

Prise en charge des mésusages d'alcool en Limousin : enquête auprès de 365 médecins généralistes en 2013

France Gayaudon

▶ **To cite this version:**

France Gayaudon. Prise en charge des mésusages d'alcool en Limousin : enquête auprès de 365 médecins généralistes en 2013. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01083528

HAL Id: dumas-01083528

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01083528

Submitted on 17 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014 N° 97

THESE

pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

France GAYAUDON

née le 03.03.1983 à Guéret (23)

Le 24 octobre 2014, à Bordeaux

Prise en charge des mésusages d'alcool en Limousin :

enquête auprès de 365 médecins généralistes en 2013

Directeur de thèse et membre du jury

Monsieur le Docteur Pierre SAZERAT

Membres du jury

Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE, *Président du Jury*

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA, *Rapporteur*

Monsieur le Docteur Jacques DUBERNET

Monsieur le Professeur Gérard DUCOS

Madame le Docteur Bérangère GELOT

Monsieur le Docteur Philippe NUBUKPO

REMERCIEMENTS

A mon Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Sazerat ***(Psychiatre - Praticien Hospitalier - Pôle d'addictologie - Centre hospitalier Esquirol - Limoges)***

Quelques lignes ne suffiront pas pour vous exprimer toute ma gratitude... Vous avez généreusement accepté de vous lancer dans ce projet de thèse, alors que nous ne nous connaissions pas. Je ne peux que remercier ici le Dr Emilie Frachet d'avoir joué les « entremetteuses ».

Vous m'avez fait confiance dès le début, m'avez guidée à chaque étape et n'avez eu de cesse de me redonner l'élan nécessaire lorsque je m'essoufflais... Vous êtes non seulement un directeur de thèse formidable, mais aussi un homme admirable. Je souhaite que la vie soit aussi généreuse avec vous que vous l'avez été avec moi.

Merci mille fois...

A notre Président du jury

Monsieur le Professeur Auriacombe (***Psychiatre - Professeur des Universités - Praticien Hospitalier - Chef de Département hospitalier - Pôle Addiction - Centre hospitalier Ch. Perrens Bordeaux)***

Merci d'avoir accepté de présider cette thèse et de m'avoir guidée dès le début dans l'orientation de mes travaux. Merci de m'avoir accordé votre confiance alors que notre première rencontre n'a pas encore eu lieu à l'écriture de ces lignes...

A notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Castera ***(Médecin généraliste – Maître de conférences associé – Département de médecine générale – Université de Bordeaux)***

Merci de m'avoir généreusement offert un peu de votre temps pour faire le rapport de ma thèse. Merci pour votre disponibilité sans faille, vos relectures et vos critiques judicieuses qui ont contribué à l'amélioration de ce travail.

<u>Aux membres de notre jury</u>

Monsieur le Docteur Dubernet ***(Médecin généraliste – Praticien Hospitalier – Pôle addictologie - Bordeaux)***

Monsieur le Professeur Ducos ***(Médecin généraliste - Professeur associé - Département de médecine générale - Bordeaux)***

Madame le Docteur Gelot ***(Psychiatre - Médecin Assistant - Pôle addictologie - Bordeaux)***

Monsieur le Docteur Nubukpo ***(Psychiatre - Praticien Hospitalier - Chef du pôle addictologie - Limoges)***

Merci à tous d'avoir accepté de consacrer un peu de votre temps à la concrétisation de mon ultime projet universitaire... jusqu'au prochain !

<u>Au Professeur Preux</u> (***Professeur d'épidémiologie – Université de Limoges)***

Merci de m'avoir aidée à réaliser l'analyse statistique de cette étude. Vous avez, sans aucune obligation, consacré une précieuse partie de votre temps à ce travail. Merci pour votre générosité et votre gentillesse.

<u>Au Docteur Deysson</u> (***Pharmacien conseil à la Direction régionale du service médical de l'assurance maladie du Limousin)***

J'ai été ravie de vous rencontrer et d'avoir pu échanger avec vous sur divers sujets forts intéressants ! Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps et fourni toutes ces précieuses données sur le baclofène.

<u>Au Docteur N'Guyen</u> (***Pharmacien – Coordonnateur de santé du réseau addictlim 87)***

Merci pour cette rencontre, ces pistes de recherche et discussions autour du baclofène et des addictions.

<u>A Mme Tallet</u> ***(Directrice du Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances du Limousin)***

Merci pour votre gentillesse et votre aide précieuse dans ma recherche documentaire. J'espère que cette thèse viendra rapidement agrémenter vos rayonnages au CIRDD !

A tous les médecins qui ont participé à cette étude

Cette thèse n'aurait jamais vu le jour sans votre contribution, elle est par conséquent un peu la propriété de chacun de vous. J'espère que ce travail vous sera utile pour votre pratique, c'était son but premier en tout cas. Merci à tous pour votre participation et pour vos marques d'attention qui m'ont beaucoup touchée. Au plaisir de vous rencontrer un jour peut-être, pour ceux que je ne connais pas déjà !

A Flo

Tour à tour mon meilleur ami, petit ami, fiancé, pacsé... et bientôt mon mari ! Merci d'exister et d'être à mes côtés, tout simplement. Jusqu'à ce que la mort nous sépare...

A ma famille et mes amis

Impossible de vous remercier individuellement, cela nécessiterait des centaines de pages, mais chacun d'entre vous saura, je n'en doute pas, se reconnaître dans ces quelques lignes. Merci à tous pour votre soutien, spécialement ceux d'entre vous qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de cette thèse : les chercheurs en actualité baclofène, les plieurs, les tamponneurs, les listeurs, les pros des tableurs, les calculateurs, les traducteurs, les relecteurs, mais également les buveurs, les joueurs, les motivateurs, les consolateurs, etc...

Aux professionnels de santé

Merci à tous les membres du personnel médical, paramédical et autres professionnels de santé que j'ai côtoyés au cours de mes études. Merci donc aux équipes du CHU de Limoges et des CH de Saint-Pierre et Saint-Joseph de La Réunion. Merci également au personnel de l'hôpital principal de Dakar.

A tous mes patients

C'est grâce à vous, à vos histoires et vos sourires, que j'apprécie chaque jour de plus en plus ce métier de médecin généraliste.

A toi, Pierre, qui m'a fait m'intéresser au baclofène dès mon retour en métropole.

A toutes les personnes dont j'ai croisé la route un jour, et qui ont contribué à faire de moi la personne et le médecin que je suis aujourd'hui...

TABLE DES MATIERES

INDEX DES ILLUSTRATIONS..... 7

INDEX DES TABLEAUX.....8

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....9

PREAMBULE..... 12

INTRODUCTION..... 13
JUSTIFICATION..... 15
1. Le point sur les recommandations en alcoologie..... 15
1.1. Terminologie..... 15
1.1.1. Alcoolisme : terme désuet ?..... 15
1.1.2. Le risque alcool : un continuum de sévérité 16
1.1.3. Vers l'abandon du syndrome de dépendance.....18
1.1.4. Craving.....19
1.2. Recommandations en vigueur en alcoologie 21
1.2.1. Repérage précoce et intervention brève 21
1.2.1.1. Contexte général.....21
1.2.1.2. Repérage précoce..... 22
1.2.1.3. Intervention brève..... 23
1.2.2. Recommandations spécifiques concernant les patients alcoolodépendants.....25
1.2.2.1. Le sevrage..... 25
a) Objectifs du sevrage..... 25
b) Modalités du sevrage.....26
c) Contre-indications au sevrage..... 26
d) Prévention des accidents de sevrage..... 26
e) Sevrage tabagique.....27
1.2.2.2. L'après-sevrage.....27
1.2.3. Alcool et grossesse.....28
1.3. Controverse : entre abstinence et consommation contrôlée.....30
2. Thérapeutiques actuelles et perspectives d'avenir.....31
2.1. Thérapeutiques classiques anti-craving et antabuse..... 31
2.2. Le buzz baclofène.....32
2.3. L'arrivée du nalméfène..... 35
2.4. Perspectives d'avenir.....36
3. Particularités limousines 37
3.1. Données démographiques.....37
3.2. Données épidémiologiques 39
3.2.1. Données de morbi/mortalité.....39
3.2.2. Conduites d'alcoolisation..... 40
3.3. Organisation du réseau de soins en alcoologie..... 42

MATERIEL ET METHODES..... 45
1. Question de recherche..... 45
2. Objectifs de l'étude..... 45
3. Type d'étude.....45
4. Population étudiée..... 45

5. Méthodes 46
5.1. Elaboration et envoi du questionnaire 46
5.2. Recueil de données 47
5.2.1. Collecte des réponses au questionnaire 47
5.2.2. Collecte des données sur les ventes des MMA et du baclofène 48
5.3. Analyse statistique 48
5.4. Recherche bibliographique 48
5.5. Respect de l'anonymat et de la confidentialité des données 49

