

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

**Année : 2012**

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Présentée et soutenue publiquement le 09 octobre 2012**

**Par**

**Néfertên RIZZIOLI**

**JURY**

**Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL**

**Madame le Docteur Anne-Françoise HIRSCH**

**Madame le Docteur Isabelle POIROT**

**Directeur : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

## Table des matières

Liste des abréviations .....	- 14 -
Avant-propos .....	- 15 -
I. Introduction .....	- 16 -
A. Contexte .....	- 16 -
1. Les différents comportements de consommation des boissons alcooliques .....	- 16 -
2. Pertinence du RPIB.....	- 18 -
B. Etat des connaissances.....	- 22 -
1. Conséquences de l'alcool sur la santé .....	- 22 -
2. Epidémiologie de la consommation de psychotropes en France et prévalence de l'insomnie .....	- 25 -
3. Comorbidités psychiatriques et alcool .....	- 28 -
C. Questions de recherche.....	- 30 -
II. Matériel et Méthode .....	- 32 -
A. Matériel.....	- 32 -
1. Choix du questionnaire de repérage précoce : le FACE .....	- 32 -
2. La fiche de recueil de données : le Case report form (CRF) .....	- 34 -
3. Critères d'inclusion des patients .....	- 35 -
4. Les investigateurs .....	- 36 -
B. Recueil, traitement des données et outil statistique .....	- 36 -
1. Données recueillies et traitement des données .....	- 36 -
2. Analyse statistique .....	- 37 -
III. Résultats.....	- 39 -
A. Déroulement de l'étude.....	- 39 -
B. Résultats descriptifs.....	- 39 -
1. Description de la population de l'étude .....	- 39 -
2. Description de quatre sous-populations en fonction du mode de consommation d'alcool.....	- 42 -
C. Analyse bivariée .....	- 48 -

1.	Comparaison des 3 sous-groupes selon le genre.....	- 48 -
2.	Comparaison des 3 sous-groupes selon l'âge.....	- 49 -
3.	Comparaison des 3 sous-groupes selon la PCS.....	- 50 -
4.	Comparaison des 3 sous-groupes selon l'habitat.....	- 51 -
5.	Comparaison des 3 sous-groupes selon la consommation de tranquillisants ....	- 52 -
6.	Recherche d'une association entre les consommateurs de benzodiazépines et d'hypnotiques.....	- 53 -
7.	Recherche d'une association entre les internes et la proportion de consommateurs excessifs d'alcool et dépendants probables.....	53
D.	Analyse multivariée (risque 5 %).....	- 54 -
1.	Recherche de facteurs différenciant les usagers simples et abstinents versus les consommateurs excessifs et les dépendants probables.....	- 54 -
2.	Recherche de facteurs différenciant les usagers simples et abstinents versus les consommateurs excessifs probables (en excluant les dépendants probables).....	- 55 -
3.	Recherche de facteurs différenciant les usagers simples et abstinents versus les dépendants probables (en excluant les consommateurs excessifs probables).....	- 56 -
4.	Recherche de facteurs différenciant les consommateurs excessifs versus les dépendants probables (en excluant les usagers simples et abstinents).....	- 57 -
IV.	Discussion.....	- 58 -
A.	Résultats principaux.....	- 58 -
B.	Comparaison avec la littérature.....	- 59 -
1.	Estimations de la prévalence de l'usage d'alcool à risque.....	- 59 -
2.	Déterminants sociodémographiques des consommateurs excessifs.....	- 61 -
3.	Consommation de tranquillisants et alcool.....	- 63 -
C.	Forces et limites.....	- 65 -
1.	Forces de l'étude.....	- 65 -
2.	Limites de l'étude.....	- 66 -
D.	Nouvelles perspectives.....	- 67 -
V.	Conclusion.....	- 69 -
VI.	Bibliographie.....	- 70 -

VII.	Annexes.....	- 75 -
A.	Annexe 1 : CRF .....	- 75 -
B.	Annexe 2 : Note d'information.....	- 76 -
C.	Annexe 3 : questionnaire AUDIT (société française d'alcoologie, 2001) .....	- 77 -
D.	Annexe 4 : questionnaire DETA.....	- 78 -

## Liste des abréviations

AUDIT : Alcohol use disorders identification test

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

BMCM : Boire moins c'est mieux

CDA : Consommation déclarée d'alcool

CIM-10 : 10<sup>e</sup> Classification internationale des maladies

CSAPA : Centre d'accompagnement et de prévention en addictologie

CPP : Comité de protection des personnes

DES : Diplôme d'études spécialisées

DETA : Diminuer entourage trop alcool

FACE : Fast alcohol consumption evaluation ou Formule pour apprécier la consommation par entretien

HAS : Haute autorité de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR : Odd-ratio

PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles

RC : Résultat de consultation

RPIB : Repérage précoce et intervention brève

SFA : Société française d'alcoologie

SFMG : Société française de médecine générale

SNC: Système nerveux central

TWEAK: Tolerance, worried, eye-opener, amnesia, cutdown

UPL: Unité pédagogique locale

URPS: Union régionale des professionnels de santé

## Avant-propos

En soins de premier recours, le médecin généraliste est amené à apporter des réponses diagnostiques et thérapeutiques face à tous types de pathologies aiguës ou chroniques.

Il joue également un rôle primordial dans la prévention des maladies en dépistant les stigmates le plus tôt possible afin de préserver la bonne santé du patient. [1] L'observation indirecte du mode de vie des patients par la communication et la clinique apporte au médecin généraliste des renseignements sur les conduites à risque.

En France, 94,9 % des citoyens âgés de 18 à 64 ans consomment des boissons alcoolisées de façon occasionnelle ou plus fréquente. L'alcool est un produit de grande consommation sans véritable valeur nutritive, qui s'intègre surtout dans le patrimoine culturel et traditionnel à travers le monde. C'est également la substance psycho-active la plus expérimentée. (Source : Baromètre Santé 2010, INPES)

Le comportement d'alcoolisation excessive ou chronique peut être responsable de nombreux dommages physiques, psychiques et sociaux humains même si son incrimination reste toutefois difficile à préciser dans la survenue de pathologies multifactorielles.

Selon les données statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la France se range parmi les pays les plus grands consommateurs de boissons alcoolisées en Europe (13.4 l d'alcool pur par an par individu, alors que la consommation moyenne mondiale équivaut à 6.13l d'alcool par personne âgée de plus de 15 ans). C'est pourquoi depuis 1999, le programme «Boire Moins C'est Mieux » (BMCM), responsable de la diffusion de la prévention secondaire au sein de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), adapte le programme de l'OMS en matière de repérage précoce au contexte français.

Le stage d'internat en médecine générale ambulatoire a été l'occasion pour une promotion de bénéficier d'une formation intitulée « Repérage précoce et intervention brève (RPIB) en alcoologie » en Flandre Maritime entre novembre 2011 et avril 2012.

Cette formation était pilotée par l'ANPAA du Nord en partenariat avec l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) et animée par le Dr Anne-Françoise HIRSCH, médecin coordinatrice en Centre d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de l'ANPAA 59 et ses collaboratrices.

Elle s'intègre dans un projet pédagogique d'implémentation du RPIB en soins primaires de façon systématique auprès des patients. L'objectif était de maîtriser l'outil et d'avoir une

action préventive après repérage des patients ayant une consommation excessive d'alcool et de pouvoir échanger sur les remarques, les difficultés rencontrées au cours de groupe d'échanges de pratiques.

D'après Huas et Rueff, formateurs de séminaires sur le thème de l'alcool auprès de médecins généralistes et auteurs de l'ouvrage « alcool et médecine générale » : « *les médecins sont surtout préoccupés par la prise en charge des malades alcoolodépendants. Au cours des séminaires, ils étaient surpris de découvrir l'existence de malades non alcoolodépendants mais ayant un usage nocif de l'alcool et par la relative simplicité de leur prise en charge dès lors que le diagnostic « alcool » était évoqué.* »[2]

## I. Introduction

### A. Contexte

#### 1. Les différents comportements de consommation des boissons alcooliques

L'ouverture du dialogue sur les comportements de consommation d'alcool a permis de dégager une population jusqu'alors méconnue, celle des usagers à risque.

La consommation excessive d'alcool est définie par des modèles épidémiologiques [3] : les seuils de risque actuellement définis par l'OMS et diffusés par l'INPES sont de 21 verres standards par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes.

Le verre standard correspond à une quantité de 10 grammes d'alcool pur soit une unité d'alcool dans la plupart des pays.



La Société française d'alcoologie (SFA) a proposé le découpage suivant pour déterminer les différents comportements de consommation de l'alcool : [4]

**Le non-usage** : primaire ou secondaire (abstinence).

### **L'usage simple**

L'usage d'alcool, également appelé « usage d'alcool à risque faible, usage simple, etc. », est commun en France ; il a aussi une importante place dans les rites sociaux. Il peut être expérimental, occasionnel ou régulier. Cet usage peut être sans risque (en l'absence de situations de risque particulières) s'il reste modéré. C'est une consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication pour la santé, ni trouble du comportement ayant des conséquences nocives pour soi ou pour autrui.

### **L'usage à risque**

La consommation à risque est une consommation susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages (dépendance incluse). Il convient de se représenter le risque de deux manières : Tout d'abord un risque différé et cumulatif : la morbidité et la mortalité augmentent au-delà des seuils de consommation à risque définis par l'OMS, mais aussi un risque immédiat, puisque la consommation peut devenir nocive dans certaines situation à risque (conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, etc.)

### **L'usage nocif**

Il se caractérise par la concrétisation des dommages liés à une consommation à risque répétée. Selon la 10<sup>ème</sup> Classification internationale des maladies (CIM-10), l'usage nocif d'alcool est défini à la fois par les dommages induits par une consommation répétée (physiques ou psychiques) et par l'absence des critères de l'alcoolodépendance.

On parle d'usage nocif lorsqu'on peut constater des infractions répétées liées à l'usage de l'alcool, l'aggravation de problèmes personnels ou sociaux causés ou amplifiés par les effets de la substance, des difficultés et/ou l'incapacité à remplir ses obligations dans la vie quotidienne.

### **L'usage avec dépendance**

Ce type d'usage concerne toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par le rapport à des seuils de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont le plus souvent associés.

L'usage avec dépendance s'accompagne en général d'une "tolérance" à l'alcool et de signes de sevrage plus ou moins importants. Elle existe lorsqu'une personne ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques.

Les terminologies « usage à risque », « usage nocif » et « usage avec dépendance » se regroupent sous l'appellation « mésusage »

La consommation d'alcool s'inscrit dans un continuum. Le glissement de l'usage simple à l'usage nocif peut se faire de manière invisible. La personne se trouve alors dans une phase que l'on appelle habituellement « usage à risque » dans laquelle il n'y a pas encore de dommage apparent mais pour laquelle il est impératif d'intervenir.

## **2. Pertinence du RPIB**

La pratique du RPIB et son évaluation sont récentes. Les premières publications sur le sujet datent du milieu du vingtième siècle

### **a) *Qu'est-ce que le RPIB ?***

#### **Repérage précoce**

L'amélioration de la santé mentale de la population nécessite parfois de mettre en place des mesures d'identification de cas et de dépistage. Ces mesures, si elles conduisent à un diagnostic, permettent d'intervenir précocement afin de prévenir les complications ou la détérioration de la condition. Le dépistage vise à identifier les personnes asymptomatiques dans une population ciblée qui sont aux premiers stades de la maladie.[5]

Le RPIB est une technique de dépistage au moyen d'un questionnaire qui permet au cours d'une consultation médicale d'évoquer la consommation d'alcool avec le patient et de repérer s'il existe un usage à risque comme défini plus haut afin de proposer une conduite à tenir adaptée : l'intervention brève. Elle peut nécessiter une formation auprès des intervenants.

Le RPIB s'adresse tout particulièrement à ce type de consommateur à risque « qui se méconnaît » afin de l'informer que son comportement vis-à-vis de l'alcool est susceptible d'être néfaste pour sa santé. L'objectif est d'obtenir un retour à une consommation d'alcool en dessous des niveaux de risque définis plus haut.

La conduite de repérage habituelle des problèmes liés à l'alcool peut s'appuyer sur des tests de repérage qui ont été validés à cet effet. Plusieurs sont décrits parmi lesquels :

- l'*Alcohol use disorders identification test* (AUDIT) (Annexe 3) mis au point en 1990 par l'OMS. Une validation en population générale avait été faite initialement dans 6 pays en 1993 [6]
- le test *Diminuer entourage trop alcool* (DETA) (Annexe 4) traduit du questionnaire CAGE [7]
- le test *Formule pour apprécier la consommation par entretien* (FACE).qui est utilisé dans cette étude et décrit plus loin.

### **Intervention brève**

L'intervention brève est une démarche soignante basée sur l'entretien motivationnel [8] de courte durée. Elle favorise la prise de conscience progressive du patient de l'intérêt de modifier son comportement selon son degré de motivation. L'intervention brève fait partie plus largement des thérapies cognitivocomportementales et trouve son origine dans les thérapies comportementales avec entre autres protagonistes les psychothérapeutes James Prochaska et Carlo Di Clemente et leur Modèle Transthéorique du Changement.[9] Selon eux, la motivation au changement est variable et doit être considérée comme un objectif à part entière de la thérapie.[10]

Ils ont distingué ainsi les stades pré-intentionnel, intentionnel, de préparation, d'action, de maintien et de résolution.[11]

La détermination du stade motivationnel du patient par le soignant permet ainsi d'adapter l'entretien et l'intervention.

Selon l'OMS et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)[12], les composants de l'intervention en alcoologie sont :

- la restitution du test de repérage utilisé (évaluer avec le patient sa consommation d'alcool)
- l'explication du risque alcool
- la notion du verre standard
- l'information des repères de consommation et des seuils à ne pas dépasser
- citer les avantages à diminuer la consommation
- expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- expliquer les étapes de processus de changement
- renforcer la motivation
- proposer des objectifs réalisables et laisser le choix
- proposer une autre consultation ou rencontre

- remettre un livret d'information

### ***b) Diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes en France***

Depuis 2006, le Ministère chargé de la Santé développe une stratégie de diffusion à échelle nationale du RPIB auprès des médecins généralistes conformément à la circulaire de la DGS du 12 octobre 2006. [13]

L'initiative du Ministère de la Santé est motivée par l'existence du programme « Less is better » (BMCM en France) de l'OMS de lutte contre les alcoolisations excessives et par la mise en œuvre de stratégies régionales hétérogènes de promotion du RPIB depuis plusieurs années.[14] Le RPIB serait reconnu comme l'une des dix mesures étant les « meilleures pratiques » dans la lutte contre les problèmes de santé publique liés à l'usage d'alcool.[15]

D'après le programme BMCM, le RPIB aurait un impact à l'échelle de la société sur la morbidité liée à l'alcool.[16]

La région Nord-Pas-de-Calais s'est impliquée dans la diffusion du RPIB à partir de 2007. La stratégie a été portée par l'ANPAA 59 en partenariat avec l'ANPAA 62. Le projet initial consistait à former un groupe de formateurs susceptible d'assurer à leur tour des actions de formation notamment dans leur association locale de formation continue.[12]

Selon les informations transmises à l'OFDT, neuf formations de médecins généralistes ont été réalisées entre juin 2007 et juin 2008 à l'initiative de l'ANPAA (59 et 62) et en partenariat avec l'URMEL du Nord.

### ***c) Place du médecin généraliste dans le RPIB et efficacité de l'intervention***

#### **Place du médecin généraliste**

De nombreuses études à ce sujet ont été menées dans différents pays. Bien que les systèmes de soins diffèrent, ces études sont unanimes quant à la place attribuée au médecin généraliste en qualité d'acteur privilégié dans le repérage précoce des consommateurs d'alcool à risque.[15, 16-21] Son intervention simple (le fait d'ouvrir le

dialogue tabou de la consommation d'alcool) aurait été jugé efficace pour modifier les comportements.

D'autre part, l'action du médecin généraliste aurait un impact à l'échelle économique en faisant diminuer le nombre de jours d'hospitalisations comme le suggère une étude américaine réalisée en 2000 mais là encore, les systèmes de soins restent peu comparables au modèle français.[22]

Nous voyons ici le rôle important que peut jouer le médecin généraliste en termes de prévention. La généralisation d'une telle démarche de repérage aurait pour effet à long terme de diminuer considérablement le risque de développement d'une dépendance à l'alcool, de nos jours encore de mauvais pronostic.[23]

### **Efficacité de l'intervention brève**

L'efficacité de l'intervention brève a été étayée par une méta-analyse en 2007 selon la méthodologie Cochrane [24] reprenant les résultats de plusieurs études antérieures.

