, L., Moskalewicz, J., Sieroslowski, J., Rehm, J. (2020). Why Is Per Capita Consumption Underestimated in Alcohol Surveys? Results from 39 Surveys in 23 European Countries. *Alcohol and Alcoholism*, 5, 554-563
- Klimkiewicz, A., Klimkiewicz, J., Jakubczyk, A., Kieres-Salomoński, I., Wojnar, M. (2015), Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part II. Pathogenesis and treatment. *Psychiatr Pol.* 49, 277-924
- Kuendig, H. (2010). Alcohol dependence figures in the swiss general population: a sisyphian challenge for epidemiologists. *European addiction research*, 16, 185-192
- Laforge, R. G., Borsari, B., Baer, J. S. (2005). The utility of collateral informant assessment in college alcohol research: results from a longitudinal prevention trial. *J Stud Alcohol*, 66, 479–487.
- Livingston, M, Callinan, S. (2015). Underreporting in Alcohol Surveys: Whose Drinking is Underestimated? *J Stud Alcohol Drugs*, 76, 158-164
- Maldonado, J. R., Sher, Y., Das, S., Hills-Evans, K., Frenklach, A., Lolak, S., Talley, R., & Neri, E. (2015). Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in Medically Ill Inpatients: A New Scale for the Prediction of Complicated Alcohol Withdrawal Syndrome. *Alcohol Alcohol*, 50, 509–518
- Maldonado, J. R., 2017, Novel Algorithms for the Prophylaxis and Management of Alcohol Withdrawal Syndromes–Beyond Benzodiazepines, *Critical Care Clinics*, 33, 559-599

- Marjolein de Wit, D.G.J., Sessler, C. N., Zilberberg, M. D., Weaver, M.F. (2010) Alcohol-Use Disorders in the Critically Ill Patient. *Chest*, 138, 994-1003.
- Meier, P.S., Meng, Y., Holmes, J., Baumberg, B., Purshouse, R., Hill-McManus, D., Brennan, A. (2013). Adjusting for unrecorded consumption in survey and per capita sales data: quantification of impact on gender- and age-specific alcohol-attributable fractions for oral and pharyngeal cancers in Great Britain. *Alcohol Alcohol*, 48, 241-249
- Mitchell, A. J., Meader, N., Bird, V., Rizzo, M. (2012). Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis, *BJ Psych*, 20, 93-100
- MonAM [Online]. (2020) available: <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/spitalaufenthalt-mit-haupt-oder-nebendiagnose-einer-substanzbedingten-stoerung> (accessed 25.10.2023).
- Nielsen, S. D., Storgaard, H., Moesgaard, F., & Gluud, C. (1994). Prevalence of alcohol problems among adult somatic in-patients of a Copenhagen hospital. *Alcohol Alcohol*, 29, 583-590
- Nugawela, M. D., Langley, T., Szatkowski, L., Lewis, S. (2016). Measuring Alcohol Consumption in Population Surveys: A Review of International Guidelines and Comparison with Surveys in England. *Alcohol Alcohol*, 51, 84-92
- Poznyak, V., Rekve, D. (2018) [Online]. Global status report on alcohol and health 2018 (WHO), executive summary, 12-19, available: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> (accessed 05.06.2024)
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877
- Rahman A, Paul M. Delirium Tremens. In: StatPearls [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2024, available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482134/> (accessed: 05.06.2024)
- Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L., Graham, K., Irving, H., et al (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105, 817-843
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373, 2223-2233.