RESULTATS 50
1. Analyse des questionnaires 50
1.1. Taux de participation 50
1.2. Population étudiée 51
1.2.1. Caractéristiques de la population étudiée 51
1.2.2. Représentativité de l'échantillon 52
1.3. Repérage précoce et intervention brève 52
1.3.1. Connaissances en matière de RPIB 52
1.3.2. Estimation du mésusage d'alcool 53
1.3.3. Caractéristiques des patients dépistés 54
1.3.4. Modalités pratiques du repérage et de l'information du patient 56
1.4. Sevrage et prévention des rechutes 57
1.5. Recours au spécialiste 61
1.6. Utilisation du baclofène 63
1.7. Satisfaction générale des praticiens sur la prise en charge de l'alcoolisme 65
2. Utilisation des MMA et du baclofène en Limousin d'après l'analyse des ventes entre 2000 et 2013 66

DISCUSSION 70
1. Analyse des principaux résultats 70
2. Points forts et limites de notre étude 77
3. Perspectives 79

BIBLIOGRAPHIE 81

ANNEXES 86
Annexe 1 : Comparatif des critères diagnostiques DSM-IV et DSM-V 86
Annexe 2 : CIM-10 : critères diagnostiques du syndrome de dépendance 87
Annexe 3 : Classification de l'alcoolisme selon Cloninger 88
Annexe 4 : Questionnaire OCDS = Echelle des Pensées Obsédantes et des Envies Compulsives de Boire 89
Annexe 5 : Questionnaire AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test 93
Annexe 6 : Questionnaire FACE = Formule pour Approcher la Consommation par Entretien 94
Annexe 7 : Questionnaires CAGE et DETA 95
Annexe 8 : Questionnaire T - ACE 96
Annexe 9 : Structures de soins en alcoologie en Limousin 97
Annexe 10 : Questionnaire de thèse 100

SERMENT D'HIPPOCRATE 103

INDEX DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Pyramide de Skinner..... 16
Illustration 2 : Pyramide des âges des médecins généralistes en Limousin en 2013 38
Illustration 3 : Profil démographique des médecins généralistes en Limousin à l'échelle départementale en 2013.....38
Illustration 4 : Taux comparatifs de mortalité par territoire de santé selon les pathologies liées à la consommation d'alcool en Limousin sur la période 2000-2005.....40
Illustration 5 : Usage hebdomadaire de bière dans les différentes régions françaises en 2005 et 2010 (source INPES 2010)..... 41
Illustration 6 : Comparaison Limousin/métropole en fonction des indicateurs de consommation en 2005 et 2010 (source INPES 2010)..... 41
Illustration 7 : Pyramide des âges de la population étudiée (n=364)..... 51
Illustration 8 : Estimation du pourcentage de la patientèle présentant un mésusage d'alcool . 53
Illustration 9 : Age de début du repérage 54
Illustration 10 : Type de patients interrogés sur leur consommation d'alcool (n=365).....55
Illustration 11 : Part de la population effectuant des sevrages ambulatoires proposant un sevrage tabagique simultané (n=209)..... 57
Illustration 12 : Posologies maximales de baclofène utilisées (n=130)..... 64
Illustration 13 : Satisfaction générale sur la prise en charge des patients alcooliques (n=365) 65
Illustration 14 : Evolution des ventes MMA et baclofène de 2000 à 2013 / Région Limousin 66
Illustration 15 : Evolution des ventes MMA et baclofène en fonction de la population protégée de 2000 à 2013 / Département de la Creuse.....67
Illustration 16 : Evolution des ventes MMA et baclofène en fonction de la population protégée de 2000 à 2013 / Département de la Corrèze..... 67
Illustration 17 : Evolution des ventes MMA et baclofène en fonction de la population protégée de 2000 à 2013 / Département de la Haute-Vienne.....68
Illustration 18 : Comparaison des ventes de baclofène sur les 3 départements en fonction de la population protégée de 2000 à 2013..... 68

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères d'intervention en fonction des niveaux de risque – Recommandations cliniques pour le repérage précoce et l'intervention brève (source INPES 2008).....25
Tableau 2 : Taux comparatifs de mortalité des pathologies liées à la consommation d'alcool en Limousin entre 2000 et 2009 (source ORS 2009).....39
Tableau 3 : Département d'exercice de la population étudiée.....51
Tableau 4 : Part de la population possédant un diplôme spécialisant en addictologie et/ou alcoologie.....51
Tableau 5 : Part de la population ayant des notions sur le RPIB en alcoologie.....52
Tableau 6 : Repérage de la consommation d'alcool pendant la grossesse.....55
Tableau 7 : Utilisation de questionnaires de repérage.....56
Tableau 8 : Supports d'information écrite utilisés.....56
Tableau 9 : Information orale délivrée aux patients sur le risque alcool 57
Tableau 10 : Traitements utilisés pour débuter le sevrage.....58
Tableau 11 : Principaux traitements utilisés pour initier le sevrage en fonction du sexe, du département d'exercice, de l'âge, de la notion ou formation au RPIB.....59
Tableau 12 : Traitements utilisés en prévention des rechutes.....60
Tableau 13 : Principaux traitements utilisés en prévention des rechutes en fonction du sexe, du département d'exercice, de l'âge, de la notion ou formation au RPIB.....61
Tableau 14 : Motifs de recours au spécialiste (psychiatre, addictologue, gastro-entérologue, etc.).....62
Tableau 15 : Praticiens ayant déjà prescrit ou renouvelé du baclofène à leurs patients alcoolodépendants.....63
Tableau 16 : Personne à l'initiative du traitement par baclofène.....63
Tableau 17 : Place du baclofène dans la stratégie médicamenteuse.....64
Tableau 18 : Tableau des ventes de lioresal® et baclofène sur les 3 départements en 2013….69

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AA : Alcooliques Anonymes

AFSSaPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (*devenue l'ANSM depuis le 1er mai 2012*)

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (*remplacée par l'HAS en 2005*)

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

APA : American Psychiatric Association (= *Association Américaine de Psychiatrie*)

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

ARS : Agence Régionale de Santé

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

BZD : Benzodiazépines

CAMTEA : Consultations et Avis Multi-disciplinaires pour Traitements d'Exception en Addictologie

CCAA : Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie

cf. : Confer

CI : Contre-Indication

CIM : Classification Internationale des Maladies

CIRDD : Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances

CDA : Consommation déclarée d'alcool

CDT : Carbohydrate Deficient Transferrin

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAM = CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

Cor. : Corrèze

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Cre. : Creuse

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

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (= *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*)

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence-Based Medecine

EMA : European Medicines Agency (= *Agence Européenne du Médicament*)

ETCAF : Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Foetale

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FACE : Formule pour Approcher la Consommation par Entretien

GABA : Acide Gamma-Amino-Butyrique

GGT : Gamma Glutamyl Transpeptidase

GHB : Acide Gamma-HydroxyButyrique

HAS : Haute Autorité de Santé

H-V. : Haute-Vienne

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IREPS : Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé

IRS : Inhibiteur sélectif de la Recapture de la Sérotonine

JAMA : Journal of the American Medical Association

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, *devenue en mars 2014 la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives)*

MMA : Médicaments d'aide au Maintien de l'Abstinence

NB : Nota Bene

OCDS : Obsessive Compulsive Drinking Scale *(= Echelle des Pensées Obsédantes et des Envies Compulsives de Boire)*

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS = WHO : Organisation Mondiale de la Santé *(= World Health Organization)*

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PHEPA : Primary Health Care European Project on Alcohol

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Foetale

SFA : Société Française d'Alcoologie

SMR : Service Médical Rendu

SNC : Système Nerveux Central

SNIIRAM : Système National d'Information InterRégimes de l'Assurance Maladie

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

UIA : Unité Internationale d'Alcool

VGM : Volume Globulaire Moyen

vs : Versus

PREAMBULE

« Il était une fois, une petite fille qui vivait dans un village reculé du cirque de Cilaos. Elle avait six ans et c'était son premier jour d'école. Celle-ci se situait à plusieurs kilomètres de la maison et on y accédait par un sentier très escarpé à flanc de montagne. Avant de partir, son papa lui fit boire un petit verre de jus rouge, « pour te donner du courage, ma fille ! » lui dit-il. Elle trouva le jus un peu amer, mais le but en entier. De retour de l'école, papa lui offrit le même jus, qui la réchauffa bien ! Elle alla à l'école jusqu'à ses treize ans, et c'était le même rituel tous les jours. Elle appréciait de plus en plus cette petite boisson et apprit rapidement que c'était le fameux « vin de Cilaos ». A partir de ses treize ans, elle travaillait dur dans les champs, avec ses frères et son père, et le vin leur donnait toujours du courage : le matin, à la pause, le midi et le soir. Elle rencontra un jour son prince charmant. Ils se marièrent et eurent huit beaux enfants, qu'elle mit au monde à la maison ! […]

Mme G a soixante-seize ans lorsque je la rencontre. La petite fille d'Ilet à Cordes a bien grandi mais garde encore ce sourire enfantin lorsqu'elle me raconte « sa vie lontan ». Elle sait très bien pourquoi elle est à l'hôpital : « mon ventre a grossi ces derniers temps, alors je suis allée voir mon docteur. [...] Il m'a fait une prise de sang, m'a dit que mon foie était malade, et me voilà à l'hôpital ! [...] C'est plutôt joli ici ! ».