L'analyse d'un essai d'intervention multicentrique dans 10 pays organisé par l'OMS aurait montré une amélioration statistiquement significative de 18 % chez les hommes du groupe intervention par rapport au groupe sans intervention.[25]

Par ailleurs, une étude prospective avec suivi de population sur 10 ans a comparé les effets à long terme de 3 types d'intervention d'une durée de 5 à 60 minutes (simple avis, intervention brève et intervention étendue) auprès des patients ayant une consommation d'alcool à risque. Après 9 mois, un impact significatif de l'intervention sur la consommation était observé quelque soit l'intervention et son intensité par rapport au groupe contrôle. Cette différence disparaissait après 10 ans d'où la nécessité d'un suivi et des rappels pour que l'effet se prolonge dans le temps.[26]

En ce qui concerne la France, la littérature est pauvre et les évaluations manquent de puissance. Ceci peut être dû au fait que la diffusion à l'échelle nationale est encore toute récente. Le modèle de soins primaires en France n'étant pas superposable à d'autres pays, il serait intéressant de savoir si le RPIB est réellement applicable et efficient.

Une étude française randomisée a été réalisée en 2002, celle-ci retrouvait une absence de différence significative entre le groupe témoin et le groupe ayant reçu l'intervention. Cependant on observait une réduction importante de la consommation d'alcool dans les deux groupes.[27]

## **B. Etat des connaissances**

### **1. Conséquences de l'alcool sur la santé**

D'après le rapport publié en 2011 par l'OMS [28], près de 4 % des décès mondiaux seraient liés à l'alcool. La plupart des décès résultent de traumatismes, de cancers, de maladies cardio-vasculaires et de cirrhose du foie. L'usage nocif entraînerait 2,5 millions de décès chaque année, ainsi que des maladies et des traumatismes en grand nombre. Il affecte de plus en plus les jeunes générations.

L'usage nocif de l'alcool est l'un des quatre principaux facteurs de risque communs, avec le tabagisme, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité, des quatre grands groupes de maladies non transmissibles (MNT), à savoir les maladies cardio-vasculaires, les maladies cancéreuses, les pneumopathies chroniques et le diabète.

#### ***a) Mortalité imputable à la consommation d'alcool (données issues de l'OFDT)***

L'alcool tue. Plutôt que de lister le catalogue des maladies imputables à la consommation d'alcool, nous optons pour une étude rapportant l'indice de mortalité attribuable à l'alcool. Les chiffres de cette étude menée en 2006 ont été calculés à partir des données de consommation d'une enquête réalisée en 2005.[29] L'utilisation de données aussi récentes pour le calcul d'un nombre de décès attribuable à l'alcool peut tendre à sous estimer ce chiffre. L'interprétation de ces résultats, qui ont nécessité différents types d'ajustement, demande donc une grande précaution. Cependant cette étude a l'intérêt d'illustrer clairement le grand nombre de pathologies mortelles imputables à l'alcool.

En effet, d'après cette étude (tableau 1), 20 200 décès de personnes âgées de 15 à 75 ans seraient liés à l'alcool, dont un tiers par pathologies cancéreuses, un peu plus d'un quart par pathologie hépatique (cirrhose essentiellement), 15 % par maladie cardiovasculaire, 10 % par accidents ou suicides, et près de 15 % par troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool. Les décès liés à l'alcool sont très majoritairement masculins (à 80 %).

*Tableau 1 : Nombre de décès attribuables à l'alcool par pathologies et par sexe en 2006 parmi les 15-75 ans*

	Nombre de décès liés à l'alcool chez les hommes	Nombre de décès liés à l'alcool chez les femmes
<b>Total tumeurs malignes</b>	<b>5250</b>	<b>1496</b>
Troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool (F10)	2226	536
Dégénérescence du système nerveux lié à l'alcool	64	13
Polynévrite alcoolique	10	2
<b>Total maladie du système nerveux</b>	<b>2300</b>	<b>551</b>
Maladies hypertensives	505	125
Cardiopathie ischémique	197	-86
Myocardiopathie alcoolique	72	10
Accidents vasculaires cérébraux hémorragiques	794	868
Accidents vasculaires cérébraux ischémiques	613	-79
<b>Total maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>2181</b>	<b>838</b>
Gastrite alcoolique	5	0
Maladie alcoolique du foie	4254	1240
Cirrhose du foie, autres et sans précisions	6	2
Pancréatite chronique alcoolique	35	2
<b>Total maladies de l'appareil digestif</b>	<b>4300</b>	<b>1244</b>
<b>Total accidents et violences</b>	<b>1772</b>	<b>184</b>
Diabète	346	-207
<b>Total général</b>	<b>16149</b>	<b>4106</b>

Source: Rey G, Boniol M, Jouglu E. Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration for French data 2006. *Addiction* 2010;105:1018-29.

### **b) Alcool : produit psycho-actif**

L'alcool, en tant que substance chimique psycho-active, est capable de modifier le fonctionnement du cerveau. Elle possède un pouvoir addictif c'est-à-dire qu'elle est capable de déclencher le phénomène de pharmacodépendance en perturbant les sécrétions de la dopamine au niveau du système nerveux central (SNC).

D'après le rapport Reynaud sur les pratiques addictives [30], la consommation d'un produit psycho-actif peut présenter deux types de risques :

- le risque d'installation d'une dépendance : l'évolution de l'abus à la dépendance est progressive, mais non inéluctable. Elle dépend beaucoup du potentiel toxicomanogène de la substance concernée, mais aussi, de déterminants personnels et environnementaux.
- le risque d'apparition de complications physiques, psychologiques et sociales.

Le risque de dépendance à un produit peut être évalué comme étant la résultante de l'interaction entre trois facteurs : la vulnérabilité, les caractéristiques liées au produit et l'exposition.[30]

Neurobiologiquement, la dépendance à l'alcool peut être considérée sous deux angles de vue :

- la dépendance psychologique qui se réfère à l'habitude comportementale de la consommation d'alcool. Celle-ci est sous-tendue par le système de récompense en particulier la voie dopaminergique mésolimbique (cette voie part des neurones de l'aire tegmentale ventrale qui innervent plusieurs structures du système limbique dont le noyau accumbens). Cette voie est importante pour la mémoire et la motivation de nos comportements
- la dépendance physique qui se réfère à la tolérance pharmacologique induite par la consommation chronique d'alcool et entraîne le syndrome de sevrage alcoolique. Elle est sous-tendue par un déséquilibre entre deux neurotransmetteurs (le glutamate et l'acide gamma-aminobutyrique (GABA)).[31]

L'alcool, à l'instar des benzodiazépines, facilite la transmission GABAergique et induit des effets anxiolytiques. La principale responsabilité des symptômes de sevrage est attribuée à un hypofonctionnement de la transmission GABAergique, qui se traduit par une hyperexcitabilité du SNC. Ainsi les benzodiazépines sont efficaces dans le traitement du sevrage en alcool.

## 2. Epidémiologie de la consommation de psychotropes en France et prévalence de l'insomnie

### a) *Les tranquillisants*

Les médicaments psychotropes sont également des substances psycho-actives mais dont l'utilisation est thérapeutique et soumise à prescription médicale. Deux types de médicaments sont prescrits les plus fréquemment (7 % des médicaments consommés au cours de l'année d'après le Baromètre Santé 2005) :

- les anxiolytiques: ils diminuent l'angoisse et les manifestations de l'anxiété. Les anxiolytiques les plus prescrits, notamment pour une durée longue, appartiennent à la famille des benzodiazépines, connues pour le risque de dépendance qu'elles entraînent.
- les somnifères ou hypnotiques: ils sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil. De ce fait, ils peuvent diminuer la vigilance. Les somnifères les plus prescrits, notamment pour des durées longues, n'appartiennent pas à la famille des benzodiazépines mais celles-ci sont encore souvent utilisées en raison de leur efficacité contre l'angoisse.

Sur le plan biochimique, à l'instar de l'alcool, les benzodiazépines ont des effets indirects sur le système dopaminergique : doués de propriétés agonistes GABAergiques, ils lèvent également l'inhibition des neurones dopaminergiques en déprimant l'activité des interneurons GABAergiques de l'aire tegmentale ventrale (ils inhibent l'inhibition).[30]

Les neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale (ATV) sont fondamentaux dans l'activation de notre système de récompense qui gère naturellement nos désirs, nos plaisirs et nos émotions mais qui joue aussi un rôle central dans la mise en place des phénomènes de dépendance.

### b) *Données chiffrées*

Le pourcentage de consommation d'hypnotiques en médecine générale peut être estimé entre 15 et 20% selon une enquête française réalisée en 2003.[32]

Les hypnotiques sont très consommés en France. Les français sont d'ailleurs les plus gros consommateurs en Europe d'hypnotiques et/ou de somnifères : trois fois plus que les

britanniques ou que les allemands. Les plus couramment utilisés sont les benzodiazépines.[33]

Le baromètre Santé 2005 nous informe des chiffres suivants après enquête en population générale :

- Près de quatre adultes sur dix (37 %) disent avoir déjà pris un médicament psychotrope au cours de leur vie, et un cinquième (19 %) indiquent l'avoir fait au cours de l'année écoulée.
- Les femmes sont nettement plus concernées que les hommes : 45 % vs 28 % au cours de la vie, 24 % vs 14 % au cours de l'année,
- Les fréquences augmentent avec l'âge jusqu'à 45-54 ans pour plafonner par la suite.

Si globalement toutes les consommations augmentent avec l'âge, seuls les somnifères croissent continuellement jusqu'à 75 ans, les deux autres classes thérapeutiques connaissent un recul au-delà de 55 ans.[34]

### **c) L'insomnie**

Selon la Classification internationale des troubles du sommeil [35], le diagnostic de l'insomnie se fait essentiellement à partir d'une plainte subjective du patient (c'est-à-dire que l'insomnie ne correspond pas à une structure pathologique du sommeil). Il s'agit de difficultés à s'endormir ou à maintenir le sommeil, de réveil trop précoce et/ou d'un sommeil non réparateur ou de mauvaise qualité. Ces difficultés surviennent en dépit des opportunités et de circonstances adéquates pour dormir et entraînent des répercussions sur le fonctionnement diurne (fatigue, baisse d'attention, de concentration ou de mémoire, irritabilité). La persistance de l'insomnie au-delà de trois mois permet de différencier les insomnies chroniques des insomnies aiguës (ou insomnies d'ajustement) qui durent de quelques jours à trois mois maximum, et qui sont souvent liées à des événements ponctuels ou à des situations nouvelles stressantes (parfois récidivantes ou pouvant se chroniciser).

D'après la DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual)[36], l'insomnie primaire est définie par le DSM de la façon suivante : « la plainte essentielle est une difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil ou un sommeil non réparateur, cela pendant au moins un mois. La perturbation du sommeil (ou la fatigue diurne associée) est à l'origine d'une souffrance

marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants »

Une revue de la littérature sur l'insomnie sur la période 1980 à 2009 a été réalisée et a fait l'objet d'une publication dans la revue d'Epidémiologie et de Santé Publique en 2011. Les différences méthodologiques des enquêtes ainsi que l'hétérogénéité de la définition des troubles ont donné des prévalences très diverses de l'ordre de 15 à 20 %. En moyenne les femmes déclaraient systématiquement plus de troubles du sommeil que les hommes.[37]

Une étude épidémiologique sur la plainte d'insomnie a été menée auprès de 5 622 sujets âgés de 15 à 96 ans constituant un échantillon représentatif de la population française non institutionnalisée de cet âge. Les entretiens téléphoniques ont été réalisés avec le Système Expert Sleep-EVAL. Une plainte d'insomnie se retrouverait pour 18,6 % de l'échantillon. Cette plainte serait deux fois plus fréquente parmi les femmes ; elle serait également plus fréquente chez les sujets âgés, séparés, divorcés ou veufs, faiblement scolarisés et sans emploi. Des variations régionales importantes seraient aussi observées dans le Nord de la France et le Centre où les taux étaient beaucoup plus élevés qu'ailleurs en France (risque relatif de 1,4 fois supérieur [IC 95 % : 1,1-1,6] pour la région Nord). Parmi les sujets ayant une plainte d'insomnie : 30 % d'entre eux présentaient un diagnostic DSM IV de type insomnie ; 33 % avaient reçu un diagnostic de troubles anxieux ; 12 % de troubles dépressifs ; 25,3 % ne répondaient pas aux conditions d'un quelconque diagnostic.[38]

Selon la Haute autorité de Santé (HAS), les rares études disponibles en médecine générale estiment que l'insomnie toucherait globalement la moitié des consultants en médecine générale et se répartirait en 15 à 17 % d'insomnies légères (1 nuit par semaine), 12 à 17 % d'insomnies modérées (2 ou 3 nuits par semaine) et 19 à 23 % d'insomnies sévères (4 nuits par semaine ou plus). Les conséquences de l'insomnie au plan de la santé individuelle induiraient une qualité de vie globalement comparable à celle des personnes ayant une maladie chronique. Les études épidémiologiques font ressortir un lien statistique positif entre troubles du sommeil et troubles psychiatriques (dépression, anxiété, troubles émotionnels, abus de substances illicites et d'alcool). Les insomniaques auraient un risque accru d'accidents de la route et d'accidents du travail, notamment en raison des effets résiduels des hypnotiques. Les médecins généralistes sont concernés au premier chef, l'insomnie étant un motif typique de recours en soins primaires, et ont en charge le suivi de la grande majorité des patients insomniaques.[39]

L'insomnie est donc un symptôme, révélateur ou conséquence, de divers déséquilibres de la santé d'un individu.

### 3. Comorbidités psychiatriques et alcool

Nous traiterons dans ce chapitre les comorbidités telles que les troubles anxieux, l'insomnie et les polytoxicomanies en exploitant les données de la littérature de façon non exhaustive étant donnée l'ampleur des thématiques abordées.

#### Alcool et trouble anxieux\*

L'alcool et les troubles anxieux entretiennent des relations fortes et complexes l'un avec l'autre :

L'étude NESARC [40] a tenté d'évaluer les pathologies addictives et leurs comorbidités psychiatriques. Cette étude a été menée en population générale aux Etats-Unis sur plus de 13 000 sujets. Il est montré que 18 % des patients ayant un trouble anxieux auraient aussi une dépendance à l'alcool (soit 1,6 à 3,6 fois plus que la population générale), et qu'environ 15 % des sujets dépendants auraient aussi un trouble anxieux. Les troubles anxieux (surtout phobie sociale, trouble panique et syndrome de stress post-traumatique selon l'étude NESARC) constitueraient bien des facteurs de risque pour l'alcoolodépendance.[41]

Une étude danoise a tenté de rechercher le lien de cause à effet entre ces deux troubles en se portant sur l'âge d'apparition de chaque trouble pris séparément. Le plus souvent, les troubles anxieux apparaissent comme étant secondaires à l'alcoolodépendance.[42]

Ainsi les intrications entre alcool et trouble anxieux sont complexes.

Selon Gordwood [41], *« il est particulièrement important d'informer les anxieux qui ont des problèmes d'alcool, même modérés et ayant peu de retentissements, du risque plus élevé qu'ils ont de devenir à terme dépendants »*.

Une enquête de l'Observatoire de la médecine générale de la SFMG, menée en 1994-1995, a étudié les perceptions du « risque alcool » et des comorbidités liées à l'alcoolisation par les médecins généralistes. [43] Les comorbidités associées au cours de la même séance avec le Résultat de consultation (RC) « alcoolisme », par ordre de fréquence, sont différentes selon les classes d'âge :

- Pour les 15-39 ans, les problèmes d'ordre psychologique et de troubles du comportement sont les premiers RC.
- Pour les 40-59 ans, les problèmes d'ordre psychologique sont encore très présents mais leur rang de fréquence diminue, les perturbations des appareils vasculaires et

endocriniens sont devenues prépondérantes : hypertension artérielle, hyperlipidémie, tabagisme, diabète, insuffisance cardiaque et accident cérébral.