- Reynaud, M., Leleu, X., Bernoux, A., Meyer, L., Lery, J.F., et al (1997). Alcohol use disorders in French hospital patients. *Alcohol Alcohol*, 32, 769-775
- Sachdeva, A., Choudhary, M., Chandra, M., Alcohol Withdrawal Syndrome: Benzodiazepines and Beyond, 2015, *J Clin of Diagn Res*, 9, 1-7
- Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, [Online]. (2021) available: <https://www.alterundsucht.ch/aerzteschaft/alkohol/screening.html#screeninginstrumente> (accessed 25.10.2023).
- Scholes G. (2020). Problematic alcohol consumption in homeless Australians: A narrative review of the causes, barriers to receiving help and possible solutions. *Health Promot J Austr*, 31, 279-286
- Shu-I, W., Sheng-Ing, L., Chun-Kai, F., Chien-Chi, H., Yi-Wen, S. (2006). Prevalence and detection of alcohol use disorders among general hospital inpatients in eastern Taiwan. *Gen Hosp Psychiatry*, 28, 48-54
- Schuckit, M. A, 2009, Alcohol-use disorders, *Lancet*, 373, 492-501
- Sieroslowski, J., Foster, J., Moskalewicz, J. (2013). Survey of European drinking surveys. Alcohol survey experiences of 22 European countries. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 20, 383-398
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M. & Connors, G. J. (1997). Subject-collateral reports of drinking in inpatient alcoholics with comorbid mental disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 21, 530-6.
- Stockwell, T., Donath, S., Cooper-Stanbury, M., Chikritzhs, T., Catalano, P., et al (2004). Under-Reporting of alcohol consumption in household surveys: a comparison of quantity-frequency, graduated-frequency and recent recall. *Addiction*, 8, 1024-1033
- Stockwell, T., Zhao, J., Macdonald, S. (2014). Who under-reports their alcohol consumption in telephone surveys and by how much? An application of the 'yesterday method' in a national Canadian substance use survey. *Addiction*, 109, 1657-1666
- Tønnesen, H., Rosenberg, J., Nielsen, H.J., Rasmussen, V., Hauge, C., Pedersen, I.K., Kehlet, H., et al (1999). Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial. *BMJ*, 318, 1311-1316.
- Wicki, M., Schneider, E. (2019). Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen, Sucht Schweiz, Forschungsbericht Nr. 104 [Online]. Lausanne. available: <https://www.suchtschweiz.ch/publication/hospitalisierungen-aufgrund-von-alkohol->

intoxikation-oder-alkoholabhaengigkeit-bei-jugendlichen-und-erwachsenen/ (accessed 05.06.2024)

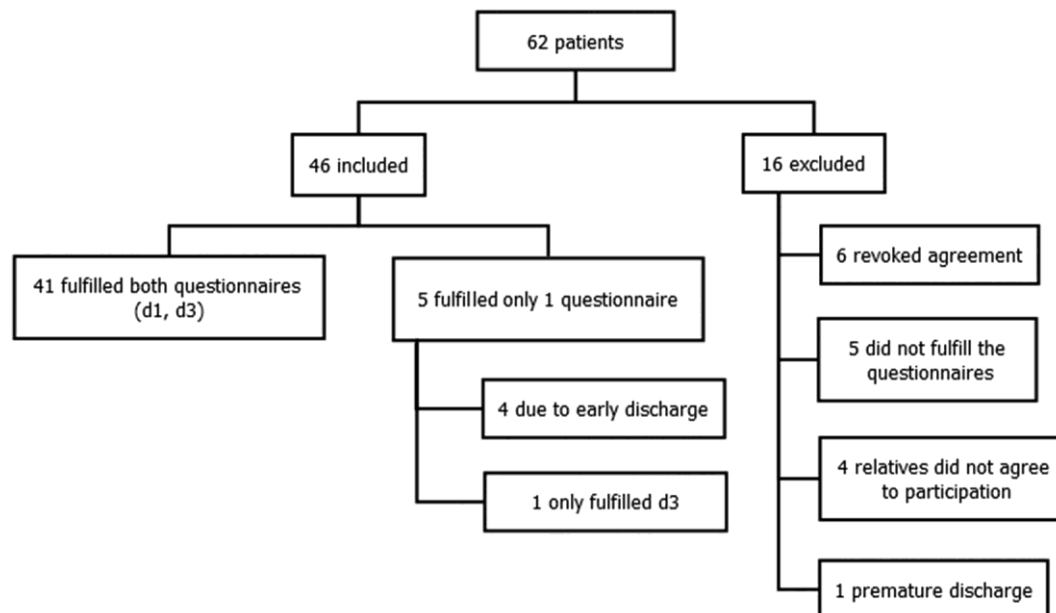
Wood, E., Albarqouni, L., Tkachuk, S., Green, C. J., Ahamad, K., Nolan, S., McLean, M., & Klimas, J. (2018). Will This Hospitalized Patient Develop Severe Alcohol Withdrawal Syndrome?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA*, 320(8), 825–833.