Mme G me fait sourire. […] Elle me dit qu'elle n'est pas très intelligente, car elle n'est pas allée beaucoup à l'école, mais elle sait que son foie est malade à cause de l'alcool : « à l'époque, on ne savait pas que le vin pouvait être dangereux pour la santé, […] et quand on a commencé, c'est trop tard, on en a besoin pour travailler ! Mais j'ai arrêté le travail de la terre et le vin il y a cinq ans à peu près. ». Je suis éberluée : cela fait 3 à 4 verres de vin par jour pendant soixante-cinq ans... depuis l'âge de six ans… »

J'ai rencontré Mme G lors de mon internat à La Réunion. On lui a bien entendu diagnostiqué une cirrhose alcoolique. Depuis, j'ai rencontré de nombreux autres patients malades à cause de l'alcool... et entendu tellement d'histoires différentes ! Autant de récits différents que de types d'alcoolismes différents, mais souvent un point commun : la souffrance, une fois passée la phase de déni... Et la difficulté, en tant que médecin, de trouver des solutions pour les aider.

Parfois, nos patients ne sont pas conscients des risques liés à l'usage d'alcool, comme c'était le cas de Mme G. Parfois ils le savent, mais sous-estiment ces risques. Mais dans certains cas, ils sont devenus incapables de maîtriser leur consommation et ont basculé dans l'alcoolodépendance.

INTRODUCTION

D'après le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 2014 (1), l'usage nocif d'alcool serait directement ou indirectement impliqué dans 5,9 % des décès à l'échelle mondiale, par traumatismes, cancers, maladies cardio-vasculaires, cirrhoses, etc.
Bien que les femmes soient plus vulnérables face aux dangers de l'alcool, la problématique alcoolique et les décès imputables à la consommation d'alcool restent prédominants chez les hommes : 7,6 % des décès masculins versus (vs) 4 % chez les femmes. Ce chiffre s'élève à 9 % chez les jeunes de 15 à 29 ans. Cela représente 3,3 millions de morts chaque année, dans le monde, en rapport avec une consommation excessive d'alcool. Ces chiffres sont en hausse depuis le précédent rapport de 2011.
Malgré une tendance à la diminution de la consommation d'alcool entre les rapports 2011 et 2014 de l'OMS, l'Europe reste la première région du monde consommatrice d'alcool. Elle se distingue notamment par la pratique du « *binge drinking* », phénomène d'alcoolisation très répandu chez les adolescents et particulièrement dommageable pour la santé.

En France, bien que la consommation d'alcool ait été divisée par deux entre 1960 et 2009, une personne sur dix serait en difficulté avec l'alcool, soit 5 millions de personnes, dont environ 2 millions d'alcoolodépendants. L'alcool est la substance psychoactive la plus utilisée dans notre pays, qui se situe en terme de consommation au-dessus de la moyenne des pays européens, avec une consommation annuelle de 11,8 litres par an d'alcool pur (soit 26 g/jour). (2)
On estime que l'alcool est responsable de 49000 décès par an en France, de façon directe (par cancers, cirrhoses, psychoses, etc.), et est impliqué de façon indirecte dans 3,3 % des décès (2700 morts par an et 2400 blessures dans les accidents de la route, blessures à autrui, etc.). (3) Il serait également en cause dans 10 à 20 % des accidents du travail. (2)
L'alcool reste donc, en 2014, la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac, à l'échelle mondiale et nationale, et l'une des premières causes de mort prématurée (avant 65 ans).

Les dégâts causés par l'alcool dépassent largement le cadre médical, ce qui explique peut-être en partie la complexité de la prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool, dont les vies sociale, familiale et professionnelle sont bouleversées.
Afin de sensibiliser la population aux méfaits de l'alcool et permettre une réduction de la consommation, les pouvoirs publics et experts en santé publique se mobilisent depuis des années et multiplient les publications, notamment pour promouvoir le Repérage précoce et

l'intervention brève (RPIB). Les médecins généralistes occupent une place centrale dans l'accompagnement des malades de l'alcool et dans la prévention, puisqu'on estime qu'ils sont en contact chaque année avec 75 % de la population.
Récemment, le « buzz » baclofène a redonné espoir à beaucoup de personnes en difficulté face à leurs problèmes d'alcool. Cette molécule a obtenu une Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) le 17 mars 2014, alors que son utilisation hors Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'alcoolodépendance devenait de plus en plus fréquente. Si on ne peut la considérer comme une molécule miracle en soi, elle aura au moins permis de rouvrir le débat en alcoologie et de faire sortir certains patients de la honte ou du déni.

C'est dans ce contexte que notre étude s'est intéressée à la prise en charge des mésusages d'alcool par les médecins généralistes du Limousin en 2013, et à la place qu'occupe le baclofène dans les pratiques actuelles.
Il paraît en effet plus facile, pour améliorer les choses, de connaître au préalable les pratiques, et d'adapter des recommandations à la pratique, plutôt que la pratique à des recommandations, souvent éloignées de la réalité de terrain.

Notre question de recherche est donc : les pratiques des médecins généralistes du Limousin dans les mésusages d'alcool sont-elles conformes aux recommandations en vigueur en 2013 ?

JUSTIFICATION

Au préalable, nous ferons donc le point sur les recommandations en vigueur en alcoologie et sur leur diffusion au plan national. Nous nous intéresserons ensuite aux thérapeutiques disponibles et à venir dans ce secteur. Ceci nous permettra de situer les pratiques observées par rapport à celles recommandées.
Enfin, nous étudierons plus spécifiquement la région Limousin, objet de notre étude, ce qui nous permettra de disposer du contexte d'exercice des praticiens interrogés.

1. Le point sur les recommandations en alcoologie

1.1. Terminologie

1.1.1. Alcoolisme : terme désuet ?

Il existe de nombreuses définitions de l'« alcoolisme », variables selon les époques. (4)
Ce mot a été créé en 1849 par un médecin suédois, le Docteur Magnus HUSS, remplaçant ainsi le terme d'« ivrognerie », tout en conservant un certain caractère péjoratif. A cette époque, et avant même la création du mot « alcoolisme », deux notions se dégageaient déjà : la dépendance et les conséquences liées à une consommation excessive de boissons alcoolisées.
Longtemps considéré comme une dégénérescence morale, l'alcoolisme a été progressivement reconnu comme une véritable maladie. Les premiers Manuels diagnostiques et statistiques des troubles mentaux (DSM-1 en 1952 et DSM-2 en 1968) le classaient dans les troubles de la personnalité et névroses, sans critère diagnostique. C'est avec la publication du DSM-3 en 1980 que le terme d'alcoolisme est progressivement abandonné, avec dichotomisation en « abus d'alcool » et « dépendance à l'alcool », au même titre que d'autres substances addictives.
En 1984, le Professeur Hauge[1], visionnaire, annonçait : « *le concept d'alcoolisme comme phénomène unitaire sera probablement remplacé par une conception envisageant le rapport des individus à l'alcool et aux problèmes d'alcool comme un continuum allant du non pathologique au gravement pathologique, sans ligne de partage distincte* ». (2)

1 Professeur de l'institut norvégien pour la lutte contre les drogues et l'alcool. Citation tirée de l'étude « alcool et délinquance » présentée lors du comité européen pour les problèmes criminels (conseil de l'Europe, 1984).

Ce terme d'alcoolisme est donc extrêmement ambigu et soumis à interprétation. Il tombe en désuétude au vu des travaux récents réalisés en alcoologie et des nouvelles classifications, mais son emploi reste encore fréquent dans de nombreuses publications.

1.1.2. Le risque alcool : un continuum de sévérité

Mieux vaut aujourd'hui utiliser les termes définis dans les recommandations pour la pratique clinique établies en 2001 par la Société française d'alcoologie (SFA). (5)

Suivant le modèle de la pyramide adaptée de Skinner (**Illustration 1**), différentes conduites d'alcoolisation y sont décrites autour des notions d'usage et mésusage, selon les seuils établis par l'OMS.
Ces recommandations insistent sur le fait que cette stratification est en fait un continuum : un consommateur peut changer de catégorie de conduites d'alcoolisation au cours de sa vie, que ce soit à un niveau supérieur ou inférieur. Il convient donc de faire des évaluations régulières de la consommation afin de pouvoir intervenir le plus tôt possible.