- Pour les 60 ans et plus, l'effet du vieillissement prime avec le retentissement cardiovasculaire, endocrinien et tabagique des pathologies précédentes, les problèmes d'ordre psychologique suivent.

\*le terme trouble anxieux est un terme générique qui regroupe plusieurs diagnostics selon la DSM IV [36]. Sont inclus l'attaque de panique, l'agoraphobie, le trouble panique avec ou sans agoraphobie, la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress post-traumatique, l'état de stress aigu, l'anxiété généralisée, le trouble anxieux dû à une affection médicale générale, le trouble anxieux induit par une substance, le trouble anxieux non spécifié.

### **Alcool et insomnie**

Dans l'étude précédente [43], le RC « insomnie » arrive dans la sous-population avec RC « alcoolisme » :

- au 9<sup>e</sup> rang chez les consultants de 15 à 39 ans,
- au 7<sup>e</sup> rang chez les consultants de 40 ans à 59 ans,
- au 6<sup>e</sup> rang chez les consultants de 60 ans et plus.

Par ailleurs, l'insomnie serait présente chez 36 à 72 % des personnes dépendantes à l'alcool. Cette affection concernerait 10 à 40 % de la population générale. 28 % des insomniaques disent prendre de l'alcool pour faciliter leur sommeil.[44]

Le risque de développer un alcoolisme chronique serait 2,14 fois plus important chez les insomniaques que chez les dits bons dormeurs.[45]

Le pourcentage de patients consommant des hypnotiques parmi les sujets alcoolodépendants est estimé entre 30 et 50 %.[46]

### **Alcool et polytoxicomanies**

Les somnifères et les anxiolytiques sont parfois utilisés de façon abusive, à doses massives ou en association à d'autres produits notamment l'alcool. L'association avec l'alcool est fréquente dans le cadre de ces polytoxicomanies.[47]

Une expertise collective réalisée en 2003 sous l'égide de l'INSERM a fait ressortir, après analyse de différentes études notamment américaines (Epidemiologic catchment area program du National Institute of mental health) que la dépendance ou l'abus d'une substance augmenterait de sept fois le risque de dépendance à une autre substance addictive.[48]

### **C. Questions de recherche**

L'objet de cette étude découle directement de la formation RPIB que les internes et leurs maîtres de stage ont pu mettre en pratique en cours du stage de médecine générale ambulatoire de niveau 1 ou 2 (Stage autonome en soins primaires ambulatoire et supervisé (SASPAS)).

Le projet pédagogique consistait en l'utilisation du RPIB en soins primaires de façon systématique auprès de nos patients et de pouvoir échanger sur les remarques, les difficultés rencontrées au cours de groupe d'échanges de pratiques. Cette formation visait à maîtriser l'outil de repérage et à avoir une action préventive ou interventionnelle après repérage des comportements de consommation d'alcool à risque.

Dans ce cadre de groupe de travail, une étude transversale descriptive multicentrique en soins primaires a été réalisée sur les terrains de stage avec la collaboration des internes des UPL en Flandre Maritime durant le semestre de novembre 2011 à avril 2012.

L'idée fut de recueillir l'ensemble des données du repérage précoce effectué auprès des consultants afin d'établir une vision plus précise du mode de consommation d'alcool.

Il paraissait intéressant de tester par ailleurs (de façon rétrospective par exploitation des dossiers médicaux) les composantes d'ordre démographique ainsi que la notion de prescription de benzodiazépines et de somnifères dans cette même population.

En effet, d'après une récente thèse de médecine générale, il est apparu que le risque d'avoir un mésusage d'alcool chez les femmes ayant une consommation d'hypnotiques est sensiblement plus élevé alors qu'il n'y a presque pas de différence chez l'homme.[49] D'autre part, nous avons pu voir que l'association entre trouble anxieux et mésusage d'alcool était fortement documentée dans la littérature.

L'objectif principal de cette étude était d'estimer le taux des consommateurs excessifs au sein des consultants en soins primaires ayant participé à l'étude, selon le poids des déterminants sociodémographiques (sexe, âge, profession, habitat) au moyen du questionnaire de repérage FACE.

Un deuxième objectif était d'observer s'il existait une association entre la consommation de tranquillisants (hypnotiques et benzodiazépines) et le mode de consommation d'alcool chez les patients ainsi repérés.

## II. Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive transversale multicentrique menée sur la période de novembre 2011 à avril 2012.

### A. Matériel

#### 1. Choix du questionnaire de repérage précoce : le FACE

Le choix du questionnaire comme outil pour aborder la consommation d'alcool est justifié car il place tous les patients dans la même situation ce qui permet des comparaisons entre les répondants. Par ailleurs, le questionnaire permet d'obtenir des réponses sincères en posant des questions auxquelles les patients sont réellement capables de répondre.[50]

D'autre part, de nombreux auteurs considèrent que les questionnaires sont plus efficaces pour le repérage des consommateurs à risque que d'autres méthodes.[51]

Le test de repérage précoce utilisé était un hétéroquestionnaire en cinq questions intitulé FACE. Ce questionnaire a été élaboré en 2002 et fut l'objet d'une Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine.[52]

Celui-ci permet de classer les patients selon un risque faible ou nul, une consommation excessive probable, une dépendance probable. Il est à remplir au cours d'une relation « face à face » au cabinet du médecin.

L'intérêt de ce questionnaire est d'être court, utilisable en entretien notamment de médecine générale et possédant les mêmes qualités que l'AUDIT en terme de sensibilité et spécificité pour les deux diagnostics de référence (alcoolisation à risque, alcoolodépendance), avec des cutoffs suffisamment séparés pour que le groupe médian, relevant de l'intervention brève, ait une existence réelle.

Il se compose de deux questions de l'AUDIT (portant sur la fréquence des prises d'alcool et sur les quantités), de deux questions issues du DETA permettant d'améliorer ses capacités à discriminer les buveurs à problèmes des patients dépendants de l'alcool et d'une question sur le *black-out* issue du TWEAK.[52, 53]

Les cinq questions du questionnaire FACE sont :

1) A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	
▪ Jamais	= 0
▪ Une fois par mois au moins	= 1
▪ 2 à 4 fois par mois	= 2
▪ 2 à 3 fois par semaine	= 3
▪ 4 fois ou plus par semaine	= 4
2) Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire ou vous buvez de l'alcool ?	
▪ Un ou deux	= 0
▪ Trois ou quatre	= 1
▪ Cinq ou six	= 2
▪ Sept à neuf	= 3
▪ Dix ou plus	= 4
3) Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	
▪ Oui	= 4
▪ Non	= 0
4) Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	
▪ Oui	= 4
▪ Non	= 0
5) Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire	
▪ Oui	= 4
▪ Non	= 0

Score total

L'interprétation du questionnaire FACE est la suivante :

- Hommes :
  - Score inférieur à 5 = risque faible ou nul
  - Score compris de 5 à 8 = consommation excessive d'alcool probable
  - Score supérieur à 8 = alcoolodépendance probable
- Femmes :
  - Score inférieur à 4 = risque faible ou nul
  - Score de 4 à 8 = consommation excessive d'alcool probable
  - Score supérieur à 8 = alcoolodépendance probable

Ses qualités informationnelles sont :

- Pour le dépistage des buveurs excessifs (hommes) : Sensibilité (Se) 87,8 %, spécificité (Sp) 74 %, Valeur prédictive positive (VPP) 43,4 %, Valeur prédictive négative (VPN) 96,4 %
- Pour le dépistage des buveurs excessifs (femmes) : Se 84,4 %, Sp 84 %, VPP 35,5 %, VPN 98,1 %
- Pour le dépistage de l'alcoolodépendance ou de l'abus chez les deux sexes: Se 75 %, Sp 95,8 %, VPP 55,1 %, VPN 98,2 %

L'étude REPEX menée par le programme BMCM a permis de tester l'acceptabilité du questionnaire FACE auprès de médecins généralistes français, belges et suisses et de leurs patients.[54, 55] Cette étude visait à comparer trois méthodes de repérage des buveurs excessifs et semblait confirmer la préférence des médecins pour le questionnaire FACE dans le repérage des consommateurs à risque

## **2. La fiche de recueil de données : le Case report form (CRF)**

Pour chaque RPIB effectué par l'interne, un CRF était mis à disposition de celui-ci.

Le CRF (Annexe 1) contient :

- les questions du repérage précoce selon le questionnaire FACE
- les déterminants sociaux
  - o L'âge calendaire
  - o le genre féminin ou masculin
  - o l'habitat selon la catégorisation urbain/ semi-urbain/ rural
  - o la profession
- la consommation de benzodiazépines ou d'hypnotiques dans les trois derniers mois.
- le numéro de l'interne (1 à 11) préalablement attribué
- le numéro de dossier du patient
- les trois premières lettres du nom de famille

L'investigateur pouvait remplir le questionnaire FACE au moment où il effectuait le repérage précoce. Puis le cas échéant, il pratiquait une intervention brève (au cas où le patient était usager à risque probable).

Ensuite, en dehors de la consultation et de façon rétrospective, l'investigateur recueillait à l'aide du dossier médical patient les déterminants sociodémographiques (âge, genre, lieu d'habitation, profession) et la prescription d'hypnotiques ou de benzodiazépines dans les trois derniers mois.

Les consignes de réalisation du RPIB étaient :

- Effectuer le RPIB au cours de la consultation comme enseignée durant la formation (avec l'amorce : « A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? »)
- le réaliser de manière systématique et non opportuniste, c'est-à-dire sans préjuger d'une éventuelle consommation à risque
- le réaliser sur une journée ou une demi-journée de consultation, pour chaque patient se présentant en consultation répondant aux critères d'inclusion, afin d'éviter au maximum un biais de recrutement
- obtenir le consentement du patient en fin de consultation et de lui remettre la note d'information (Annexe 2)
- respecter l'anonymat

L'étude menée entre dans le cadre des recherches de type non interventionnelle et n'est donc pas à ce titre soumise à une demande d'autorisation auprès du CPP (courrier du Président du CPP du 19 juillet 2012).

### **3. Critères d'inclusion des patients**

Les patients âgés de plus de 18 ans, qui consultaient aux cabinets des généralistes participant à l'étude (en Flandre Maritime), parlaient et lisaient le français, et avaient donné leur consentement oral pour participer à l'étude ont été inclus après réception d'une note d'information. (Annexe 2) durant la période de novembre à avril 2012.

## **4. Les investigateurs**

Les investigateurs étaient les 10 internes ayant bénéficié d'une formation au RPIB en stage chez le généraliste pratiquant en activité libérale. Les cabinets de médecine générale étaient au nombre de 9 et se situaient en Flandre Maritime, répartis entre zones urbaine, semi-urbaine et rurale, quartiers résidentiels et défavorisés. Les médecins généralistes travaillaient seuls, en association ou en maison de santé.

### **B. Recueil, traitement des données et outil statistique**

#### **1. Données recueillies et traitement des données**

Dans le cadre du semestre de stage, quatre groupes d'échanges de pratiques et deux demi-journées de formation au RPIB étaient organisées avec la présence des internes et de leurs maîtres de stage. Ces réunions furent l'occasion d'échanger les impressions sur le déroulement de l'étude et ses conditions de faisabilité. Les CRF complétés étaient recueillis et des exemplaires vierges étaient distribués de façon équitable. Le but étant d'obtenir un échantillon maximum en fonction des disponibilités de chacun. Plusieurs messages de sollicitation ont été envoyés au cours de l'étude.

Les professions ont été classées selon les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de l'INSEE (1982) :

- 1) Agriculteurs : horticulteurs, maraîchers, pêcheurs, etc.
- 2) Artisans, commerçants et chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
- 3) Cadre et professions intellectuelles supérieures : professions libérales, cadres de la fonction publique, professeurs, ingénieurs, etc.
- 4) Professions intermédiaires : professeurs des écoles, techniciens, agents de maîtrise, etc.
- 5) Employés : agents de surveillance, employés de commerce, agents de service de la fonction publique, etc.
- 6) Ouvriers : ouvriers qualifiés, ouvriers agricoles, chauffeurs
- 7) Retraités
- 8) Autres personnes sans activité professionnelle : chômeurs, étudiants, personnes diverses sans activité professionnelle.

## 2. Analyse statistique

Une base donnée sur tableur Excel a été constituée à partir du recueil des CRF

Les données étaient anonymisées avec identification arbitraire par ordre croissant des différents sujets.

Les numéros de dossiers, très peu renseignés, ont été abandonnés.

Les variables décrites étaient les suivantes :

- variables quantitatives discrètes (items du FACE)
- variables quantitatives continues (âge, score FACE total)
- variables binaires (sexe, hypnotiques, benzodiazépines)
- variables qualitatives (catégorie socioprofessionnelle, type d'habitat)

La base de données ainsi constituée a été traitée statistiquement par les médecins de Santé Publique de la Plateforme d'Aide Méthodologique du Service d'Information et des Archives Médicales du CHRU de Lille.

Plusieurs sous-populations en fonction du mode de consommation d'alcool ont été décrites, afin de permettre par la suite des comparaisons entre chaque groupe. Nous distinguons :

- **Les abstinents** : score 0 au questionnaire FACE
- **Les usagers simples** : score inférieur à 4 pour les femmes, inférieur à 5 pour les hommes au questionnaire FACE
- **Les consommateurs excessifs probables** : score compris entre 4 et 8 chez les femmes, entre 5 et 8 chez les hommes)
- **Les dépendants probables** : score supérieur à 8 au questionnaire FACE

En ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles établies selon l'INSEE, les catégories agriculteurs exploitants (1), artisans, commerçants et chefs d'entreprise (2), cadres et professions intellectuelles supérieures (3) ont été regroupés dans la catégorie « autres » par manque d'effectifs.

Une analyse statistique globale et par sous-population a été réalisée permettant une description de la population d'étude.

Pour l'analyse bivariée :

- les comparaisons de moyennes entre catégories de variables binaires ont été effectuées au moyen d'un test de Student
- les comparaisons de variables qualitatives ont été effectuées au moyen d'un test de  $\chi^2$  ou d'un test de Fischer exact
- les comparaisons de plusieurs moyennes ont nécessité l'analyse de la variance à un facteur (test ANOVA)

L'analyse bivariée a permis la construction de modèles multivariés par régression logistique en ne conservant que les variables d'ajustement dont les tests présentaient un  $p < 0.20$ . L'objectif était d'éliminer les facteurs de confusion entre les variables pour les ajuster.

L'analyse a été réalisée au moyen du logiciel R version 2.15.1.

### III. Résultats

#### A. Déroulement de l'étude

Sur la totalité du semestre, 392 CRF ont été recueillis avec le consentement des patients. Nous n'avons pas d'information sur le nombre de patients ayant refusé de participer à l'étude.

Les 392 CRF constituent notre population d'étude qui a été observée selon ses caractéristiques sociodémographiques, son mode de consommation d'alcool selon les critères du FACE, ainsi que la prescription de tranquillisants.

Remarque importante : les résultats donnés sont des estimations calculées avec un intervalle de confiance à 95 %.

#### B. Résultats descriptifs

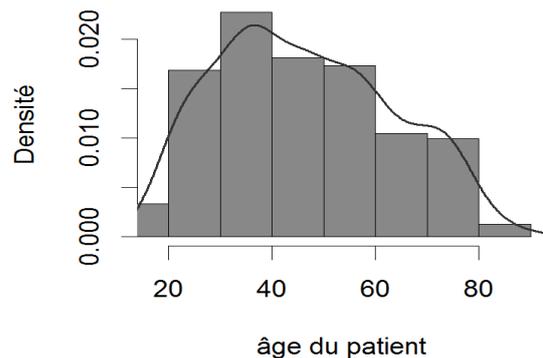
##### 1. Description de la population de l'étude

Les caractéristiques générales de la population d'étude sont présentées dans le tableau 2.