World Health Organization (2021) [Online]. health topics/alcohol, available: https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1 (accessed 05.06.2024)

Zhai, M., Bono, K., Zhang, W.W., Bonne, S., Gordon, E., Zerbo, E., Quijote, H., Glass, N. (2023) Drug and Alcohol Use in Trauma Patients Before and During the COVID-19 Pandemic. *J Surg Res*, 283, 999-1004

Annexe

Figure 1 de la publication originale (Study Flowchart)



Tableaux de la publication originale

Table 1: Baseline characteristics,	
* missing data for 7 patients, ** missing data for 29 patients	
Characteristic	Total (n=46)
Age, mean (SD) years	64.9 (11.3)
Gender	
Female, no. (%)	8 (17.4)
Male, no. (%)	38 (82.6)
Benzodiazepin treatment during hospitalization, no. (%), (N=39) *	23 (59.0)
Ethanoemia at admission, median (IQR) ‰, (N=17) **	2.95 (1.08)

Table 2: Alcohol consumption assessed by number of standards units (SU) or AUDIT-C score by patient and their close relative.

	N	self-report	Relative's estimation	difference	P-Value
Alcohol intake the week preceding medical illness (primary endpoint), in SU, median(IQR)	44	23.9 (13-39)	46.3 (25.3-70)	12.4 (0.1-33.4)	<0.001
AUDIT-C score, mean (SD)	45	6.9 (2.9)	8.9 (2.9)	2.0 (2.9)	<0.001
	N	Patient guess of relative's estimation	Relative's estimation	difference	P-Value
AUDIT C-Score at admission, mean (SD)	41	6.8 (3)	8.9 (2.9)	-2.1 (3.6)	<0.001
AUDIT C-Score at day 3, mean (SD)	38	6.3 (3.7)	8.7 (2.9)	-2.4 (3.5)	<0.001
	N	Patient self-report	Patient guess of relative's estimation	difference	P-Value
AUDIT-C score, mean (SD)	41	6.8 (3)	6.8 (2.9)	-0.02 (2.2)	0.94
	N	Patient self-report at admission	Patient self-report at day 3	difference	P-Value
AUDIT-C score, mean (SD)	41	6.7 (2.9)	6.7 (3.6)	0 (2.2)	0.99

Table 3: Predictors of the difference in AUDIT-C scores between self-reported at admission and at day 3, and between self-reported and relative's estimated consumption (univariate linear regression).

	Self-reported, day 1 – day 3 differences		Self-reported and relative' estimated differences	
	Mean (95% CI)	P-value	Mean (95% CI)	P-value
Female vs. male	0.7 (-1.2; 2.6)	0.465	0.6 (-1.7-3)	0.587
Age (per year)	-0.01 (-0.1; 0.1)	0.763	0.03 (-0.05; 0.1)	0.468
Benzodiazepine treatment yes vs. no	-0.09 (-1.9; 1.7)	0.918	-0.5 (-2.4; 1.3)	0.552

AUDIT C

AUDIT C Questionnaire (Babor T, 2001)	
How often do you have a drink containing alcohol?	points
Never	0
Monthly or less	1
2-4 times a month	2
2-3 times a week	3
4 or more times a week	4
How many standard drinks containing alcohol do you have on a typical day?	
1 or 2	0
3 to 4	1
5 to 6	2
7 to 9	3

10 or more	4
How often do you have six or more drinks on one occasion?	
Never	0
Less than monthly	1
monthly	2
weekly	3
Daily or almost daily	4

Questionnaire pour l'évaluation de la consommation d'alcool (patient, Jour 0)

Merci beaucoup d'avoir accepté de participer à notre étude concernant la consommation d'alcool.

Depuis quelques années, on trouve sur le marché une grande quantité de nouvelles boissons dont le format et la teneur en alcool varient. Pour connaître la quantité d'alcool consommée et pour bien pouvoir comparer les diverses boissons, on recourt à une mesure standard appelée unité standard d'alcool (unité OH, UOH). Une unité standard correspond à 10 g d'alcool pur.