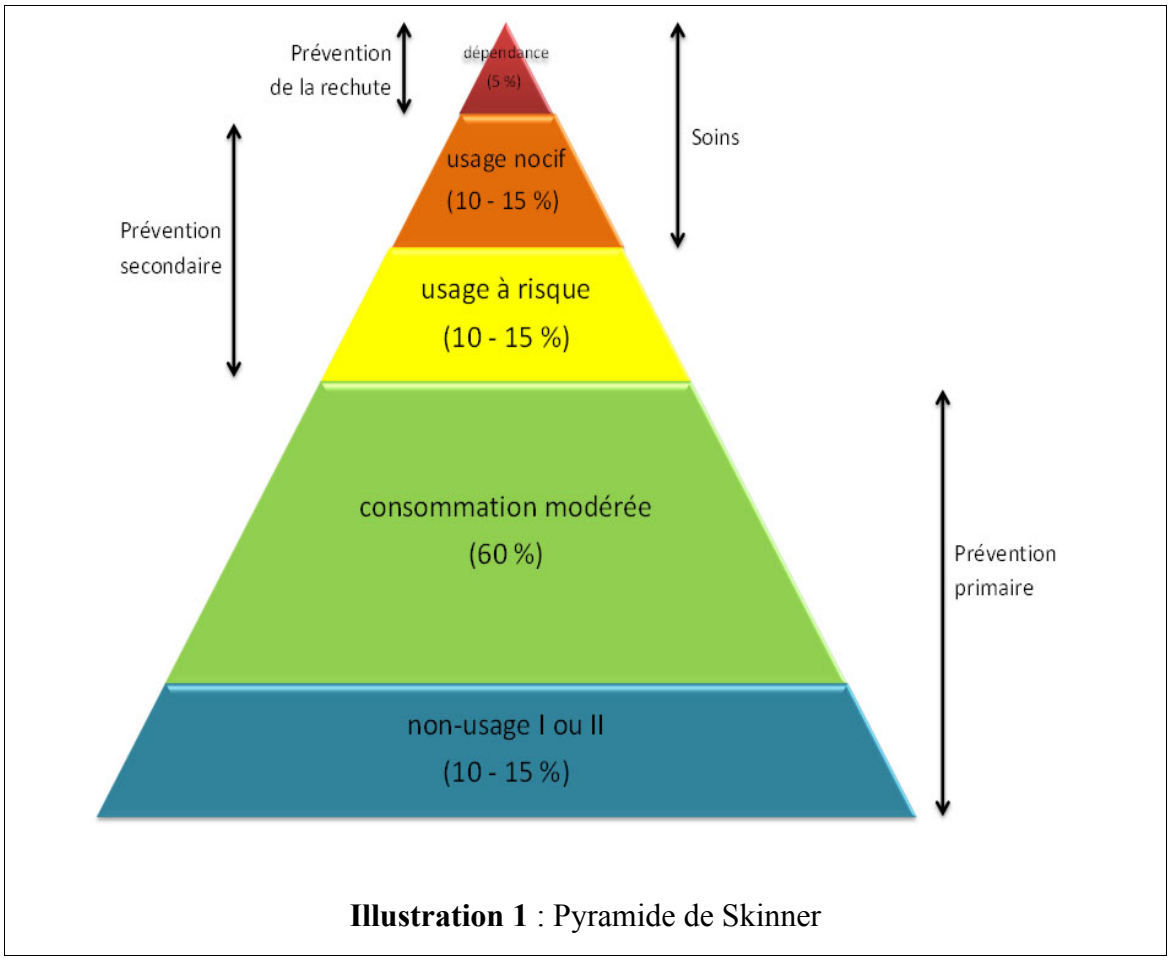


Illustration 1 : Pyramide de Skinner

La SFA définit trois grandes « catégories » :

1) Non-usage : aucune consommation d'alcool. Soit primaire (aucun antécédent de mésusage), soit secondaire (équivalent au terme « abstinence », il s'agit de non-usage succédant à une période de mésusage).

2) Usage : consommateur modéré (on parle aussi d'usage sociétal), la consommation d'alcool n'excède pas les seuils définis par l'OMS comme suit :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne) ;
- abstention au moins un jour par semaine de toute consommation.

NB : un « verre standard » ou Unité internationale d'alcool (UIA) contient environ dix grammes d'alcool pur, quel que soit le type d'alcool. La taille du verre, qui est inversement proportionnelle à la concentration en alcool de la boisson, mais également les seuils admis, sont extrêmement variables selon les pays.

3) Mésusage : inclut toutes les conduites d'alcoolisation n'entrant pas dans le cadre de l'usage.

a) Usage à risque

On parle de consommateur à risque quand la consommation d'alcool devient supérieure aux seuils définis ci-dessus, mais qu'elle n'entraîne aucun dommage d'ordre médical, psychique ou social pour l'instant.
Cette catégorie inclut également les consommations inférieures ou égales à ces seuils lorsqu'elles sont associées à une situation à risque (travail sur machine, conduite, etc.) et/ou un risque individuel particulier (femmes enceintes, consommation d'autres psychotropes, comorbidités, tolérance individuelle, etc.).
Le *binge drinking* (Alcoolisation ponctuelle importante ou API en français), de plus en plus répandu chez les jeunes, entre également dans ce cadre. Il est généralement défini par l'absorption de plus de 60 g d'alcool en une seule occasion.

b) Usage nocif

On parle de consommateur à problème pour toute conduite d'alcoolisation caractérisée par :

- l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation,
- l'absence de dépendance à l'alcool.

c) Usage avec dépendance

On parle de consommateur dépendant (ou alcoolodépendant) dès qu'il y a perte de maîtrise de la consommation.
L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits, qui néanmoins sont souvent associés.

Au vu de la publication récente du DSM-V et de la disparition du terme de « dépendance à l'alcool », cette classification, bien que pragmatique, risque d'être remodelée.

1.1.3. Vers l'abandon du syndrome de dépendance

La définition du terme de dépendance n'est pas aisée non plus. Il existe souvent une confusion entre les termes « addiction » et « dépendance ».
Le terme de dépendance, en relation avec la tolérance et le syndrome de sevrage, devrait en fait être réservé à la réaction « physiologique » du Système nerveux central (SNC) à l'imprégnation par une substance, légale ou non. Le mot addiction renvoie au « comportement », souvent compulsif, à la recherche d'une drogue généralement.

C'est notamment pour en finir avec cette ambiguïté que l'Association américaine de psychiatrie (APA) a décidé d'apporter quelques modifications dans son DSM-V, publié en mai 2013. (4)
Le chapitre « *troubles liés aux substances* » est devenu « *troubles liés aux substances et aux addictions* », en raison de l'existence d'addictions sans substance (notamment au jeu).
Les anciens termes « *abus d'alcool* » et « *dépendance à l'alcool* » ont été réunis sous l'unique expression « *troubles de l'usage d'alcool* » (« *alcohol use disorder* »).

Par rapport aux DSM-IV datant de 1994, il est important de noter l'apparition dans les critères diagnostiques de la notion de « craving », uniquement présente jusqu'ici dans la 10ème édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10, publiée en 1991 par l'OMS), et la disparition des critères législatifs, qui diffèrent selon les pays.
Ces nouvelles appellations du DSM-V, avec l'abandon du terme de dépendance, confortent une nouvelle fois l'hypothèse d'un continuum de sévérité des troubles. Selon le nombre de critères rencontrés, le trouble est considéré comme faible, modéré ou sévère (**annexe 1**).

Selon la CIM-10 (6), le syndrome de dépendance consiste en un « *ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).* »
Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont décrits en **annexe 2**. L'OMS devrait publier en 2015 la CIM-11 avec une révision du chapitre sur les troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives.

1.1.4. Craving

Le concept de craving est devenu aujourd'hui incontournable dans la prise en charge des addictions. Littéralement, le terme de « craving » signifie avoir un besoin impérieux, incontrôlable qui, s'il n'est pas satisfait, induit des souffrances psychiques et physiques, et peut s'accompagner d'insomnie, fatigue, agressivité, anxiété, voire dépression.

Plusieurs modèles théoriques sur le concept du craving ont été élaborés et suggèrent une grande variabilité inter-individuelle de craving, impliquant que chaque patient alcoolodépendant doit être pris en charge de façon spécifique. (7) (8)
Un modèle neurobiologique particulièrement intéressant pour la compréhension des mécanismes d'action des médicaments disponibles dans le traitement de l'alcoolodépendance est le modèle psychobiologique tri-directionnel du craving à l'alcool, proposé par Verheul. (9)
Verheul décrit trois types de craving, dont chacun serait lié à un dysfonctionnement neurobiologique propre :

- Craving de récompense = reward craving

Le produit est recherché afin de stimuler les aires du plaisir, dont le système de régulation serait dopaminergique/opioïdergique.

Les principales addictions retrouvées dans ce type de craving sont celles à la cocaïne, au crack, l'alcoolisme de type II de Cloninger (**annexe 3**), ou encore le *binge drinking*. Les traitements par naltrexone et acide Gamma-hydroxybutyrique (GHB) pourraient avoir une efficacité sur ce type de craving.

- Craving de soulagement = relief craving

S'apparente à un trouble anxieux généralisé. Le produit est consommé afin de diminuer le stress ou soulager une tension. Il serait sous la dépendance du système gabaergique/glutamaergique.

On retrouve dans ce type de craving les intoxiqués chroniques au cannabis (consommant plus de cinq joints par jour), l'alcoolisme de type I de Cloninger. Les traitements par GHB, acamprosate ou baclofène seraient efficaces.