##### a) *Caractéristiques sociodémographiques et éducationnelles de la population d'étude*

**Effectif** : 392

**Age** : La moyenne d'âge de la population étudiée était de 46,5 ans [écart-type 16,7]

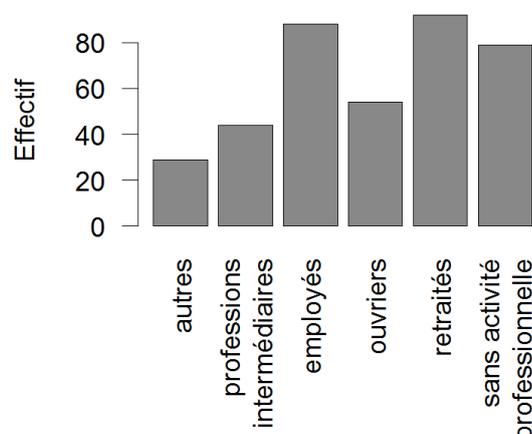


**Genre** : Elle se compose de 186 femmes soit 47 % [IC95 : 42,41-52,52] pour 206 hommes soit 53 % [IC95 : 47,48-57,59].

**Profession** : d'après les professions et catégories socioprofessionnelles établies par l'INSEE, la population étudiée se compose :

- de 8 % [IC95 : 5,09-10,61] autres PCS
- de 11 % [IC95 : 8,41-15] professions intermédiaires
- de 14 % [IC95 : 10,69-17,86] ouvriers
- de 23 % [IC95 : 18,71-27,31] employés
- de 24 % [IC95 : 19,67-28,41] retraités

- de 20 % [IC95 : 16,55-24,84] personnes sans activité professionnelle.



**Type d'habitat** :

- 77 % [IC95 : 72,76-81,34] de la population d'étude est citadine
- 12 % [IC95 : 9,29-16,11] habitent en milieu semi-urbain
- 10 % [IC95 : 7,49-13,81] habitent en milieu rural

**Consommateurs d'hypnotiques** : sur la population totale, 45 usagers de soins soit 11 % [IC95 : 8,5-15,06] ont bénéficié d'une prescription d'hypnotiques dans les trois derniers mois précédents la consultation.

**Consommateurs de benzodiazépines** : sur la population totale, 73 usagers de soins soit 19 % [IC95 : 14,89-22,84] des patients ont bénéficié d'une prescription de benzodiazépines dans les trois derniers mois précédents la consultation.

**b) Caractéristiques de la population en fonction du type de consommation d'alcool selon l'interprétation du questionnaire FACE**

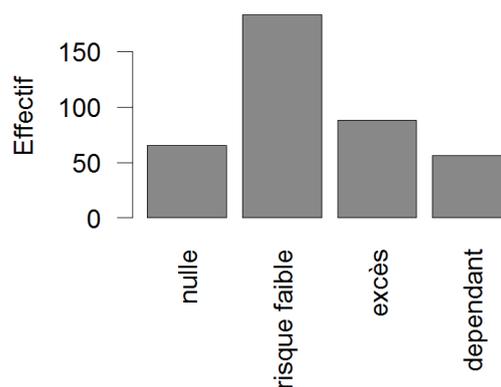
**Abstinentes** : 17 % [IC95 : 13,04-20,64] de la population d'étude soit 65 usagers ne consomment pas d'alcool.

**Usagers simples** : 47 % [IC95 : 41,66-51,76] de la population d'étude soit 183 usagers ont un usage simple de l'alcool, à risque faible

**Consommateurs excessifs probable** : 22 % [IC95 : 18,41-26,9] de la population d'étude soit 88 sujets ont un comportement de consommation d'alcool à risque probable

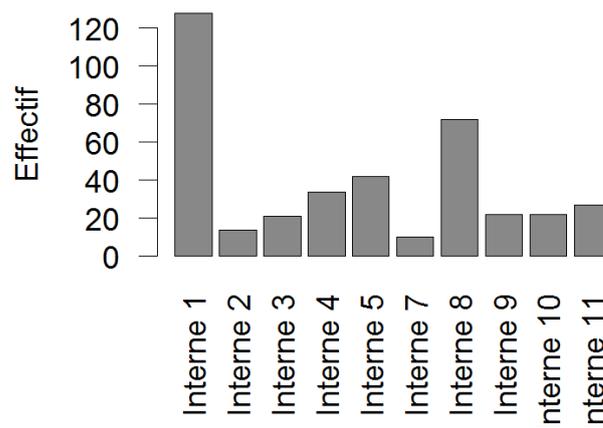
**Dépendants probables** : 14 % [IC95 : 10,98-18,15] de la population d'étude soit

56 usagers ont une alcoolodépendance probable.



**c) Recueil des CRF en fonction de l'interne**

Une disparité importante apparaît dans le nombre de CRF réalisés par les internes. A titre d'exemple l'interne 1 a réalisé 128 CRF soit 33 % [IC95 : 28,03-37,54] du nombre total ; l'interne 2 en a réalisé 14 soit 4 % [IC95 : 1,97-5,92]. Le diagramme en barre ci-contre en est une illustration.



**Tableau 2** : moyenne au score FACE, caractéristiques sociodémographiques, comportement de consommation d'alcool selon FACE, consommation de tranquillisants (benzodiazépines et hypnotiques de la population d'étude durant le semestre de novembre 2011 à avril 2012.

caractéristiques		Résultats □ [écart-type] ou % [IC 95%]	caractéristiques		Résultats% [IC 95%]
Face score total		4.237 [4.348]	Consommateurs d'hypnotiques		11 % [8.5-15.06]
genre	femmes	47 % [42.41-52.52]	Consommateurs de benzodiazépines		19 % [14.89-22.84]
	hommes	53 % [47.48-57.59]	Abstinents n=65		17 % [13.04-20.64]
Age moyen		46.571 [16.771]	Usagers simples n=183		47 % [41.66-51.76]
PCS	autres	8 % [5.09-10.61]	Consommateurs excessifs probables n=88		22 % [18.41-26.91]
	intermédiaires	11 % [8.41-15]	Dépendants probables n=56		14 % [10.98-18.15]
	employés	23 % [18.71-27.31]			
	ouvriers	14 % [10.69-17.86]			
	retraités	24 % [19.67-28.41]			
	Sans prof	20 % [16.55-24.84]			
	Données manquantes	6			
habitat	Urbain	77 % [72.76-81.34]			
	Semi-urbain	12 % [9.29-16.11]			
	rural	10 % [7.49-13.81]			
	Données manquantes	5			

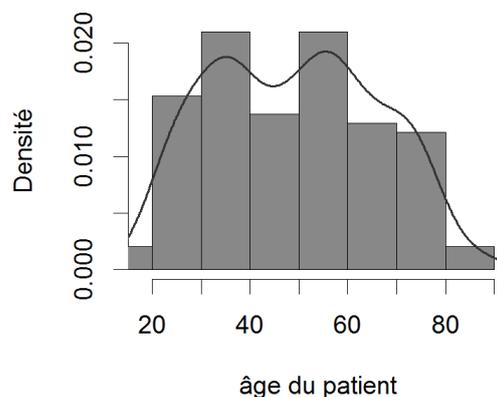
## 2. Description de quatre sous-populations en fonction du mode de consommation d'alcool

Afin de permettre des comparaisons de moyennes entre les différents groupes de consommateurs, quatre sous-populations ont été décrites au risque de 5 % (tableau 3).

**a) La sous-population des usagers simples et des abstinents nommée A**

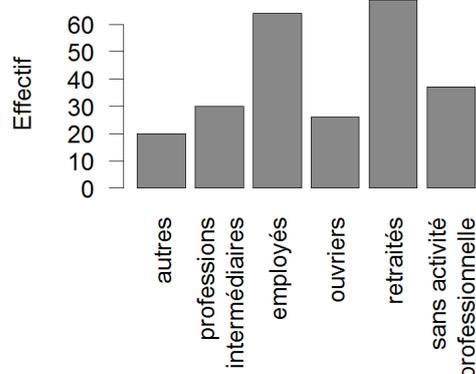
**Effectif** : n=248

**Age** : la moyenne d'âge observée est de 49.1ans [écart-type 17]



**Genre** : elle se compose de 57 % [IC95 : 50,44-63,11] de femmes et de 43 % [IC95 : 36,89-49,56] d'hommes

**Profession** : les employés (26 % [IC95 : 20,65-31,97] et les retraités 28 % [IC95 : 22,53-34,11]) sont le plus représentés.



**Type d'habitat** : 78 % [IC95 : 72,02-82,84] sont citadins

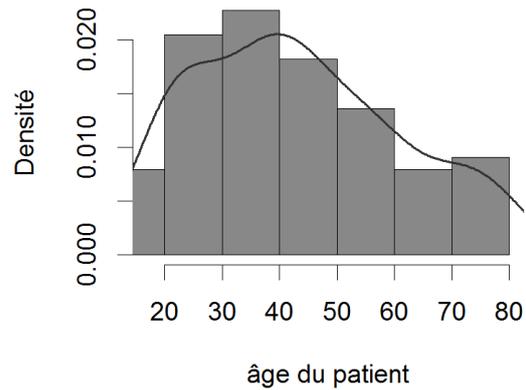
**Consommateurs d'hypnotiques** : 11 % [IC95 : 7,63-15,9] ont eu une prescription.

**Consommateurs de benzodiazépines** : 14 % [IC95 : 10,03-19,08] ont eu une prescription.

**b) La sous-population des consommateurs excessifs probables nommée B**

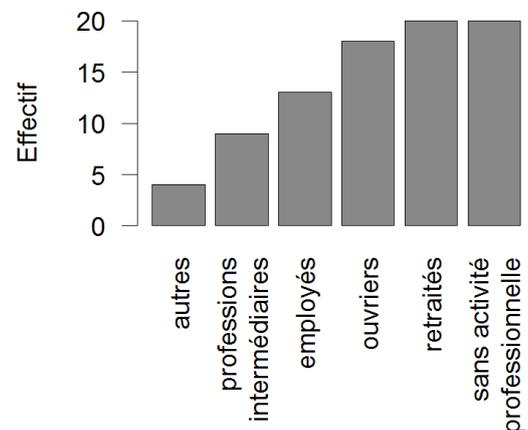
**Effectif** : n=88

**Age** : la moyenne d'âge est de 43.3 ans [écart-type 17.6]



**Genre** : elle se compose de 41 % [IC95 : 30,54-51,91] de femmes et de 59 % [IC95 : 48,09-69,46] d'hommes.

**Profession** : les retraités (24 % [IC95 : 13,22-31,74]) et les sans activité professionnelle (24 % [IC95 : 13,22-31,74]) sont le plus représentés.



**Type d'habitat** : 70 % [IC95 : 59,78-79,71] sont citadins.

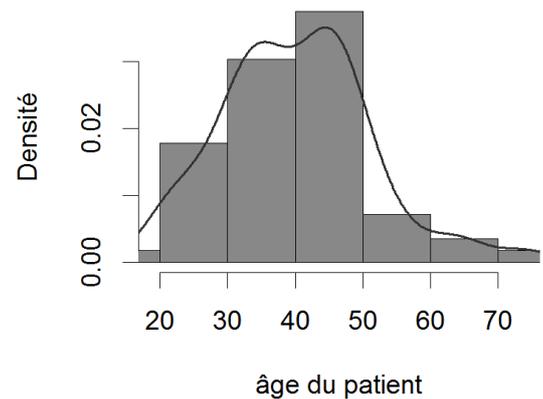
**Consommateurs d'hypnotiques** : 3 % [IC95 : 0,71-9,64] ont eu une prescription.

**Consommateurs de benzodiazépines** : 14 % [IC95 : 7,25-22,61] ont eu une prescription.

**c) La sous-population des dépendants probables nommée C**

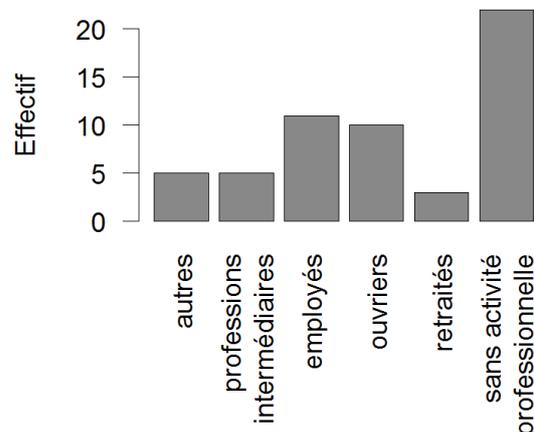
**Effectif** : n=56

**Age** : la moyenne d'âge est de 40,1 ans [écart-type 11].



**Genre** : on retrouve 16 % [IC95 : 7,62-28,33] de femmes et 84 % [IC95 : 71,67-92,38] d'hommes.

**Profession** : les sans activité professionnelle (39 % [IC95 : 26,5-53,25]) et les employés (20 % [IC95 : 10,23-32,43]) sont le plus représentés.



**Type d'habitat** : 86 % [IC95 : 73,78-93,62] sont citadins.

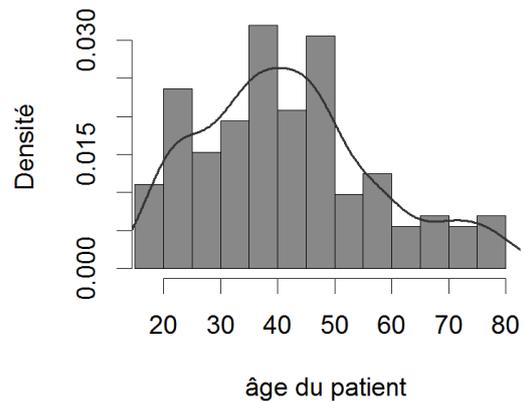
**Consommateurs d'hypnotiques** : 25 % [IC95 : 14,39-38,37] ont eu une prescription.

**Consommateurs de benzodiazépines** : 46 % [IC95 : 32,99-60,26] ont eu une prescription.

**d) La sous-population des consommateurs excessifs et des dépendants probables nommée D**

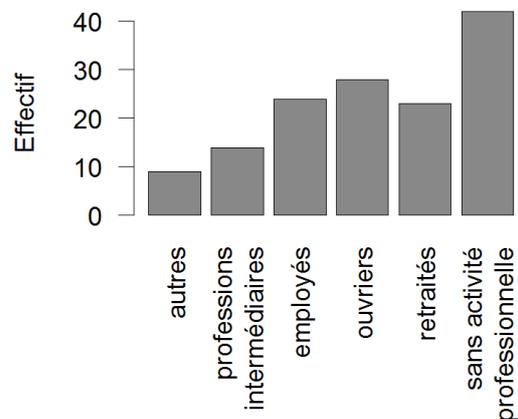
**Effectif** : n=144.

**Age** : l'âge moyen est de 42,1 ans [écart-type 15,4].



**Genre** : elle se compose de 31 % [IC95 : 23,79-39,5] de femmes et de 69 % [IC95 : 60,5-76,21] d'hommes.

**Profession** : les sans activité professionnelle (30 % [IC95 : 22,55-38,32]) et les ouvriers (20 % [IC95 : 13,72-27,59]) sont les plus représentés.