Par exemple une unité standard d'alcool (UOH) correspond à:

- 1 bière 25 cl à 5%
- 1 verre de vin 10 cl à 12,5%
- 1 apéritif 7cl à 18%
- 1 verre de spiritueux 3,3 cl à 40% (2cl =0,6 UOH)

A la fin du questionnaire vous trouverez une liste détaillée avec les quantités d'unités alcooliques contenues dans différents types et formats de boissons.

Nous vous prions de répondre de manière ouverte et complète aux questionnaires suivantes.

1. A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcooliques?
 - a) Jamais
 - b) une fois par mois ou moins
 - c) 2 à 4 fois par mois
 - d) 2 à 4 fois par semaine
 - e) 4 fois par semaine ou plus

2. Lorsque vous consommez des boissons alcooliques, combien en consommez-vous un jour typique où vous buvez (en unités OH)?
 - a) 1 ou 2
 - b) 3 ou 4
 - c) 5 ou 6
 - d) 7 à 9
 - e) 10 ou plus

3. Combien de fois vous arrive t'il de boire six boissons alcoolisées ou plus (UOH)?
 - a) jamais
 - b) moins d'une fois par mois
 - c) une fois par mois
 - d) une fois par semaine
 - e) Chaque jour ou presque chaque jour

4. Vos proches ont répondu au même questionnaire vous concernant. Quelles réponses pensez-vous qu'ils ont données?

Question 1:

Question 2:

Question 3:

Nous vous prions encore de faire le point sur votre consommation d'alcool la semaine passée: (toujours en unité OH)

Lundi	UOH
Mardi	UOH
Mercredi	UOH

Jeudi	UOH
Vendredi	UOH
Samedi	UOH
Dimanche	UOH

Quantité d'unités OH (UOH) contenues dans différents types et formats de boissons alcoolisées:

Bière en litre	2,5% en UOH	5% en UOH	9% en UOH
0,25	0,5	1,0	1,8
0,33	0,6	1,3	2,4
0,5	1,0	2,0	3,6
1,0	1,9	4,0	7,2

Vin en litre	12,5% en UOH
0,25	2,5
0,5	5,0
0,75	7,5
1,0	10,0

Spiritueux	40% en UOH	45% en UOH
1 litre	32,0	36,0
0,7 litre (1 bouteille)	22,4	25,2
4 cl	1,3	1,4
2 cl	0,6	0,7

Merci beaucoup!

Questionnaire pour l'évaluation de la consommation d'alcool (patient, jour 3)

Merci beaucoup d'avoir accepté de participer à notre étude concernant la consommation d'alcool.

Depuis quelques années, on trouve sur le marché une grande quantité de nouvelles boissons dont le format et la teneur en alcool varient. Pour connaître la quantité d'alcool consommée et pour bien pouvoir comparer les diverses boissons, on recourt à une mesure

standard appelée unité standard d'alcool (unité OH, UOH). Une unité standard correspond à 10 g d'alcool pur.

Par exemple une unité standard d'alcool (UOH) correspond à:

- 1 bière 25 cl à 5%
- 1 verre de vin 10 cl à 12,5%
- 1 apéritif 7cl à 18%
- 1 verre de spiritueux 3,3 cl à 40% (2cl =0,6 UOH)

A la fin du questionnaire vous trouverez une liste détaillée avec les quantités d'unités alcooliques contenues dans différents types et formats de boissons.

Nous vous prions de répondre de manière ouverte et complète aux questionnaires suivantes.

1. A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcooliques?
 - a) Jamais
 - b) une fois par mois ou moins
 - c) 2 à 4 fois par mois
 - d) 2 à 4 fois par semaine
 - e) 4 fois par semaine ou plus
2. Lorsque vous consommez des boissons alcooliques, combien en consommez-vous un jour typique où vous buvez (en unités OH)?
 - a) 1 ou 2
 - b) 3 ou 4
 - c) 5 ou 6
 - d) 7 à 9
 - e) 10 ou plus
3. Combien de fois vous arrive t'il de boire six boissons alcoolisées ou plus (UOH)?
 - a) jamais
 - b) moins d'une fois par mois
 - c) une fois par mois
 - d) une fois par semaine
 - e) Chaque jour ou presque chaque jour