- Craving obsédant = obsessive craving

Le produit est consommé afin de calmer les obsessions du sujet. Il résulterait d'un dysfonctionnement du système sérotoninergique, assez proche de celui des Troubles obsessionnels compulsifs (TOC).

Les addictions aux jeux, à internet, au sexe, mais également la boulimie, entreraient dans ce concept. L'alcoolisme compulsif serait engendré par cette perte de contrôle.

Les Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS) et les Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pourraient se révéler efficaces, mais aussi le baclofène, le topiramate ou l'ondansétron.

Le craving peut être mesuré, par exemple à l'aide du questionnaire Obsessive compulsive drinking scale ou OCDS (**annexe 4**). En médecine générale, l'utilisation d'une Echelle visuelle analogique (EVA), graduée de l'absence d'envie à l'envie maximale, paraît plus simple d'utilisation.

1.2. Recommandations en vigueur en alcoologie

1.2.1. Repérage précoce et intervention brève

Rappelons que les dégâts causés par la consommation d'alcool ne concernent pas uniquement les patients dépendants, mais peuvent concerner tout consommateur à risque.
Au-delà de l'objectif parfois utopiste de non-usage d'alcool, la simple diminution de la consommation d'alcool en dessous des seuils définis plus haut est bénéfique pour la santé, et ce, parfois très rapidement.
En outre, il existerait un lien entre la consommation d'alcool globale par habitant et la proportion de buveurs excessifs dans une population.

Il est donc de notre devoir en tant que praticiens de repérer au plus tôt les patients ayant un mésusage d'alcool afin de les mettre en garde. Dans l'idéal, tous les patients devraient être interrogés systématiquement sur leur consommation d'alcool.

1.2.1.1. Contexte général

Depuis les années 80, l'OMS prône une stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif d'alcool via notamment un programme de promotion du RPIB intitulé « less is better ».
Le RPIB est aujourd'hui considéré comme l'un des outils ayant le meilleur rapport coût/efficacité dans la lutte contre les problèmes de santé (et de santé publique) liés à l'usage d'alcool. (10) L'efficacité de l'intervention brève a été reconnue dans de nombreuses études et méta-analyses. Un premier questionnaire de repérage a été créé et validé dans le cadre de ce programme : l'Alcohol use disorders identification test ou AUDIT (**annexe 5**).
La France a adhéré à cette initiative en 1998, avec la création par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) du projet « Boire moins, c'est mieux » et la validation d'un questionnaire de repérage en français : Formule pour approcher la consommation par entretien ou FACE (**annexe 6**).
Notons l'existence d'un autre questionnaire facile d'utilisation pour le repérage en médecine générale car il ne comporte que quatre questions : le questionnaire DETA, développé en 1989 par Bernard RUHEFF et traduction française du CAGE, créé en 1974 par Mayfield (**annexe 7**). Il permet la détection des patients dépendants, mais pas des consommateurs à risque.

Quelques initiatives régionales de formation au RPIB ont vu le jour dès les années 2000 avec l'appui du ministère chargé de la Santé, de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), avec surveillance régulière de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) depuis 2006. En effet, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a été renforcée en 2006 d'une circulaire portant sur la diffusion nationale de la formation au RPIB en alcoologie, avec pour objectif à cinq ans la formation de 75 % des médecins généralistes. (11) Cinq régions sont concernées : Ile-de-France, Aquitaine, Bourgogne, Bretagne et Champagne-Ardenne.

Cette mesure de promotion du RPIB faisait également partie du plan ministériel 2007-2011 sur la prise en charge et la prévention des addictions.

L'INPES a été chargé de l'information du grand public sur les seuils de risque définis par l'OMS et de la diffusion large auprès des médecins généralistes des documents à leur intention « Repère pour votre pratique : intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool » (12) et à celle de leurs patients « Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool ». (13)

L'institut a par ailleurs édité en 2008 un guide plus complet « Alcool et médecine générale : recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves » (14), traduction française d'un document élaboré dans le cadre du projet Primary health care european project on alcohol (PHEPA) réunissant 24 pays dont 17 états membres de l'Union Européenne.

1.2.1.2. Repérage précoce

De nombreux symptômes et/ou signes cliniques doivent faire évoquer une consommation excessive d'alcool chez un patient : discours hésitant, sueurs, tremblements, hypertension artérielle, anxiété, dépression, difficultés familiales ou professionnelles...

Les analyses biologiques (dosages sériques de VGM, GGT, CDT) ne devraient pas servir au dépistage de routine car leur sensibilité est faible. En revanche, la découverte d'anomalies biologiques peut faciliter l'ouverture du dialogue.

Le repérage peut se faire à l'aide des questionnaires dédiés (FACE, CAGE, etc.) ou de la simple Consommation déclarée d'alcool (CDA), évaluée en nombre d'UIA consommées par jour.

D'après les recommandations de l'INPES (14), l'utilisation de l'AUDIT-C (trois premières questions de l'AUDIT) est la méthode privilégiée pour repérer les consommations dangereuses ou problématiques en médecine générale. Les patients masculins obtenant un score ≥ 5 (≥ 4 chez la femme) ou dont la consommation d'alcool est ≥ 210 g par semaine (≥ 140 g pour la femme) devraient bénéficier d'une intervention brève.

1.2.1.3. Intervention brève

Comme nous l'avons dit précédemment, les interventions brèves en alcoologie ont prouvé leur efficacité dans de multiples études. (15) (16) (17)
Elles s'adressent aux patients ayant une consommation à risque ou nocive, mais n'a pas prouvé son efficacité chez les patients alcoolodépendants. Elles seraient aussi efficaces chez les hommes que chez les femmes (18) bien qu'une méta-analyse mette en doute cette notion (17) (avec un effectif réduit pouvant limiter la puissance de l'étude). Elles n'ont pas encore fait leurs preuves pendant la grossesse.
En France, l'efficacité de l'intervention brève a également été prouvée en médecine générale (19) et en médecine du travail (20). Une seule étude contrôlée, randomisée, a été réalisée en médecine générale et ne met pas en évidence la supériorité d'une intervention brève sur le repérage simple (21), suggérant que le simple fait d'ouvrir le dialogue sur l'alcool permettrait une réduction de la consommation. Ces résultats sont à nuancer en raison de faibles effectifs.

Le principe général d'une intervention brève est d'apporter à un sujet en danger des conseils ciblés afin d'induire un changement de comportement durable vis-à-vis de l'alcool. (2)
Il existe dans les études une multitude de « techniques » d'intervention brève. A ce jour, aucune méta-analyse ou revue de la littérature n'a pu valider avec précision une technique d'intervention brève.
Aucune corrélation entre la durée du conseil et son efficacité n'a été démontrée et il ne semble pas que des interventions prolongées soient plus performantes que des interventions brèves. (16) La plupart des études montrent une efficacité persistante à 1 an, parfois jusqu'à 4 ans. (22)
L'OMS a demandé à chaque pays adhérent au programme « less is better » de définir lui-même sa méthode de diffusion et de mise en place du RPIB.

En France, d'après les recommandations de l'INPES (14), les médecins généralistes devraient réaliser au moins une intervention très brève (conseil minimal, simple et structuré, de moins de cinq minutes) à chaque patient repéré à risque.

Les éléments essentiels d'une intervention efficace seraient :

- la restitution au patient des résultats du test de repérage ;
- la délivrance d'un conseil de modération ;
- la définition d'un objectif avec le patient.

Une technique d'intervention brève a été proposée sous l'acronyme FRAMES :

- Feed-back : restitution au patient de l'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d'alcool ;
- Responsability : la responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et notamment pas au thérapeute ;
- Advice : un conseil de modération est clairement donné au patient ;
- Menu of change : un choix ou menu offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool est donné au patient ;
- Empathy : le thérapeute fait preuve d'empathie, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts et les acquis du patient ;
- Self-efficacy : le patient est le chef d'orchestre de son traitement, dont le succès lui revient entièrement.

Tableau 1 : Critères d'intervention en fonction des niveaux de risque – Recommandations cliniques pour le repérage précoce et l'intervention brève (*source INPES 2008*)

Niveau de risque	Critères		Intervention	Rôle du médecin généraliste
Faible risque	Consommation d'alcool (grammes/semaine)	< 210 g/sem hommes < 140 g/sem femmes*	Prévention primaire	Éducation pour la santé, renforcement
	Questionnaire Audit	< 7 hommes < 6 femmes		
	Questionnaire Face**	< 5 hommes < 4 femmes		
À risque	Consommation d'alcool (grammes/semaine)	≥ 210 g/sem hommes ≥ 140 g/sem femmes*	Conseils	Repérage, évaluation, intervention brève
	Questionnaire Audit	7-12 hommes 6-12 femmes		
	Questionnaire Face**	5-8 hommes 4-8 femmes		
À problèmes	Présence d'un ou plusieurs dommages		Conseils, intervention brève et surveillance régulière	Repérage, évaluation, intervention brève, suivi
Alcoolodépendance	Critères CIM-10 ou DSM IV		Traitement spécialisé	Repérage, évaluation, orientation, suivi
	Questionnaire Audit	≥ 13		
	Questionnaire Face**	≥ 9		

* Toute consommation chez la femme enceinte, l'adolescent de moins de 16 ans ou chez la personne souffrant d'une pathologie ou suivant un traitement est déconseillée.