**Type d'habitat** : 76 % [IC95 : 68,6-83,06] sont citadins

**Consommateurs d'hypnotiques** : 12 % [IC95 : 7,03-18,23] ont eu une prescription.

**Consommateurs de benzodiazépines** : 26 % [IC95 : 19,4-34,38] ont eu une prescription.

**Tableau 3: les différents profils de consommation d'alcool selon les facteurs sociodémographiques, comparaison des sous-populations selon un modèle bivarié au risque de 5 %**

Caractéristiques		profils alcool	Usagers simples+abstinents(A) n=248	Excessifs(B) n=88	Dépendants(C) n=56	excessifs+dépendants (D) n=144	Comparaison *** entre sous-populations, p
Face score total		☐ [ET]*	1.677 [1.307]	5.852 [1.335]	13.036 [3.374]	8.646 [4.22]	
genre	Femmes % [IC]**		57 % [50.44-63.11]	41 % [30.54-51.91]	16 % [7.62-28.33]	31 % [23.79-39.5]	A>B, p=0.01;A>C, p=3.5e-08 A>D, p=9.87e-07;B>C, p=0.0017
	Hommes % [IC]		43 % [36.89-49.56]	59% [48.09-69.46]	84 % [71.67-92.38]	69 % [60.5-76.21]	B>A, p=0.01, C>A, p=3.5e-08 D>A, p=9.87e-07;C>B, p=0.0017
Age moyen		☐ [ET]	49.161 [17.003]	43.364 [17.602]	40.143 [11.058]	42.111 [15.428]	A>B, p=0.006;A>C, p=1.8e-04 A>D, p=5.19e-05;
PCS	Autres % [IC]		8 % [5.04-12.28]	5 % [1.31-11.75]	9 % [2.96-19.62]	6 % [2.98-11.85]	A>B, p=0.025;C>A, p=5e-04 A>D, p=0.00019;C>B, p=0.027
	Intermédiaires % [IC]		12 % [8.38-16.95]	11 % [5.02-19.37]	9 % [2.96-19.62]	10 % [5.58-16.21]	A>B, p=0.025;A>C, p=5e-04 A>D, p=0.00019;B>C, p=0.027
	Employés % [IC]		26 % [20.65-31.97]	15 % [8.51-25.01]	20 % [10.23-32.43]	17 % [11.3-24.42]	A>B, p=0.025;A>C, p=5e-04 A>D, p=0.00019; C>B, p=0.027
	Ouvriers % [IC]		11 % [7.02-15.1]	21 % [13.22-31.74]	18 % [8.91-30.4]	20 % [13.72-27.59]	B>A, p=0.025;C>A, p=5e-04 D>A, p=0.00019; B>C, p=0.027
	Retraités % [IC]		28 % [22.53-34.11]	24 % [15.19-34.35]	5 % [1.12-14.87]	16 % [10.71-23.62]	A>B, p=0.025;A>C, p=5e-04 A>D, p=0.00019; B>C, p=0.027
	Sans prof % [IC]		15 % [10.82-20.13]	24 % [15.19-34.35]	39 % [26.5-53.25]	30 % [22.55-38.32]	B>A, p=0.025;C>A, p=5e-04 D>A, p=0.00019; C>B, p=0.027
	Données manquantes n			2	4	0	4
habitat	Urbain % [IC]		78 % [72.02-82.84]	70 % [59.78-79.71]	86% [73.78-93.62]	76 % [68.6-83.06]	C>B, p=0.036
	Semi-urbain % [IC]		11 % [7.45-15.75]	16 % [8.98-25.25]	12 % [5.18-24.07]	15% [9.26-21.42]	B>C, p=0.036
	Rural % [IC]		11 % [7.45-15.75]	14 % [7.25-22.61]	2 % [0.05-9.55]	9 % [4.89-14.94]	B>C, p=0.036
	Données manquantes n			5	0	0	0
Consommateurs d'hypnotiques % [IC]			11 % [7.63-15.9]	3 % [0.71-9.64]	25 % [14.39-38.37]	12 % [7.03-18.23]	A>B, p=0.028 ;C>A, p=0.007 C>B, p=9e-05
Consommateurs de benzodiazépines % [IC]			14 % [10.03-19.08]	14 % [7.25-22.61]	46 % [32.99-60.26]	26 % [19.4-34.38]	C>A, p=4.9e-08 ;D>A, p=0.0026 C>B, p=1.3e-05

\*moyenne et écart-type\*\*pourcentage calculé avec intervalle de confiance à 95%\*\*\*application de tests bivariés pour la comparaison entre sous-populations

## C. Analyse bivariée

Certaines tendances peuvent apparaître en lisant le tableau 2. La dernière colonne du tableau reprend les différences significatives retrouvées en analyse bivariée qui apparaissent entre les sous-populations selon les différentes caractéristiques.

Ainsi, à titre d'exemple, l'âge moyen semble plus élevé chez les usagers simples en comparaison aux consommateurs excessifs. En appliquant le test de Student, il apparaît une association statistiquement significative entre l'âge et le type de consommation (usage simple ou nulle, consommation excessive) au risque 5 %.

Nous reprendrons ici pour détailler ces résultats l'analyse bivariée comparant les 3 sous-groupes de consommateurs A (usagers simples+abstinents), B (consommateurs excessifs probables) et C (dépendants probables) en fonction des caractéristiques sociodémographiques et de la consommation de tranquillisants.

### 1. Comparaison des 3 sous-groupes selon le genre

Il apparaît une association significative entre le genre du patient et son type de consommation d'alcool au risque 5 % (illustrée ci-contre)

Tableau comparatif des 3 sous-groupes selon le genre Test du  $\chi^2$  :  $p = 9.12e-08$

	Femme n(%)	Homme n(%)	total
<b>A</b>	141 (56.85%)	107 (43.15%)	248
<b>B</b>	36 (40.91%)	52 (59.09%)	88
<b>C</b>	9 (16.07%)	47 (83.93%)	56
<b>TOTAL</b>	186	206	392

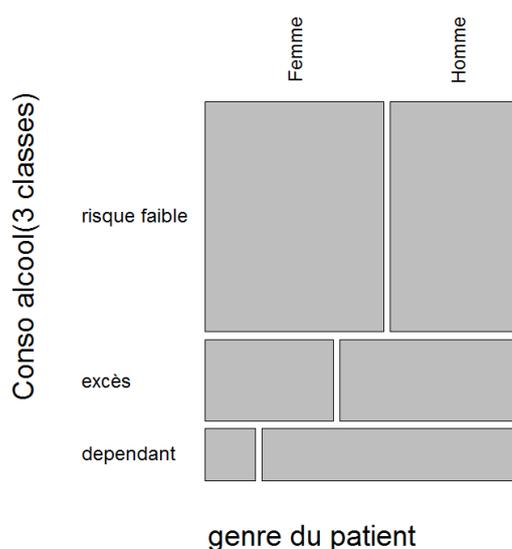


Diagramme en mosaïque comparant les 3 sous-groupes selon le genre

## 2. Comparaison des 3 sous-groupes selon l'âge

Il apparait une association significative entre l'âge du patient et son type de consommation d'alcool au risque 5 % (illustrée ci-contre) car une moyenne est significativement différente des autres.

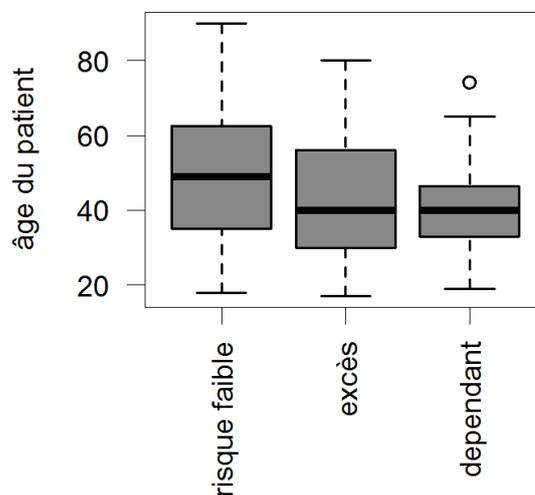


Diagramme à moustache comparant les 3 sous-groupes selon l'âge

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
<b>A</b>	248	49.161	17.003	18	49	90
<b>B</b>	88	43.364	17.602	17	40	80
<b>C</b>	56	40.143	11.058	19	40	74

Tableau comparatif des 3 sous-groupes selon l'âge, analyse de la variance à un facteur :  $p = 0.000146$

### 3. Comparaison des 3 sous-groupes selon la PCS

Une association significative au risque 5 % est observée entre la PCS et le mode de consommation d'alcool.

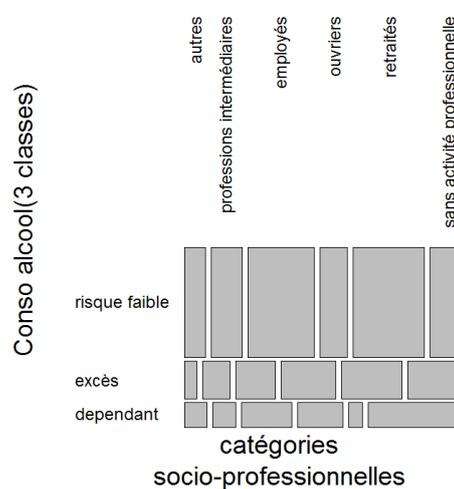


Diagramme en mosaïque comparant les 3 sous-groupes selon la PCS

n(%)	autres	professions intermédiaires	employés	ouvriers	retraités	sans activité professionnelle	total
<b>A</b>	20 (8.13%)	30 (12.2%)	64 (26.02%)	26 (10.57%)	69 (28.05%)	37 (15.04%)	246
<b>B</b>	4 (4.76%)	9 (10.71%)	13 (15.48%)	18 (21.43%)	20 (23.81%)	20 (23.81%)	84
<b>C</b>	5 (8.93%)	5 (8.93%)	11 (19.64%)	10 (17.86%)	3 (5.36%)	22 (39.29%)	56
<b>total</b>	29	44	88	54	92	79	386

Tableau comparatif des 3 sous-groupes selon la PCS, test de Fisher exact :  $p = 5e-04$

#### 4. Comparaison des 3 sous-groupes selon l'habitat

Nous n'observons pas d'association significative entre le type d'habitat et le mode de consommation d'alcool au risque 5 %.

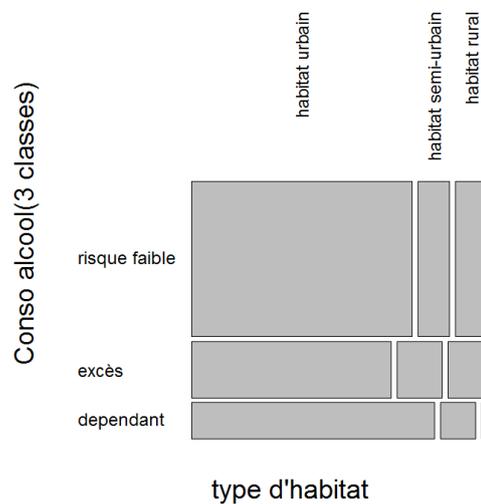


Diagramme en mosaïque comparant les 3 sous groupes selon l'habitat

n(%)	habitat urbain	habitat semi-urbain	habitat rural	total
<b>A</b>	189 (77.78%)	27 (11.11%)	27 (11.11%)	243
<b>B</b>	62 (70.45%)	14 (15.91%)	12 (13.64%)	88
<b>C</b>	48 (85.71%)	7 (12.5%)	1 (1.79%)	56
<b>total</b>	299	48	40	387

Tableau comparatif des 3 sous-groupes selon l'habitat, test du chi2 :  $p = 0.122$

## 5. Comparaison des 3 sous-groupes selon la consommation de tranquillisants

Le test statistique dégage une association significative entre les consommateurs d'hypnotiques et le mode de consommation d'alcool au risque 5 %.

n(%)	Hypno -	Hypno +	total
<b>A</b>	220 (88.71%)	28 (11.29%)	248
<b>B</b>	85 (96.59%)	3 (3.41%)	88
<b>C</b>	42 (75%)	14 (25%)	56
<b>total</b>	347	45	392

Tableau comparatif des 3 sous-groupes selon la consommation d'hypnotiques, test du  $\chi^2$  :  $p = 0.000385$

Le test statistique dégage une association significative entre les consommateurs de benzodiazépines et le mode de consommation d'alcool au risque 5 %.

n(%)	Benzo -	Benzo +	total
<b>A</b>	213 (85.89%)	35 (14.11%)	248
<b>B</b>	76 (86.36%)	12 (13.64%)	88
<b>C</b>	30 (53.57%)	26 (46.43%)	56
<b>total</b>	319	73	392

Tableau comparatif des 3 sous-groupes selon la consommation de benzodiazépines, test du  $\chi^2$  :  $p = 5.75e-08$

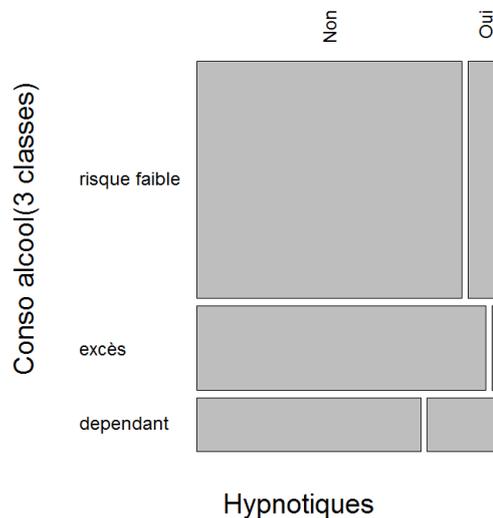


Diagramme en mosaïque comparant les 3 sous-groupes selon la consommation d'hypnotiques

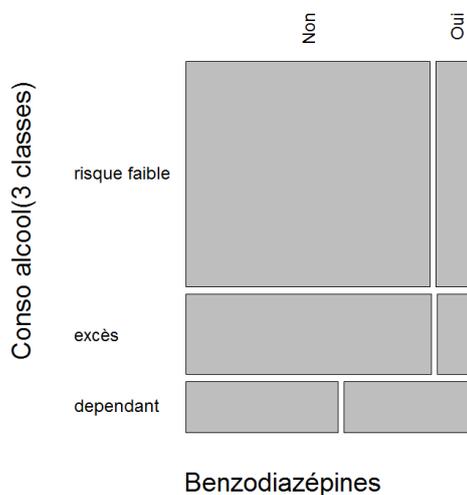


Diagramme en mosaïque comparant les 3 sous-groupes selon la consommation de benzodiazépines

## 6. Recherche d'une association entre les consommateurs de benzodiazépines et d'hypnotiques

Une association significative au risque de 5 % est observée entre les consommateurs d'hypnotiques et de benzodiazépines.

n(%)	Benzo -	Benzo +	
<b>Hypno -</b>	292 (84.15%)	55 (15.85%)	347
<b>Hypno +</b>	27 (60%)	18 (40%)	45
<b>total</b>	319	73	392

Tableau croisé de la consommation de tranquillisants, test du  $\chi^2$  :  $p = 9.03e-05$

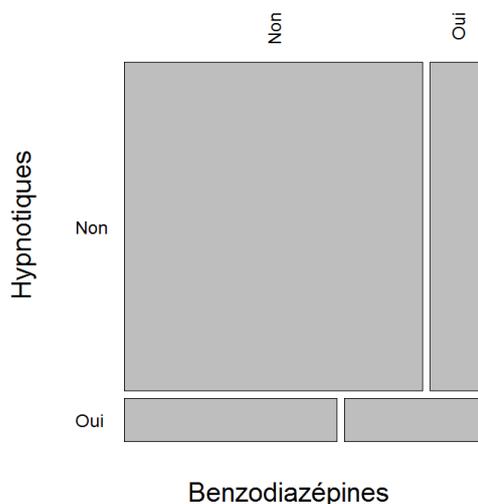


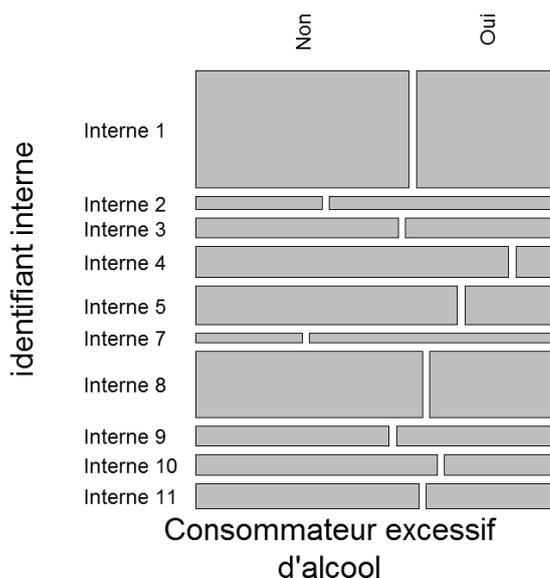
Diagramme en mosaïque croisant les consommateurs de tranquillisants

## 7. Recherche d'une association entre les internes et la proportion de consommateurs excessifs d'alcool et dépendants probables

Une association significative au risque 5 % est observée entre le recueil des consommateurs excessifs d'alcool en fonction de l'interne.

n(%)	Non	Oui	total
<b>Interne 1</b>	77 (60.16%)	51 (39.84%)	128
<b>Interne 2</b>	5 (35.71%)	9 (64.29%)	14
<b>Interne 3</b>	12 (57.14%)	9 (42.86%)	21
<b>Interne 4</b>	30 (88.24%)	4 (11.76%)	34
<b>Interne 5</b>	31 (73.81%)	11 (26.19%)	42
<b>Interne 7</b>	3 (30%)	7 (70%)	10
<b>Interne 8</b>	46 (63.89%)	26 (36.11%)	72
<b>Interne 9</b>	12 (54.55%)	10 (45.45%)	22
<b>Interne 10</b>	15 (68.18%)	7 (31.82%)	22
<b>Interne 11</b>	17 (62.96%)	10 (37.04%)	27
<b>total</b>	248	144	392

Consommateurs excessifs en fonction de l'interne, test de Fisher exact :  $p = 0.01$



Repérage des consommateurs excessifs en fonction de l'interne

## D. Analyse multivariée (risque 5 %)

### 1. Recherche de facteurs différenciant les usagers simples et abstinents versus les consommateurs excessifs et les dépendants probables

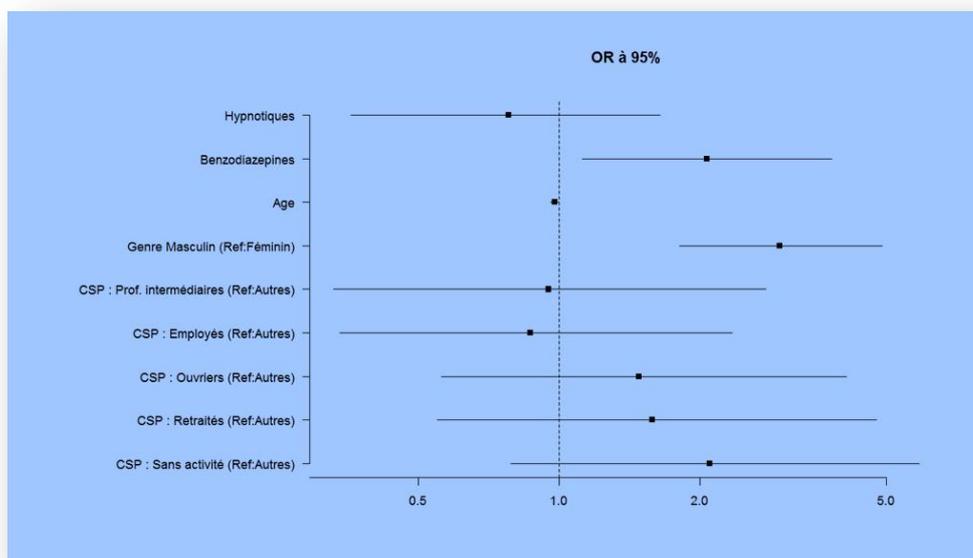
L'analyse statistique a dégagé une association significative entre la consommation de benzodiazépines et les consommateurs excessifs d'alcool et dépendants probables (OR=2,07 [IC95 : 1,12-3,82]) au risque de 5 % en comparaison aux usagers simples et abstinents. Le genre masculin est également associé significativement à cette sous-population (OR=2,96 [IC95 : 1,81-4,9]). Nous n'observons pas de différence significative pour l'âge, la consommation d'hypnotiques et les PCS entre les deux sous-populations.