4. Vos proches ont répondu au même questionnaire vous concernant. Quelles réponses pensez-vous qu'ils ont données?

Question 1:

Question 2:

Question 3:

Nous vous prions encore de faire le point sur votre consommation d'alcool la semaine passée: (toujours en unité OH)

Lundi	UOH
Mardi	UOH
Mercredi	UOH
Jeudi	UOH
Vendredi	UOH
Samedi	UOH
Dimanche	UOH

Quantité d'unités OH (UOH) contenues dans différents types et formats de boissons alcoolisées:

Bière en litre	2,5% en UOH	5% en UOH	9% en UOH
0,25	0,5	1,0	1,8
0,33	0,6	1,3	2,4
0,5	1,0	2,0	3,6
1,0	1,9	4,0	7,2

Vin en litre	12,5% en UOH
0,25	2,5
0,5	5,0
0,75	7,5
1,0	10,0

Spiritueux	40% en UOH	45% en UOH
1 litre	32,0	36,0
0,7 litre (1 bouteille)	22,4	25,2
4 cl	1,3	1,4
2 cl	0,6	0,7

Merci beaucoup!

Questionnaire pour l'évaluation de la consommation d'alcool (proches)

Merci beaucoup d'avoir accepté de participer à notre étude concernant la consommation d'alcool des patients hospitalisés au Centre hospitalier de Bienne.

Un de vos proches, Mme/Mr ... est actuellement hospitalisé dans notre service de chirurgie ou de médecine et a accepté de participer à notre étude dans laquelle nous nous renseignons sur la consommation d'alcool des patients.

Depuis quelques années, on trouve sur le marché une grande quantité de nouvelles boissons dont le format et la teneur en alcool varient. Pour connaître la quantité d'alcool qu'on consomme et pour bien pouvoir comparer les diverses boissons on recourt à une mesure standard appelée unité standard d'alcool (unité OH, UOH). Une unité standard correspond à 10 g d'alcool pur.

Par exemple une unité standard d'alcool (UOH) correspond à :

- 1 bière 25 cl à 5%
- 1 verre de vin 10 cl à 12,5%
- 1 apéritif 7cl à 18%
- 1 verre de spiritueux 3,3 cl à 40% (2cl =0,6 UOH)

Après le questionnaire vous trouvez une liste détaillée avec les quantités d'unités alcooliques contenues dans différents types et formats de boissons.

Nous vous prions de répondre de manière ouverte et complète aux questionnaires suivantes.

1. A quelle fréquence consomme-t-elle/il des boissons alcooliques?
 - a) Jamais
 - b) une fois par mois ou moins
 - c) 2 à 4 fois par mois
 - d) 2 à 4 fois par semaine
 - e) 4 fois par semaine ou plus

2. Lorsqu'elle/il consomme des boissons alcooliques, combien en consomme-t-elle/il un jour typique où elle/il boit (en unités OH)?
- a) 1 ou 2
 - b) 3 ou 4
 - c) 5 ou 6
 - d) 7 à 9
 - e) 10 ou plus
3. Combien de fois ça arrive qu'elle/il boit six boissons alcoolisées ou plus (UOH)?
- a) jamais
 - b) moins d'une fois par mois
 - c) une fois par mois
 - d) une fois par semaine
 - e) Chaque jour ou presque chaque jour

Nous vous prions encore d'estimer la consommation d'alcool de votre proche la semaine passée: (toujours en unité OH)

Lundi	UOH
Mardi	UOH
Mercredi	UOH
Jeudi	UOH
Vendredi	UOH
Samedi	UOH
Dimanche	UOH

Quantité d'unités OH (UOH) contenues dans différents types et formats de boissons alcoolisées:

Bière en litre	2,5% en UOH	5% en UOH	9% en UOH
0,25	0,5	1,0	1,8

0,33	0,6	1,3	2,4
0,5	1,0	2,0	3,6
1,0	1,9	4,0	7,2

Vin en litre	12,5% en UOH
0,25	2,5
0,5	5,0
0,75	7,5
1,0	10,0

Spiritueux	40% en UOH	45% en UOH
1 litre	32,0	36,0
0,7 litre (1 bouteille)	22,4	25,2
4 cl	1,3	1,4
2 cl	0,6	0,7

Merci beaucoup!