** Le questionnaire Face (« formule pour apprécier la consommation par entretien ») a été établi et validé en français pour repérer les consommations excessives d'alcool. Voir Arfaoui S., Dewost AV., Demortière G., Abesdris J., Abramovici F., Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». Rev prat (Med gen) 2004 ; 641 : 201-205.

1.2.2. Recommandations spécifiques concernant les patients alcoolodépendants

1.2.2.1. Le sevrage

L' Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a publié en 1999 une conférence de consensus concernant les « objectifs, indications et modalités du sevrage des patients alcoolodépendants ». (23)

Cette conférence a vu le jour suite à la constatation de méthodes diagnostiques et thérapeutiques extrêmement variables, voire néfastes en l'absence de consensus, auxquelles s'ajoutent parfois un manque de connaissances en alcoologie ou des difficultés à reconnaître l'alcoolisme comme une véritable maladie.

Nous ne rappellerons ici que l'essentiel d'un point de vue thérapeutique en médecine générale.

a) Objectifs du sevrage

Le premier point important est l'énoncé de cette phrase : « *l'objectif d'un sevrage thérapeutique est l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool […]*

Lorsqu'une dépendance est installée, le retour à une consommation modérée est considéré comme très difficile, voire impossible, par de nombreux experts. »

Nous discuterons plus loin du débat actuel entre cet objectif d'abstinence et celui de consommation contrôlée.

b) Modalités du sevrage

Le sevrage thérapeutique nécessite une prise en charge médicalisée et pluridisciplinaire dans un travail en réseau. Le sevrage ambulatoire doit être envisagé en priorité, en l'absence de contre-indications.

Les comorbodités psychiatriques, somatiques ou les polydépendances nécessitent le plus souvent un recours à une hospitalisation pour effectuer le sevrage.

c) Contre-indications au sevrage

Il n'existe pas de contre-indication formelle au sevrage mais quelques circonstances de « non-indication » :

- *« non demande du patient ;*
- *absence de projet thérapeutique ou social ;*
- *situations de crise (affective, sociale ou professionnelle). »*

Il existe en revanche des contre-indications au sevrage ambulatoire, d'ordre :

- « *alcoologiques (dépendance physique sévère, antécédents de délirium tremens ou de crise convulsive généralisée) ;*
- *somatiques ;*
- *psychiatriques ;*
- *socio-environnementales.* »

d) Prévention des accidents de sevrage

La prévention médicamenteuse des accidents de sevrage doit être systématique dans le cas d'un sevrage ambulatoire.

Les molécules de première intention sont les benzodiazépines (BZD) : diazepam (mais demie-vie longue avec risque de surdosage en cas d'insuffisance hépatocellulaire) ou oxazepam de préférence. Le traitement par BZD ne doit pas excéder sept jours, notamment en raison du risque de transfert de dépendance. Des protocoles précis de prescription sont décrits dans les recommandations. A ce traitement doivent s'associer d'autres mesures : hydratation, prescription de thiamine systématique (500 mg/j).
NB : Rappelons que la thiamine (vitamine B1) n'est pas remboursée par la sécurité sociale, ce qui peut être un frein à sa prescription en ambulatoire.

e) Sevrage tabagique

La proposition d'un sevrage tabagique simultané doit être faite et renouvelée dès que la motivation du patient le permet.
Il repose sur l'utilisation de substituts nicotiniques à doses plus élevées en raison d'une plus forte dépendance pharmacologique à la nicotine chez l'alcoolodépendant. Le sevrage tabagique est contre-indiqué en cas de syndrome dépressif associé.
Des efforts sont encore à faire en matière de remboursement de ces substituts : 50 euros par an par assuré à ce jour, couvrant à peu près l'achat d'une boîte de 28 patchs et 2-3 boîtes de gommes à mâcher. Ce forfait s'élève à 150 euros pour les femmes enceintes.

1.2.2.2. L'après-sevrage

Suite aux premières recommandations, une deuxième conférence de consensus a été publiée en 2001 sur les « modalités d'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage ». (24)
La question d'une abstinence complète est de nouveau soulevée, mais le jury reste « *extrêmement prudent sur la possibilité de se satisfaire d'une simple diminution quantitative et qualitative* » de la consommation d'alcool.

Il est rappelé que « *le patient reste l'acteur principal de la dynamique de l'accompagnement* » après sevrage, les autres piliers de cet accompagnement étant :

- le soutien psychologique : fondement même de toute approche thérapeutique d'une personne en difficulté avec l'alcool, basé sur l'écoute, l'empathie, le renforcement

positif et l'absence de jugement. Les TCC sont les thérapies ayant le plus fait leurs preuves ;

- l'évaluation sociale : devrait systématiquement être réalisée, le plus tôt possible dans la prise en charge ;
- les mouvements d'entraide : prônant l'abstinence totale et durable, ils ont fait leurs preuves dans l'aide au maintien durable de l'abstention. La participation à ces réseaux, associations, peut être proposée aux patients (mais attention aux dérives sectaires) ;
- l'accompagnement de l'entourage : la prise en charge des proches de patients alcoolodépendants doit être proposée systématiquement et réalisée le plus tôt possible, via notamment les thérapies conjugales et familiales ;
- les moyens médicamenteux : ne se conçoivent qu'en association avec l'accompagnement psycho-social. Nous développerons ces thérapeutiques plus loin.

La place des médecins généralistes est considérée dans ces recommandations comme primordiale, aussi bien avant qu'après sevrage. Cette proximité, connaissance du patient et souvent de la famille, devrait être valorisée.

Le jury recommande une formation initiale et continue en alcoologie des étudiants en médecine et médecins généralistes. Il est indispensable que ces derniers puissent identifier facilement les acteurs ou structures pouvant intervenir en relai ou complément de son action :

- les CSAPA (ex-Centres de cure ambulatoire en alcoologie ou CCAA) : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ;
- les secteurs d'hospitalisation complète, particulièrement adaptés aux patients en échec en ambulatoire, après rechute ou à comorbidités psychiatriques ou somatiques ;
- les hôpitaux de jour ;
- les équipes de liaison ;
- les réseaux.

1.2.3. Alcool et grossesse

Un guide à l'usage des professionnels, « Alcool et grossesse, parlons-en », a été édité par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé en juin 2011. (25)

Il est rappelé que « *la consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause évitable de retard mental d'origine non génétique, ainsi que d'inadaptation sociale de l'enfant* ».

L'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) désigne toutes les répercussions susceptibles d'être observées chez une personne dont la mère aurait consommé de l'alcool au cours de sa grossesse. Cela s'étend des troubles de l'apprentissage et/ou du comportement au véritable Syndrome d'alcoolisation foetale (SAF). La prévalence de l'ETCAF est estimée à 9 ‰ naissances dans le monde occidental. 700 à 3000 enfants naîtraient chaque année en France avec un SAF grave. (26)

Une étude prospective menée en France en 2002 sur 150 femmes a mis en évidence la poursuite de la consommation d'alcool pendant la grossesse chez 43 % des femmes (27), ce qui souligne bien que des efforts de prévention restent à faire dans ce domaine.

La Haute autorité de santé (HAS) recommande d'interroger systématiquement les femmes en âge de procréer, enceintes ou venant d'accoucher, sur leurs habitudes de consommation d'alcool, les modalités d'usage et les périodes de consommation au cours de la grossesse. (28)

L'objectif doit être clair et univoque : zéro alcool pendant la grossesse. C'est également la position de l'OMS et de la SFA : « *eu égard à la toxicité embryofœtale de l'alcool (Grade A) il est recommandé aux femmes de ne pas consommer de boissons alcooliques durant toute la durée de la grossesse* ». (29)

Les questionnaires AUDIT ou FACE peuvent être utilisés pour le repérage, ainsi que le questionnaire T-ACE (proche du CAGE). Bien que non validé en France, ce dernier a été créé spécifiquement pour la pratique obstétricale en 1989 par Sokol et al. (**annexe 8**).

La SFA recommande également que les risques liés à l'exposition prénatale à l'alcool soient rappelés à toute femme enceinte ou en âge de procréer (grade A). Les entretiens motivationnels et les interventions brèves devraient également être développés pour toute femme enceinte qui consomme de l'alcool (Grade C). Ces méthodes sont susceptibles de modifier la consommation d'alcool durant la grossesse. (29)

Chez la patiente enceinte dépendante, le sevrage doit être accompagné médicalement. La prévention médicamenteuse du syndrome de sevrage fera appel préférentiellement à l'oxazepam. Les Médicaments d'aide au maintien de l'abstinence ou MMA (acamprosate, naltrexone et disulfirame) sont contre-indiqués pendant la grossesse.