Tableau des odds-ratio entre les sous-populations A et D ajustés sur les modalités

Modalités	Coefficient	Standard_Error	OR	ICinf	ICsup	p_value
Hypnotiques	-0.244	0.382	0.78	0.36	1.64	0.523
Benzodiazépines	0.727	0.311	2.07	1.12	3.82	0.0195
Age	-0.0245	0.0107	0.98	0.96	1	0.0223
Genre Masculin *	1.09	0.253	2.96	1.81	4.9	1.79e-05
PCS : Prof. intermédiaires **	-0.052	0.534	0.95	0.33	2.76	0.922
PCS : Employés **	-0.138	0.488	0.87	0.34	2.34	0.777
PCS : Ouvriers **	0.391	0.504	1.48	0.56	4.1	0.438
PCS : Retraités **	0.459	0.546	1.58	0.55	4.76	0.4
PCS : Sans activité **	0.741	0.509	2.1	0.79	5.88	0.146

\* référence : féminin \*\* référence : autres

Graphe des odds-ratio entre les sous-populations A et D



## 2. Recherche de facteurs différenciant les usagers simples et abstinents versus les consommateurs excessifs probables (en excluant les dépendants probables)

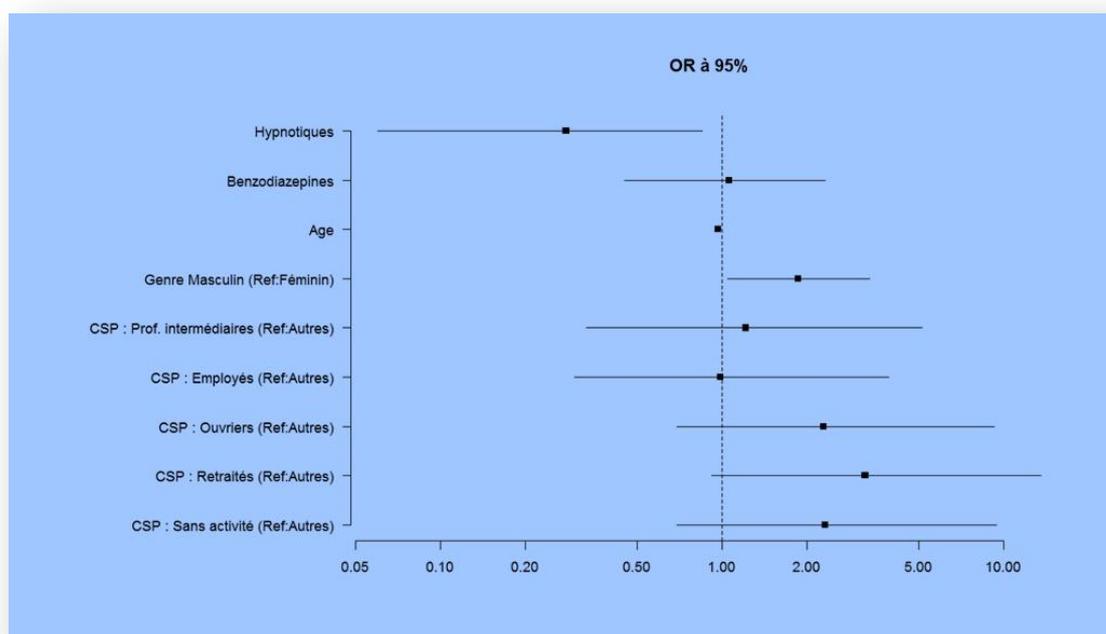
L'analyse statistique a dégagé que les consommateurs d'hypnotiques sont associés significativement aux usagers d'alcool simples et abstinents (OR=0,28 [IC95 : 0,06-0,85]) en comparaison au groupe des consommateurs excessifs. Il apparaît par ailleurs que le genre masculin est associé significativement aux consommateurs excessifs d'alcool probables (OR=1,87 [IC95 : 1,05-3,34]). Nous n'observons pas de différence significative pour l'âge la consommation de benzodiazépines et les PCS entre les deux sous-populations.

Tableau des odds-ratio entre les sous-populations A et B ajustés sur les modalités

Modalités	Coefficient	Standard_Error	OR	ICinf	ICsup	p_value
Hypnotiques	-1.29	0.641	0.28	0.06	0.85	0.0447
Benzodiazépines	0.0608	0.414	1.06	0.45	2.33	0.883
Age	-0.0271	0.0125	0.97	0.95	1	0.03
Genre Masculin *	0.625	0.293	1.87	1.05	3.34	0.0328
PCS : Prof. intermédiaires **	0.198	0.682	1.22	0.33	5.12	0.772
PCS : Employés **	-0.00938	0.643	0.99	0.3	3.92	0.988
PCS : Ouvriers **	0.833	0.65	2.3	0.69	9.24	0.2
PCS : Retraités **	1.17	0.675	3.23	0.92	13.61	0.0821
PCS : Sans activité **	0.846	0.654	2.33	0.69	9.44	0.196

\* référence : féminin \*\* référence : autres

Graphe des odds-ratio entre les sous-populations A et B



### 3. Recherche de facteurs différenciant les usagers simples et abstinentes versus les dépendants probables (en excluant les consommateurs excessifs probables)

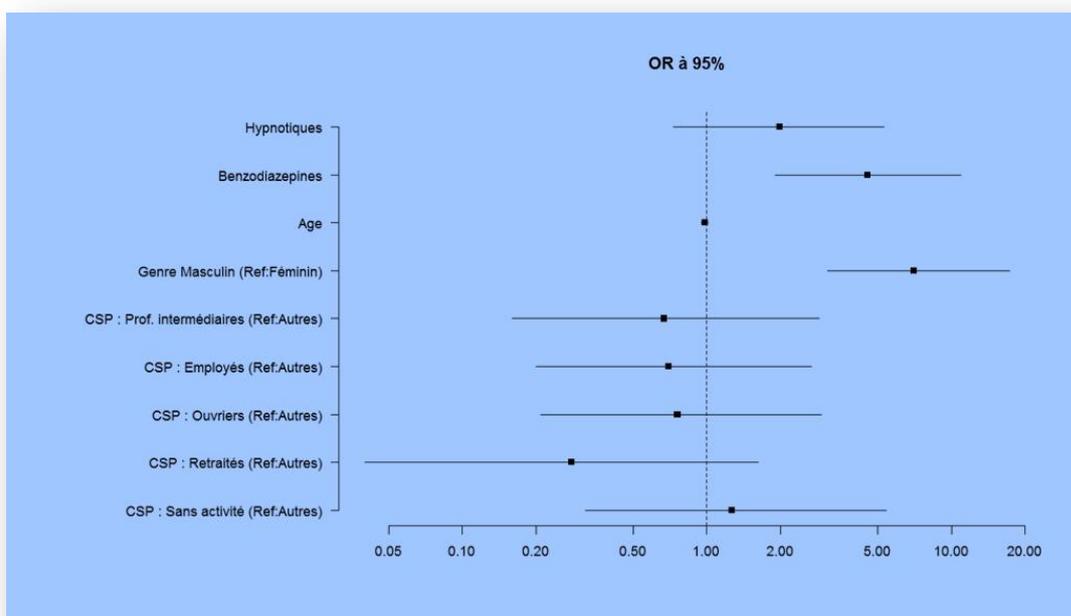
Il apparaît que les consommateurs de benzodiazépines sont significativement associés aux dépendants à l'alcool probables (OR=4,55 [IC95 : 1,91-10,94]) en comparaison aux usagers simples et abstinentes. L'analyse statistique a dégagé une association significative entre le genre masculin et les dépendants à l'alcool probables (OR=7,02 [IC95 : 3,12-17,33]). Nous n'observons pas de différence significative pour l'âge la consommation de benzodiazépines et les PCS entre les deux sous-populations.

Tableau des odds-ratio entre les sous-populations A et C ajustés sur les modalités

Modalités	Coefficient	Standard_Error	OR	ICinf	ICsup	p_value
Hypnotiques	0.691	0.503	1.99	0.73	5.31	0.169
Benzodiazépines	1.51	0.442	4.55	1.91	10.94	0.00061
Age	-0.0196	0.0164	0.98	0.95	1.01	0.232
Genre Masculin *	1.95	0.433	7.02	3.12	17.33	6.9e-06
PCS : Prof. intermédiaires **	-0.397	0.727	0.67	0.16	2.87	0.585
PCS : Employés **	-0.352	0.651	0.7	0.2	2.68	0.589
PCS : Ouvriers **	-0.27	0.66	0.76	0.21	2.95	0.682
PCS : Retraités **	-1.26	0.899	0.28	0.04	1.62	0.161
PCS : Sans activité **	0.238	0.711	1.27	0.32	5.41	0.737

\* référence : féminin \*\* référence : autres

Graphe des odds-ratio entre les sous-populations A et C



#### 4. Recherche de facteurs différenciant les consommateurs excessifs versus les dépendants probables (en excluant les usagers simples et abstinents)

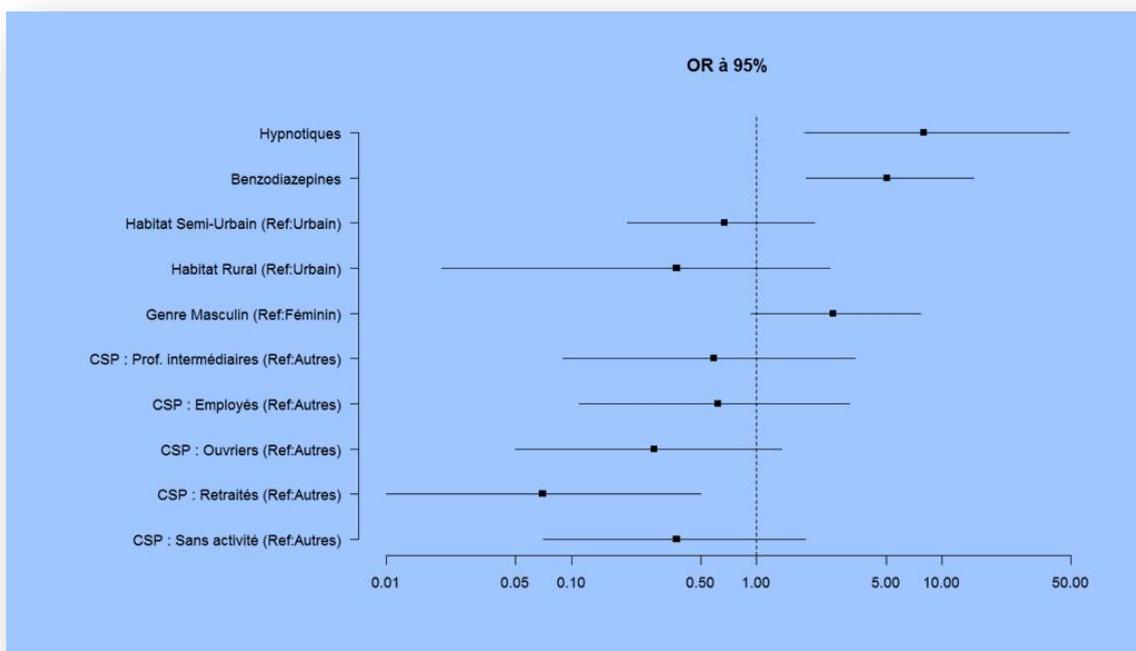
Il apparaît que les consommateurs d'hypnotiques et les consommateurs de benzodiazépines sont associés significativement aux dépendants probables en comparaison aux consommateurs excessifs (respectivement OR=0,13 [IC95 : 0,02-0,55] et OR=0,2 [IC95 : 0,07-0,54]). Par ailleurs, la PCS des retraités est associée significativement aux consommateurs d'alcool excessifs (OR=14,79 [IC95 : 1,99-151,62]). Nous n'observons pas de différence significative pour l'habitat, le genre et les autres PCS.

Tableau des odds-ratio entre les sous-populations B et C ajustés sur les modalités

Modalités	Coefficient	Standard_Error	OR	ICinf	ICsup	p_value
Hypnotiques	-2.07	0.816	0.13	0.02	0.55	0.011
Benzodiazépines	-1.62	0.527	0.2	0.07	0.54	0.0021
Habitat Semi-Urbain*	0.398	0.587	1.49	0.48	4.96	0.498
Habitat Rural *	0.982	1.13	2.67	0.4	53.22	0.385
Genre Masculin **	-0.95	0.533	0.39	0.13	1.07	0.0747
PCS : Prof. intermédiaires ***	0.535	0.904	1.71	0.29	10.73	0.554
PCS : Employés ***	0.486	0.833	1.63	0.32	8.78	0.56
PCS : Ouvriers ***	1.29	0.822	3.63	0.73	19.42	0.117
PCS : Retraités ***	2.69	1.08	14.79	1.99	151.62	0.0129
PCS : Sans activité ***	0.986	0.815	2.68	0.55	14.21	0.227

\* référence : urbain \*\* référence : féminin \*\*\* référence : autres

Graphe des odds-ratio entre les sous-populations B et C



## IV. Discussion

### A. Résultats principaux

L'objectif principal de cette étude était d'estimer le taux de consommateurs excessifs au sein des consultants en soins primaires. Ils étaient repérés au moyen du questionnaire FACE, et classés selon le poids des déterminants sociodémographiques (sexe, âge, habitat, profession). Un deuxième objectif était d'observer s'il existait une relation entre la consommation de tranquillisants (hypnotiques et benzodiazépines) et le mode de consommation d'alcool chez les patients ainsi repérés.

Le taux des consommateurs excessifs probables (FACE compris entre 4 et 8 chez la femme, entre 5 et 8 chez l'homme) était estimé à 22 % [IC95 : 18,41-26,9].