L'accompagnement de la patiente présentant un mésusage d'alcool, de l'enfant à venir et de l'entourage doit être pluridisciplinaire, avec un accompagnement psychosocial précoce et un travail en réseau essentiel, via notamment les réseaux de périnatalité et de la petite enfance. (29)

Une grossesse chez une patiente qui consomme de l'alcool est une grossesse à risque, et elle doit être prise en charge comme telle.

1.3. Controverse : entre abstinence et consommation contrôlée

La consommation contrôlée comme objectif à atteindre dans l'alcoolodépendance plutôt que l'abstinence fait débat depuis les années 70, mais l'arrivée récente du nalméfène et le détournement d'utilisation du baclofène ont réactivé cette controverse. La littérature ne permet toujours pas de trancher en faveur de l'un ou l'autre. Par ailleurs, il n'existe pas de définition consensuelle d'une consommation contrôlée.

Dans une étude menée auprès de 547 membres de la SFA en 2011 (30), la consommation contrôlée est un objectif de traitement acceptable pour 48,6 % des répondants, 61,9 % déclarant y avoir recours.
Dans cette étude, l'acceptation d'une consommation contrôlée est dépendante à la fois des caractéristiques du patient, principalement de son désir, et du praticien. Les médecins les plus enclins à accepter la consommation contrôlée sont plus jeunes et pratiquant des TCC. Les praticiens adeptes du programme en douze étapes, prôné par les Alcooliques anonymes (AA), rejettent logiquement plus la consommation contrôlée comme objectif de traitement. La consommation contrôlée a été définie par les praticiens préférentiellement par la qualité de vie et non par rapport à un seuil de consommation d'alcool.
Comparativement aux autres pays ayant mené le même type d'étude, la France se situe en position intermédiaire en terme d'acceptabilité de la consommation contrôlée (derrière l'Angleterre, mais devant les Etats-Unis où seulement 23 % des praticiens semblent accepter cette démarche).

L'acceptation d'une consommation contrôlée par le praticien peut certainement favoriser une alliance thérapeutique avec le patient, mais l'abstinence reste pour l'instant l'objectif des recommandations françaises en vigueur. Malgré tout, ces recommandations concernent le

sujet alcoolodépendant. Avec la disparition du diagnostic de dépendance dans le DSM-V, « *l'équation dépendance = abstinence doit être repensée* ». (4)

2. Thérapeutiques actuelles et perspectives d'avenir

2.1. Thérapeutiques classiques anti-craving et antabuse

L'aide au maintien de l'abstinence peut passer par la prescription de thérapeutiques médicamenteuses, en complément d'une prise en charge psychosociale adéquate.
Il existait jusqu'en 2013 trois molécules spécifiquement utilisées dans l'alcoolodépendance.

Deux molécules ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'aide au maintien de l'abstinence, ce sont des molécules dites « anti-craving » : la naltrexone (Revia®) et l'acamprosate (Aotal®).
La naltrexone est un antagoniste des opiacés. Elle agit par compétition avec la morphine et les opiacés sur les récepteurs localisés principalement dans le système nerveux central et périphérique. En se fixant sur les récepteurs opioïdes, la naltrexone bloquerait le relargage de dopamine et diminuerait les effets de plaisir et de récompense de l'alcool. Elle agirait donc sur le craving de récompense.
L'acamprosate a une structure proche à l'acide gamma-amino-butyrique (GABA), principal neurotransmetteur inhibiteur du SNC. Ainsi, au même titre que le GABA, l'acamprosate antagoniserait l'action des acides aminés excitateurs, en particulier celle du glutamate. Il agirait donc sur le craving de soulagement.

Une autre molécule, à effet antabuse, est encore commercialisée en France en prévention des rechutes : il s'agit du disulfirame (ou Esperal®). Il inhibe l'acétaldéhyde-déshydrogénase, entraînant une élévation de la concentration en acétaldéhyde, métabolite de l'alcool éthylique responsable de manifestations déplaisantes.
Du fait des violents effets aversifs provoqués par le traitement, avec des complications parfois très graves, il n'est pas recommandé en première intention et doit être réservé à certains cas particuliers.

2.2. Le buzz baclofène

Le baclofène (Lioresal®) est un dérivé du GABA. Il stimule les récepteurs GABA-B pré et post-synaptiques. Il est commercialisé en France depuis 1974 et possède une AMM dans le traitement des contractures spastiques d'origine neurologique. Depuis plusieurs années, son usage est détourné pour traiter des patients alcoolodépendants dans le but de limiter/interrompre leur consommation.

Une relation sur l'implication du neuromédiateur GABA dans la genèse des addictions est suspectée depuis les années 70. De nombreuses études ont étudié les molécules GABA-like dans différentes addictions (cocaïne, héroïne, etc.). En 1987, une étude comparant différentes molécules chez le rat alcoolodépendant suggère que les molécules à action spécifique sur les récepteurs GABA-B (notamment le baclofène) sont efficaces pour réduire la consommation d'alcool. (31)

Les premières études concluant à une efficacité du baclofène dans l'alcoolisme datent des années 2000, la plupart ayant été menées par la même équipe italienne.
Plusieurs angles ont été successivement étudiés chez le rat. Le baclofène serait efficace pour réduire les symptômes du syndrome de sevrage et diminuer la consommation d'alcool (32), pour prévenir un comportement d'appétence vis-à-vis de l'alcool (33), pour diminuer le craving. (34)
Quelques études à faible effectif s'en sont suivies chez l'homme sur l'efficacité du baclofène dans le sevrage (35), ainsi que sur la diminution de la consommation et du craving. (36)
Ces résultats sont à nuancer car des études plus anciennes ne retrouvaient pas d'efficacité du baclofène chez le singe (37), voire suggéraient une action pro-convulsivante du baclofène. (38)

En 2005, le Docteur Ameisen, cardiologue français exerçant aux Etats-Unis, publie un rapport de cas (son cas) sur l'efficacité du baclofène à haute dose dans le traitement de l'alcoolodépendance. (39) Devant le peu d'écho dans la communauté scientifique suite à cette publication, beaucoup mieux relayée par les médias tout public, il décide en 2008 de publier un récit autobiographique pour faire bouger les choses. (40) Ce livre a également été publié en Angleterre et aux Etats-Unis.

Il y explique comment, tombé depuis des années dans la spirale infernale de l'alcoolisme et après avoir tout essayé pour s'en sortir, il décide en 2002 de s'auto-traiter par baclofène. Parti de l'hypothèse d'une efficacité du baclofène dose-dépendante suggérée par les études décrites ci-dessus, il dit avoir obtenu sa « guérison » en 2004, avec une dose de 270 mg (soit 3 mg/kg).

Depuis, en France, détracteurs et défenseurs du baclofène mènent un combat sans merci.
A l'aube de la médecine 2.0, les médias se sont donc emparés de ce « phénomène baclofène » et relaient les arguments des uns et des autres.
Deux associations ont été créées : Aubes (Association des utilisateurs de baclofène et sympathisants) en 2010 et baclofène en 2011, pour favoriser la diffusion de l'information sur le baclofène, exercer une pression sur les pouvoirs publics pour obtenir les autorisations, mettre en relation les patients avec des médecins prescripteurs via leur site internet. Les forums de discussion se multiplient, avec les expériences des uns et des autres sur le baclofène, dans l'alcoolodépendance, mais pas seulement... Les ventes de baclofène explosent.

De leur côté, les autorités sanitaires ou référentes en alcoologie ont eu du mal à se positionner.
En juin 2011, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSaPS), devenue depuis l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), *« met en garde contre une utilisation du baclofène chez les patients alcool-dépendants* » et annonce un suivi renforcé de pharmacovigilance.
En juin 2012, l'ANSM actualise son point d'information suite à « *de nouvelles données observationnelles montrant des bénéfices cliniques chez certains patients* », à savoir une étude descriptive menée en 2011 par une équipe universitaire française dans le cadre d'une thèse, et évaluant sur un an l'efficacité et la tolérance du baclofène : 60 % des patients avaient une consommation adaptée, dont 44 % d'abstinents à un an. (41)
L'agence rappelle que le baclofène « *ne peut être envisagé qu'au cas par cas, prescrit et surveillé par des praticiens expérimentés dans la prise en charge de l'alcoolodépendance avec une adaptation posologique individuelle et une surveillance rapprochée de la réponse thérapeutique et de la survenue des effets indésirables*. ». Ce point d'information annonce le lancement d'un essai clinique contrôlé en ambulatoire, initié par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) : BACLOVILLE. (42)
En octobre 2012, l'ANSM autorise une seconde étude, ALPADIR (43), financée par le laboratoire Ethypharm, avec instauration du traitement en milieu hospitalier. Ces deux études sont randomisées et en double aveugle, avec des résultats toujours en attente.