L'analyse multivariée par régression logistique a permis d'observer certaines associations statistiquement significatives dans la comparaison entre les différentes sous-populations de consommateurs d'alcool et la consommation de tranquillisants:

- 1) Il est apparu que la consommation de benzodiazépines était associée à un score Face > 4 en comparaison avec les usagers simples (OR°= 2,07 [IC95 : 1,12-3,82] : le fait de consommer des benzodiazépines doublerait le risque d'être un usager à risque ou dépendant à l'alcool.
- 2) La consommation d'hypnotiques était plutôt associée aux usagers simples par rapport aux consommateurs excessifs (0,28 [0,06-0,85]).
- 3) Le risque d'être dépendant à l'alcool (Face > 8) était multiplié par 4 s'il existait une consommation de benzodiazépines par rapport aux usagers simples (4,55 [1,91-10,94]).
- 4) Une différence entre dépendance à l'alcool et consommateurs excessifs apparaissait pour les hypnotiques (0,13 [0,02-0,55]) et pour les benzodiazépines (0,2 [0,07-0,54]).

## B. Comparaison avec la littérature

### 1. Estimations de la prévalence de l'usage d'alcool à risque

Les résultats sont très variables selon les sources (population 18-75 ans) :

	Baromètre santé 2010 *	ANPAA 2008	INPES 2005**	DRESS 2000 ***	HUAS 1993****	Notre étude
Abstinent s	12.6 %					17 %
Usage simple	37.9 %					47 %
Usage à risque ponctuel	28 %	23.7 %	8 %	18 %	18.4	22 %
Dépendants	9 %	7.9 %	9 %			14 %

\*Le Baromètre Santé 2010 est établi sur des enquêtes en population générale sur un échantillon de 27 653 individus (sondages aléatoires réalisés à l'aide du système d'interview par téléphone assisté par ordinateur) [56, 34].

\*\*Atlas régional des consommations d'alcool 2005, données INPES/OFDT en région Nord-Pas-de Calais : il a été établi sur un échantillon de 2133 individus ; l'usage à risque est défini par le test DETA, l'usage à risque chronique ou dépendant selon l'AUDIT-C

\*\*\*L'enquête DRESS a été réalisée auprès des usagers du système de soins.[57] Elle concernait 1 844 médecins et 50 372 patients en médecine libérale. Les diagnostics d'alcoolisation excessive et de dépendance sont établis à partir de trois sources différentes : le questionnaire DETA, trois questions de consommation issues du questionnaire AUDIT et l'avis du médecin traitant.

\*\*\*\* Cette étude concernait sept régions françaises, 134 médecins généralistes et 1851 patients adultes vus en consultation et en visite à domicile.[58] 18,4 % des adultes auraient un risque (usage à risque) ou une maladie attribuable à l'alcool (usage nocif) soit environ un patient sur cinq. Les critères retenus pour définir le mésusage d'alcool était :

- la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA) : supérieure ou égale à 28 verres standards par semaine pour les hommes et supérieure ou égale à 14 verres par semaine pour les femmes.
- la présence de symptômes physiques ou psychologiques. Les patients étaient ainsi classés en : usage, usage à risque, usage nocif (nommés alors consommateurs excessifs), alcoolodépendants et abstinents de deuxième intention (arrêt de toute consommation d'alcool pour des raisons de santé).

### **En population générale**

La comparaison des estimations évaluées en population générale avec notre étude serait d'un point de vue méthodologique fallacieuse car :

- d'une part les tests de repérage utilisés diffèrent,
- d'autre part les modalités de l'enquête sont complètement différentes : entretien impersonnel téléphonique d'une part (Baromètre santé), entretien médical au cours d'une consultation de médecine générale d'autre part.
- Par ailleurs, les populations d'études ne sont pas comparables : enquête en population générale nationale vs enquête au fil des consultations de médecins généralistes installés en Flandre Maritime.

A titre indicatif, il est estimé que 75 % de la population adulte française rencontre une fois par an au moins son médecin généraliste.[59]

Par définition, les consommateurs d'alcool excessifs ont un comportement d'usage d'alcool à risque c'est-à-dire que des dommages liés à l'alcool ne sont pas encore manifestes. Nous pouvons donc supposer qu'ils consultent moins (et pour a fortiori des plaintes autres que celles liées à leur consommation d'alcool). Il paraît donc logique d'observer une prévalence des consommateurs à risque plus importante en population générale. A l'inverse, les alcoolodépendants auraient tendance à consulter plus en raison des conséquences de leur consommation chronique sur leur santé d'où une éventuelle surreprésentation de cette population en consultation de médecine générale.

Notre population d'étude n'est en aucun cas extrapolable à la population générale

## **En médecine générale**

L'étude dirigée par le Pr Huas a l'intérêt de couvrir une population large de consultants en médecine générale et de proposer un contrôle des « diagnostics » par les médecins généralistes. Cependant les critères méthodologiques utilisés ne sont plus d'actualité en ce qui concerne la CDA. Les seuils de consommation d'alcool actuels sont plus faibles pour les hommes (CDA  $\geq$  21 verres standards vs 28 dans l'étude)) ce qui aurait pour effet de voir à la hausse cette estimation. L'étude DRESS réalisée en 2000 utilise également une méthode différente et porte sur une autre population d'étude que la nôtre.

## **Dans notre population d'étude**

Nous pouvons estimer à 22 % [18,41-26,9] au risque 5 % le taux de consommateurs excessifs probables dans notre échantillon. Le repérage était réalisé de façon systématique sur une journée ou demi-journée de consultation et de façon discontinue au cours du semestre de novembre 2011 à avril 2012. Les cabinets médicaux des différents maîtres de stage étaient répartis dans des quartiers résidentiels et plus défavorisés, en milieu urbain ou semi-urbain en Flandre Maritime.

Cette population d'étude peut être considérée comme représentative des consultants tout venant se présentant au cabinet de médecine générale dans le Nord de la France.

## **2. Déterminants sociodémographiques des consommateurs excessifs**

### **Genre**

Le genre masculin prédomine nettement quand il s'agit de consommation de boissons alcooliques. Cette tendance s'observe dans toutes les études de prévalence.

D'après le Baromètre Santé 2010, les hommes s'avèrent nettement plus consommateurs que les femmes : ils sont en effet trois fois plus nombreux à déclarer des usages quotidiens (18 % vs 6 %) et 64 % d'entre eux déclarent une consommation hebdomadaire (mais pas quotidienne) contre 35 % des femmes. À l'inverse, la moitié des femmes disent consommer occasionnellement (48,5 %) alors que c'est le cas du quart des hommes de 18 à 75 ans (26,7 %). Globalement, les usages d'alcool apparaissent en baisse depuis une décennie et en particulier depuis 2000.[34]

La population de consommateurs excessifs dans notre échantillon est constituée de 41 % [IC95 : 30,54-51,91] de femmes et de 59 % [IC95 : 48,09-69,46] d'hommes (*sex-ratio* : 1,44).

Il est apparu dans notre étude que le genre masculin était associé aux consommateurs excessifs et dépendants probables en comparaison aux usagers simples (OR = 2,96 [IC95 : 1,81-4,9]) c'est-à-dire que le genre masculin triplerait presque le risque d'appartenir à la catégorie des consommateurs excessifs ou dépendants probables. Le risque d'être consommateur excessif était presque doublé en comparaison aux usagers simples si on était un homme (OR = 1,87 [IC95 : 1,05-3,34]). Le genre masculin multipliait par 7 le risque d'être dépendant probable relativement aux usagers simples (OR = 7,02 [IC95 : 3,12-17,33]).

### **Âge**

L'âge n'a pas été retenu comme significatif pour différencier les différents types de consommateurs d'alcool. Une analyse par tranche d'âge aurait pu être intéressante.

On peut souligner la moyenne d'âge de 43 ans pour les consommateurs excessifs probables et de 40 ans pour les dépendants à l'alcool probables.

### **PCS**

Dans l'enquête DRESS [57], en ville comme à l'hôpital, les proportions de patients diagnostiqués comme étant en situation d'alcoolisation excessive sont nettement plus élevées chez les patients en situation de chômage ou de précarité.

Dans notre étude, les patients rangés dans la catégorie des retraités étaient associés significativement aux consommateurs d'alcool excessifs mais avec un large intervalle de confiance (OR = 14,79 [IC95 : 1,99-151,62]) par rapport aux dépendants probables. Ceci peut s'interpréter comme suit : le fait d'être retraité serait un « facteur protecteur » de la dépendance à l'alcool ou bien par le fait que les dépendants à l'alcool ont une espérance de vie diminuée...

Par ailleurs des tendances générales, significatives en analyse bivariée, pouvaient être constatées : plus la consommation d'alcool se chronicisait, plus les patients rangés dans la catégorie des sans activité professionnelle semblait augmenter et plus celle des retraités semblait diminuer. Les patients rangés dans la catégorie des ouvriers apparaissaient plus représentés chez les consommateurs excessifs probables. Cependant des facteurs de confusion comme le genre masculin ont pu être impliqués dans cette association.

## Habitat

Notre étude ne met pas en évidence de différence significative en analyse multivariée. Toutefois, les dépendants à l'alcool auraient tendance à résider en milieu urbain.

### 3. Consommation de tranquillisants et alcool

Le pourcentage de consommation d'hypnotiques en médecine générale peut être estimé entre 15 et 20 % selon une enquête réalisée en 2003.[25] Dans notre échantillon, 11 % avaient reçu une prescription d'hypnotiques dans les trois derniers mois, 19 % une prescription de benzodiazépines. Par ailleurs une association significative était retrouvée entre les deux types de traitement.

Dans notre étude, le fait de consommer des benzodiazépines était fortement associé au mésusage d'alcool (OR = 2,07 [IC95 : 1,12-3,82]) et les alcoolodépendants probables consommaient plus de benzodiazépines et d'hypnotiques relativement aux consommateurs excessifs.

Sur le sommeil, la consommation d'alcool même à dose faible favorise la somnolence et l'endormissement, le sujet n'ayant pas forcément conscience de l'altération de vigilance.[60]

Cependant, les enregistrements polysomnographiques ont pu mettre en évidence une déstructuration du sommeil chez des sujets sains sous imprégnation œnologique et de surcroît chez des sujets alcoolodépendants :

- Chez le sujet sain, les troubles de structure du sommeil concernent une diminution dose-dépendante de la latence d'endormissement et une suppression du sommeil paradoxal en première partie de nuit ; une augmentation des réveils nocturnes, de la durée du stade 1 de sommeil lent léger et du sommeil paradoxal en deuxième partie de nuit.[61]
- Chez le sujet alcoolodépendant, l'alcool induit comme chez le sujet sain une sédation, une somnolence diurne et favorise l'endormissement. Cependant, du fait de la tolérance à l'alcool, chez 36 à 72 % des patients, l'enregistrement retrouvait une augmentation de la latence d'endormissement ainsi qu'une diminution du temps total de sommeil et de l'efficacité du sommeil, une augmentation de la durée du stade 1 de sommeil lent léger, de la durée de sommeil lent profond, de la latence d'apparition du sommeil paradoxal avec diminution de celui-ci en comparaison au groupe contrôle.

La fréquence des troubles augmentait avec l'âge et avec la sévérité de l'alcoolodépendance.[62-64, 66]

D'autre part, d'un point de vue chronobiologique, une désorganisation des rythmes circadiens notamment de la sécrétion de mélatonine (hormone sécrétée exclusivement la nuit chez le sujet sain) a été observée dans plusieurs études chez les patients alcoolodépendants.[65]

Ces éclairages permettent de mieux appréhender l'association retrouvée entre consommation d'alcool et tranquillisants dans notre sous-population repérée alcoolodépendants.

Plusieurs interprétations non exclusives peuvent se concevoir :

- Des tranquillisants sont prescrits en raison des plaintes amenées par le patient : trouble du sommeil mais aussi trouble anxieux [40-42, 46], le plus souvent induits par l'alcoolodépendance.

Cette attitude de polyconsommation aurait tendance à créer un cercle vicieux en majorant les troubles du sommeil ou les troubles anxieux par phénomène de tolérance aux benzodiazépines et à l'alcool. Il est important de souligner par ailleurs que l'association alcool-benzodiazépines est neurotoxique. Pour échapper à cette escalade dangereuse, il convient de proposer un sevrage alcoolique et une abstinence durable de la part du patient, très difficile à obtenir en pratique.

- Les patients repérés alcoolodépendants ont développé une accoutumance aux benzodiazépines au cours de sevrages alcooliques itératifs.
- Les patients repérés alcoolodépendants souffrent de troubles anxieux préexistants à leur mésusage d'alcool et ont développé une dépendance aux benzodiazépines et à l'alcool.

Dans la population classée consommateurs excessifs, on ne retrouvait pas de consommation accrue de tranquillisants et même une consommation moindre d'hypnotiques en comparaison à la population classée usagers simples. Il est possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle les consommateurs à risque auraient un usage de l'alcool à visée sédatrice tandis que les troubles du sommeil apparaissent chez les usagers chroniques d'alcool sans toutefois pouvoir le vérifier.

En médecine générale, l'intérêt porté à la qualité du sommeil de nos patients et au repérage des comportements d'alcoolisation à risque prend toute son importance dans un but préventif afin d'endiguer une escalade non maîtrisée vers l'abus de tranquillisants ou d'alcool.

## **C. Forces et limites**

### **1. Forces de l'étude**

Cette étude originale comportait plusieurs intérêts :

- Celui de s'inscrire dans un projet de formation au RPIB à destination des internes, futurs médecins généralistes. Il y a donc fort à penser qu'une amélioration dans l'appréhension du risque alcool a dû s'opérer au cours des semaines chez les internes, ce qui était un des objectifs souhaités.
- Celui de contenir une attitude thérapeutique jugée efficace auprès des consultants de médecine générale en effectuant le repérage précoce et l'intervention brève.
- Celui d'utiliser comme matériel un questionnaire de repérage existant et validé pour le RPIB : le questionnaire FACE.[54, 55]

D'autre part, elle a permis :

- D'obtenir une bonne approche du taux des consommateurs excessifs d'alcool en consultation de médecine générale.
- D'observer une association entre la consommation d'alcool est celle de benzodiazépines : dans l'échantillon, plus le comportement de consommation d'alcool était dangereux, plus le risque de consommer des benzodiazépines augmentait.
- Grâce à l'application de l'analyse multivariée, d'éliminer les facteurs de confusion dus à l'âge et au sexe par exemple.

Sur ce dernier point, la disparité du recueil par les internes est apparue comme un possible facteur de confusion que nous n'avions pas pris en compte initialement. C'est pourquoi en analyse de sensibilité, nous avons réalisé les modèles multivariés en ajustant sur l'interne remplissant le CRF. Ceux-ci rapportaient des résultats similaires aux résultats précédents.

## 2. Limites de l'étude

Plusieurs limites de cette étude peuvent être soulignées :

### **a) Détermination du taux des consommateurs excessifs**

Le FACE un bon instrument de repérage des problèmes d'alcool mais en aucun cas un outil diagnostique. En effet, il possède une très bonne sensibilité, c'est-à dire qu'il repère bien les « malades ». Cependant, la VPP de ce test est faible ce qui signifie qu'une partie importante d'individus repérés comme « malades » par le FACE ne le sont pas en réalité. On comprend ainsi que le FACE surestime la prévalence.[61] Il serait donc mal approprié à des enquêtes de prévalence.

### **b) Limites dans le recueil des données**

Notre échantillon comprenait 392 CRF : dans l'idéal, si chaque interne avait pu réaliser 100 questionnaires de décembre à avril (soit 20 par mois, soit environ deux demi-journées de consultation), notre échantillon passerait à 1000 ce qui aurait pu augmenter la puissance des tests et raccourcir les intervalles de confiance.

Certains internes, notamment en stage de niveau 1 (la plupart du temps en binôme avec le maître de stage en consultation), ont très vite fait part de leur difficulté voire impossibilité à réaliser les RPIB. Plusieurs raisons étaient avancées :

- Le manque de temps était souvent avancé (trop d'actes à la journée pour trouver le temps nécessaire à la passation des entretiens)
- Le refus du maître de stage de compléter le CRF en raison de la demande trop importante de questionnaires à remplir
- Le refus en raison du surplus de prévention à effectuer dans leur pratique quotidienne

- La difficulté pour l'interne à prendre la parole en relation triangulaire médecins-patient.
- La difficulté à réaliser le RPIB de manière systématique en consultation

Ces raisons sont à prendre en considération pour la faisabilité du RPIB en pratique de soins primaires. Cependant, les modalités de l'étude (avec recueil des données) diffèrent de la pratique du RPIB inculquée en formation.

### **c) Vérification des données sources**

Les consignes de réalisation du RPIB n'ont pas pu être vérifiées. Il tenait à chaque investigateur de les respecter, en toute bonne foi. Le fait de réaliser un dépistage systématique sur une journée ou demi-journée de consultation n'ayant pu être vérifié, il existe un possible biais de sélection de la population d'étude, limitant la représentativité de l'échantillon.

Les CRF étaient anonymes d'où l'impossibilité de vérifier les données sources. Le CRF de départ devait renseigner le numéro de dossier-patient mais l'idée fut abandonnée en raison de la diversité des logiciels médicaux. Certains logiciels ne donnaient pas accès directement à un numéro de dossier. Les 3 premières lettres du nom ont permis de minimiser le risque de doublons.

## **D. Nouvelles perspectives**

L'évaluation du RPIB dans sa composante interventionnelle, en France, reste mal documentée. Elle nécessite des études comparatives et prospectives sur plusieurs années afin de mettre en évidence une efficacité sur la diminution des conduites d'alcoolisation à risque.

D'autre part, des études qualitatives pourraient être menées sur les troubles du sommeil et les troubles anxieux dans la population des consommateurs excessifs d'alcool. En effet dans notre étude, il eût été intéressant d'avoir un ressenti de la population classée

consommateurs excessifs d'alcool sur la qualité de leur sommeil et globalement sur leur bien-être au quotidien.

Une étude sur les modalités et les antécédents de consommation de tranquillisants chez les alcoolodépendants pourrait être probante afin de mieux intervenir et traiter cette polyconsommation nocive.

La tendance actuelle est à la polyconsommation de drogues et touche de plus en plus un public jeune de tous niveaux sociaux niant ou ignorant les risques pour leur santé. Les drogues sont consommées en grande majorité sous forme de cocktail à but festif. Ce phénomène de société nécessite un redéploiement des politiques de prévention afin d'appréhender ces nouveaux modes de consommation à risque.

## V. Conclusion

Le médecin généraliste, en tant qu'acteur de soins primaires, voit son rôle évoluer. C'est donc l'information à la santé qui devient l'enjeu des politiques publiques de santé, relayée par le médecin généraliste dans son action préventive.

Une bonne connaissance des différents types de comportement de consommation de l'alcool et des outils disponibles pour le repérage est nécessaire pour aborder le sujet de l'alcool avec les patients. L'entraînement au RPIB des médecins généralistes au moyen des formations thérapeutiques peut permettre un repérage plus précoce des consommateurs excessifs d'alcool et ainsi une intervention moins lourde et de meilleur pronostic.

Notre étude a permis d'estimer dans l'échantillon un taux de 22 % de consommateurs d'alcool, majoritairement masculins, classés à risque de développer des problèmes de santé liés à l'alcool soit plus d'un patient sur cinq. Cette estimation, bien que surévaluée en raison du test de repérage utilisé, peut être considérée comme une bonne approche du taux des consommateurs excessifs consultants en médecine générale. Il y a fort à penser que plus la diffusion du RPIB sera importante, plus on détectera de consommateurs d'alcool à risque.

D'autre part le mésusage d'alcool, les troubles anxieux et du sommeil (insomnie) entretiennent des relations étroites. Une association forte entre les consommateurs de tranquillisants et le mode de consommation d'alcool a pu être observée dans notre population d'étude. La consommation de tranquillisants et notamment de benzodiazépines était d'autant plus importante que le comportement d'alcoolisation était sévère.

Les pratiques d'alcoolisation à risque tout comme les troubles du sommeil peu identifiés en médecine générale sont susceptibles de perturber l'équilibre de l'individu. Il est impératif de repérer, d'informer et de responsabiliser le patient, en étroite collaboration avec les différents partenaires institutionnels.

## VI. Bibliographie

1. GALLOIS P. VALLEE JP. LE NOC Y. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. *Médecine* 2007 ; 76 : 74-8
2. HUAS D. RUEFF B. Alcool et médecine générale. Ed. GMSanté 2010 ; 193 p.
3. THUN MJ. PETO R. LOPEZ AD. et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *New England Journal of Medicine* 1997 ; 337 (24) : 1705-14.
4. Recommandations de la Société française d'alcoologie. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance, Usage à risque – Usage nocif. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (4S) : 1S-92S
5. DESJARDINS N. D'AMOURS G. POISSANT J. Institut national de santé publique du Québec. Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux 2008 ; 125p.
6. BABOR TF. DE LA FUENTE JR. SAUNDERS J. et al. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. Geneva, Switzerland 1989; World Health Organization
7. MAYFIELD D. McLEOD G. HALL P. the Cage questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974 ; 131 : 1121-3
8. MILLER WR. ROLLNICK S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New-York: Guilford 1991.
9. PROCHASKA JO. DI CLEMENTE CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood IL: Dow Jones-Irvin 1984.
10. SOBELL MB. SOBELL LC. L'avenir des thérapies cognitivocomportementales : les enseignements de la recherche sur le traitement des problèmes liés à l'alcool. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2001 ; 11(2) : 45-52.
11. PROCHASKA JO. DI CLEMENTE CC. NORCROSS JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992 ; 47 : 1102-14.
12. Observatoire national des drogues et des toxicomanies (OFDT). Evaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. Principaux résultats. Paris 2009 ; 78 p.
13. Circulaire n° DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. Juillet 2009; in: <http://www.ofdt.fr/ofdtev/live/reserve/rpib-4.html#haut>.
14. MICHAUD P. Programme “ Boire moins c'est mieux”. *La revue du praticien* 2003 ; 17 (611) : 605-8

15. POIKALAINEN K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. Preventive medicine 1999
16. HUAS D. ALLEMAND H. LOISEAU D. et al. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du médecin généraliste. Rev Prat Méd Gén 1993 ; 7 (203) : 39-44
17. REYNAUD M. PARQUET PJ. Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions. Vanves : CFES 1998 : 293
18. ANDERSON P. SCOTT E. the effect of general practitioner's advice to heavy drinking men. Br J Addict 1992 ; 87 : 891-900
19. HEATHER N. ROBERTSON I. MACPHERSON B. et al. Effectiveness of a controlled drinking self-help manual: one-year follow-up results. British journal of clinical psychology 1987 ; 26 : 279-87
20. SCOTT E. ANDERSON P. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. Drug and alcohol rev 1990 ; 10 : 313-21
21. WALLACE P. CUTLER S. HAINES A. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. BMJ 1988 ; 297 : 663-68
22. FLEMING MF. MUNDT MP. FRENCH MT et al. Benefit-cost analysis physician advice with problem drinkers primary care settings. Medical care 2000 ; 38(1) : 7-18.
23. BATEL P. Repérage des consommateurs excessifs en médecine générale. THS la revue des addictions 1999 ; 1(3) : 50-55
24. KANER EF. BEYER F. DICKINSON HO. et al. Effectiveness of brief alcohol intervention in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev 2007.
25. BABOR TF. GRANT M. A randomised clinical trial of brief interventions in primary health care. World Health Organization 1992 ; 1-266
26. WUTZKE SE. CONIGRAVE KM. SAUNDERS JB et al. The long term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year-follow-up. Addiction 2002 ; 97 : 665-75.
27. HUAS D. PESSIONE F. BOUX JC. et al. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs à problèmes. Rev Prat Med Gen 2002 ; 16 : 1443-8
28. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2011 ; Geneva 2011

29. REY G. BONIOL M., JOUGLA E. Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration for French data 2006. *Addiction* 2010 ; 105 : 1018-29.
30. REYNAUD M. PARQUET P-J. LAGRUE G. Les pratiques addictives, usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. 1999
31. ROLLAND B. KARILA L. GUARDIA D. COTTENCIN O. Pharmaceutical approaches of binge drinking. *Curr Pharm Des.* 2011 ; 17(14) : 1333-42
32. LIARD F. CHARBONNEL. Prescription des psychotropes et prévalence des états anxieux et (ou) dépressifs en médecine générale. *Rev Prat Méd Gén* 2003 ; 625 : 1185-88.
33. LECADET J. VIDAL P. BARIS B. et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratique de prescription en France métropolitaine. Données nationales 2000. *Rev Med Ass Maladie* 2003 ; 34 : 75-84.
34. BECK F. TOVAR M.-L. SPILKA S. et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, exploitation des données du Baromètre santé 2010. *Tendances* 2011 ; 76 : 6 p.
35. The international classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine 2005
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition revised. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000
37. CHAN-CHEE C. BAYON V. BLOCH J. et al. Epidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2011 ; 59(6) : 409-22.
38. OHAYON MM. LEMOINE P. Liens entre insomnie et pathologie psychiatrique dans la population générale française. *l'Encéphale* 2002 ; 28 : 420–8.
39. HAS-SFTG. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique 2006
40. HASIN DS. STINSON FS. OGBUM E. et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States : results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007 ; 64 : 830-42.
41. GORDWOOD P. troubles anxieux et alcoolisme : les liaisons dangereuses. *Revue du Praticien* 2010 ; 60 : 801-6
42. FLENSBORG-MADSEN T. MORTENSEN EL. KNOP J. et al. Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study. *Comp Psychiatry* 2009 ; 50 : 307-14.
43. SFMG ; Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale. Documents de recherches en médecine générale 1996 ; 47-48

44. BILLARD M. DAUVILLIERS Y. Les troubles du sommeil. Ed Masson, Paris 2005
45. ROANE BM. TAYLOR DJ. Adolescent insomnia as a risk for early adult depression and substance abuse. *Sleep* 2008 ; 31 : 1351-56.
46. LAMEK P. Comment gérer les compensations, les transferts de dépendance et les associations d'autres substances psychoactives (usage nocif ou usage avec dépendance) ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 : 294-310.
47. MILDT/INPES. Drogues et dépendances-le livre d'information. Saint-Denis 2006 ; 182 p.
48. INSERM. Expertise collective. Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. Ed Inserm, Paris 2003 ; 536 p.
49. LEE KAM CHUNG J. La prévalence du mésusage d'alcool chez les personnes consommant des hypnotiques dans le département du nord. Thèse pour le doctorat en médecine, Lille 2010 ; 57 p.
50. BERTHIER N. Les techniques d'enquête en sciences sociales. Ed. Armand Colin, Paris 1998 ; 350 p.
51. AERGEERTS B. BUNTINX F. ANSOM S. et al. Screening properties of questionnaire and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependance in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001 ; 51 : 206-10
52. ARFAOUI S. Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale : le questionnaire « FACE ». Thèse pour le doctorat en médecine, Paris Descartes 2002 ; 134 p.
53. ARFAOUI S. DEWOST G. DEMORTIERE G. et al. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». *Rev Prat Med Gen* 2004 ; 18 : 201-05
54. DEWOST AV. MICHAUD P. ARFAOUI S. et al. FACE, Face alcohol consumption evaluation: a screening instrument adapted for french general practitioners. *Alcoholism: clinical and experimental research* 2006 ; 30(11) : 1889-95.
55. DEWOST AV. DOR B. ORBAN T. et al. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale (France, Belgique, Suisse). Etude REPEX. *Rev Prat Med Gen* 2006 ; 20(724-725) : 321-26.
56. BECK F. LEGLEYE S. SPILKA S. et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du Baromètre santé 2005. *Tendances* 2006 ; 48 : 6 p.
57. MOUQUET MC. VILLET H. Enquête alcool auprès des usagers du système de soins. *Série statistique* 2000 ; 53

58. HUAS D. DARNE B. RUEFF B. et al. Prévalence du risque et de maladies liés à l'alcool dans la clientèle du généraliste. *Rev Prat Med Gen* 1993 ; 7 : 39-44.
59. BATEL P., MICHAUD P. consommation d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves. *Gastroenterol Clin et Biol* 2002 ; 26 : 158-62.
60. BARRET PR. HORNE JA REYNERLA. Alcohol continues to affect sleepiness related driving impairment, when breath alcohol levels have fallen to near zero. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2004 ; 19 : 421-23.
61. ROEHRS T. ROTH T. Sleep, sleepiness, and alcohol use. *Alcohol Res Health* 2001 ; 25 : 101-09
62. BROWER KJ. Alcohol's effects on sleep in alcoholics. *Alcohol Res Health* 2001 ; 25 : 110-25
63. BROWER KJ. Insomnia, alcoholism and relapse. *Sleep Med Rev* 2003 ; 7: 523-39
64. LANDOLT HP. GILLIN JC. Sleep abnormalities during abstinence in alcohol-dependant patients. Aetiology and management. *CNS Drugs* 2001 ; 15 : 413-25.
65. DANIEL T. COTTENCIN O. TISSERAND L. et al. Inversion of melatonin circadian rhythm in chronic alcoholic patients during withdrawal : preliminary study on seven patients. *Alcohol and Alcoholism* 2009 ; 44(1) : 42-45
66. DERVAUX A. LAQUEILLE X. Substances addictives, troubles du sommeil et somnolence. *Médecine du sommeil* 2004 ; 1(2) : 23-27
67. WARYAS K. mesure de la prévalence des problèmes liés à l'alcool par les questionnaires de repérage- limites méthodologiques illustrées par deux études. Thèse pour le doctorat en médecine, Paris 2009 ; 118p.

**VII. Annexes****A. Annexe 1 : CRF**

N° interne : \_\_\_\_\_ N° patient : \_\_\_\_\_

3 premières lettres du nom : /\_/\_/\_/

Date : /\_/\_/\_/\_\_\_\_\_/

**Questionnaire FACE à compléter en présence du patient :****1- A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?**

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

**2- Combien de verres standards buvez-vous, les jours ou vous buvez de l'alcool ?**

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

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

Non	0
Oui	4

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

Non	0
Oui	4

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

Non	0
Oui	4

Score : /\_/\_/

**Données à compléter à partir du dossier médical (hors de la présence du patient)**Genre : masculin féminin 

Age : /\_/\_/\_/

Profession : \_\_\_\_\_

Habitat : Urbain semi-urbain (rurbain) rural 

Prescription d'un hypnotique dans les 3 derniers mois

oui 

Prescription d'une benzodiazépine dans les 3 derniers mois

oui

## **B. Annexe 2 : Note d'information**

Madame, Monsieur

Afin de favoriser une approche préventive systématique avec l'ensemble des patients dans le champ de l'alcool, votre praticien a été formé au RPIB « Repérage Précoce et Intervention Brève ».

C'est pourquoi votre médecin généraliste ou son interne vous a questionné sur vos habitudes de consommation d'alcool en utilisant le questionnaire FACE (« formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien »).

Cette démarche s'inscrit dans un projet pédagogique initié par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et l'ANPAA (Association de Prévention en Alcoologie et Addictologie) qui a pour objectif de prévenir les effets nocifs liés à l'alcool.

Dans ce cadre, nous vous proposons de participer à une thèse de Médecine Générale intitulé « Repérage précoce des problèmes d'alcool en soins primaires et prescription d'hypnotiques ». L'objectif principal de cette étude est d'observer s'il existe un lien entre les problèmes d'alcool et la consommation d'hypnotiques.

Cette étude ne représente aucune contrainte pour vous et ne modifie en rien la prise en charge de vos soins par votre médecin.

Si vous acceptez d'y participer, votre médecin utilisera vos réponses au questionnaire FACE, des informations d'ordre démographique (âge, genre, profession, habitat), ainsi que la présence éventuelle d'une prescription d'hypnotique dans les trois derniers mois.

Cette thèse est menée dans des conditions de nature à garantir une stricte confidentialité et le respect du secret médical. Vous pourrez obtenir toute information complémentaire auprès de votre médecin.

Vous êtes libre de refuser de participer à cette thèse. Votre refus ne changera ni votre relation avec votre médecin, ni la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Conformément à la loi 2004-801 « Informations et Libertés » du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données. Vous pouvez exercer à tout moment ces droits auprès de votre médecin.

En vous remerciant de votre attention et de votre compréhension.

### C. Annexe 3 : questionnaire AUDIT (société française d'alcoologie, 2001)

Questions	Score				
	0	1	2	3	4
1 Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois/semaine ou plus
2 Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3 Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
4 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
5 Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
6 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
7 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
8 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
9 Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
10 Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois

#### Résultat

Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

#### D. Annexe 4 : questionnaire DETA

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de **diminuer** votre consommation d'alcool ?
- Votre **entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **trop** ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'**alcool** le matin pour vous sentir en forme ?

#### Résultat

Score inférieur à 2 : consommation occasionnelle et modérée

Score supérieur ou égal à 2: consommation excessive