De son côté, la SFA conclut son rapport scientifique de juin 2011, véritable revue de la littérature, par ces mots : « *A la date d'écriture de ce rapport, il n'est pas possible de valider formellement l'utilisation en routine du baclofène chez les patients alcoolodépendants. Les nombreuses incertitudes qui demeurent sur son utilisation pratique en font pour l'instant un traitement de 2ème, voire de 3ème ligne, lorsque les traitements actuellement validés n'ont pas donné les résultats escomptés.* ». Elle rappelle que la prescription de baclofène, comme toute prescription, doit s'intégrer dans une démarche globale de prise en charge, le versant médicamenteux n'étant pas suffisant, tout particulièrement en addictologie. (44)

Peu d'essais cliniques probants en double-aveugle, contre placebo, randomisés, ont été publiés depuis. Notons une étude comparant 30 mg/j de baclofène contre placebo menée par l'équipe de Garbutt, non concluante (45) ; un essai chez une population de cirrhotiques mené par l'équipe d'Addolorato concluant à l'efficacité et la bonne tolérance hépatique du baclofène (46) ; et un essai toujours de la même équipe comparant différentes posologies de baclofène vs placebo et concluant à une efficacité dose-dépendante (47) (les posologies n'excédant pas 60 mg/j).
Les Docteurs Ameisen et Beaurepaire ont également publié un essai ouvert sur l'utilisation du baclofène à haute dose (de 10 à 330 mg/j, avec une moyenne de 147 mg/j), étude observationnelle sur 100 patients avec 2 ans de recul, critiquée d'un point de vue déontologique et méthodologique. (48)
Deux récentes revues de la littérature ne permettent pas de conclure à l'efficacité du baclofène dans le syndrome de sevrage (49) ou dans le traitement de l'alcoolodépendance. (50)

Le baclofène a finalement obtenu en France une Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) le 14 mars 2014.
Les indications de cette RTU portent sur :

- l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez les patients alcoolodépendants et en échec des autres traitements disponibles ;
- la réduction majeure de la consommation d'alcool jusqu'à un niveau faible de la consommation tel que défini par l'OMS, chez des patients alcoolodépendants à haut risque et en échec des traitements disponibles.

La mise en route du traitement doit être progressive, avec titration sur quelques semaines (schéma thérapeutique proposé sur le site de l'ANSM). Il est préconisé d'avoir l'avis d'un

médecin expert dans la prise en charge de l'alcoolodépendance dès que la posologie dépasse 120 mg/j. Au-delà de 180 mg/j, un avis collégial au sein d'un CSAPA ou d'une unité hospitalière d'addictologie est recommandé. La dose maximale autorisée a été fixée à 300 mg/j. L'ordonnance doit être faite pour un mois maximum et doit porter la mention « prescription hors AMM ».
Le patient devra bien entendu être informé de la prescription hors AMM du médicament, des risques et effets secondaires potentiels.
L'assurance maladie a décidé le 13 juin 2014 de rembourser le baclofène dans cette indication (à hauteur de 30 % pour l'instant).

Pour sécuriser cette RTU, un protocole de suivi a été établi par l'ANSM, ainsi que la création d'un site internet dédié pour colliger les informations à chaque visite du patient et compléter ainsi les résultats des deux études en cours en France : https://www.rtubaclofene.org.
Dans le cadre du protocole de suivi, plusieurs documents ont été établis et sont disponibles sur le site de l'ANSM :

- fiches de suivi médical (initiation et suivi) ;
- argumentaire de l'ANSM pour l'utilisation du baclofène dans la dépendance à l'alcool et références bibliographiques ;
- note d'information à remettre au patient dans le cadre de la RTU ;
- modèle d'attestation mensuelle de traitement ;
- fiche de rappel du Résumé des caractéristiques du produit (RCP) dans le cadre de l'AMM actuelle du baclofène et fiche de déclaration des évènements indésirables.

2.3. L'arrivée du nalméfène

Dans l'ombre du baclofène arrive sur le marché français le nalméfène, sous le nom commercial de Selincro®. Le nalméfène est un antagoniste des opiacés (comme la naltrexone), dont l'action sur le système cérébral de la récompense permettrait de réduire le craving. L'Agence européenne du médicament (EMA) a accordé son AMM au nalméfène le 25 février 2013, avec pour indication « *la réduction de la consommation d'alcool chez les patients adultes dépendants avec une consommation à haut risque, ne présentant pas de symptômes de sevrage et ne nécessitant pas un sevrage immédiat* ».

La commission de la transparence de l'HAS du 4 décembre 2013 (51) en vue de l'inscription sur les listes du nalméfène a validé ces indications avec quelques précisions : le nalméfène doit être prescrit « *en association avec un suivi psychosocial continu axé sur l'observance thérapeutique et la réduction de la consommation d'alcool. Il doit être initié uniquement chez les patients pour lesquels une consommation d'alcool à risque élevé persiste 2 semaines après l'évaluation initiale* ». L'HAS a conclu à un Service médical rendu (SMR) modéré, ainsi le remboursement par l'assurance maladie ne sera que de 30 %.

La commission a initialement demandé que la primo-prescription de Selincro® soit restreinte, pendant la première année de commercialisation, aux spécialistes en addictologie ou alcoologie, médecins des CSAPA ou médecins des consultations hospitalières d'addictologie. Elle a également demandé un suivi en vie réelle des conditions d'utilisation de ce produit et de son impact sur la morbidité afin de procéder à une réévaluation d'ici un an.
La SFA a publié le 18 février 2014 un communiqué rappelant que les médecins généralistes avaient une place centrale dans le dispositif de soins aux personnes dépendantes de l'alcool et que limiter la primo-prescription (et le remboursement) aux spécialistes était « *mal justifié et contreproductif* ». Le collège de la médecine générale a également manifesté son mécontentement.
Il a donc été admis depuis que les médecins généralistes pourront effectuer la prescription initiale du nalméfène, avec remboursement.

2.4. Perspectives d'avenir

La SFA a publié en 2012 une synthèse des essais thérapeutiques récents dans les traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance. (52)
Outre le nalméfène que nous venons de décrire, plusieurs autres molécules sont à l'origine de recherches cliniques :

- le topiramate (Epitomax®, Topiramate®), un antiépileptique GABAergique ;
- l'ondansetron (Zophren®, Ondansetron®), antagoniste des récepteurs 5-HT3 de la sérotonine, actuellement utilisé comme antiémétique au cours des chimiothérapies et en post-opératoire ;
- l'aripiprazole (Abilify®), antipsychotique agoniste partiel du récepteur D2 de la dopamine. Son mécanisme d'action pourrait être plus complexe et il agirait aussi sur

les récepteurs de la sérotonine. Il est parfois présenté comme un « stabilisateur » des systèmes dopaminergiques et sérotoninergiques ;

- le GHB (acide gamma-hydroxybutyrique ou oxybate de sodium), métabolite du GABA, déjà commercialisé en Italie dans le traitement de l'alcoolodépendance.

Une méta-analyse publiée dans le Journal of the american medical association (JAMA) en mai 2014 (53) a conclu que seuls l'acamprosate et la naltrexone avaient pour l'instant fait la preuve de leur efficacité dans l'aide au maintien de l'abstinence, sans supériorité évidente de l'une ou l'autre des molécules ou de leur association.

Concernant les médicaments utilisés hors autorisations, l'efficacité du nalméfène et du topiramate semble modérée ; l'acide valproïque serait efficace chez les bipolaires. Les autres molécules présentes dans les essais analysés n'ont pas prouvé leur efficacité (notamment disulfirame, baclofène, antidépresseurs, aripiprazole, topiramate, ondansetron, etc.).

3. Particularités limousines

3.1. Données démographiques

Au 1er janvier 2013, le Limousin comptait 741 047 habitants (source INSEE par extrapolation du recensement de 1999) dont la moitié en Haute-Vienne avec 377 482 habitants, 241 986 habitants en Corrèze et 121 579 habitants en Creuse.

La région Limousin représente 1,2 % de la population métropolitaine (21ème rang). Région fortement rurale (61 % seulement de la population réside dans un espace à dominante urbaine contre 82 % en moyenne nationale), elle est également la plus âgée de métropole, avec 11,9 % de personnes de plus de 75 ans (versus 7,9 % en moyenne).

C'est une région très agricole : la proportion des cadres y est une des plus faibles du pays (4,2 % vs 6,6 %), tandis que celle des agriculteurs y est la plus élevée (3,1 % vs 1,3 %). Le taux de chômage reste, en 2005, en deçà de la moyenne nationale (7,5 % vs 9,6 %), mais celui des 15-24 ans est dans la moyenne (18,7 % vs 18,0 %). Le taux de réussite au baccalauréat est très proche de la moyenne des régions en 2004 (80,5 %), de même que la part des étudiants au sein de l'ensemble des scolarisés (16,5 % vs 16,1 %).

En 2013, d'après les données de l'atlas régional de démographie médicale du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) (54), le Limousin comptait 815 médecins généralistes libéraux et mixtes : 464 en Haute-Vienne, 235 en Corrèze et 116 en Creuse. Les hommes représentaient 66 % des médecins et étaient âgés en moyenne de 55 ans. La moyenne d'âge des femmes était de 49 ans.

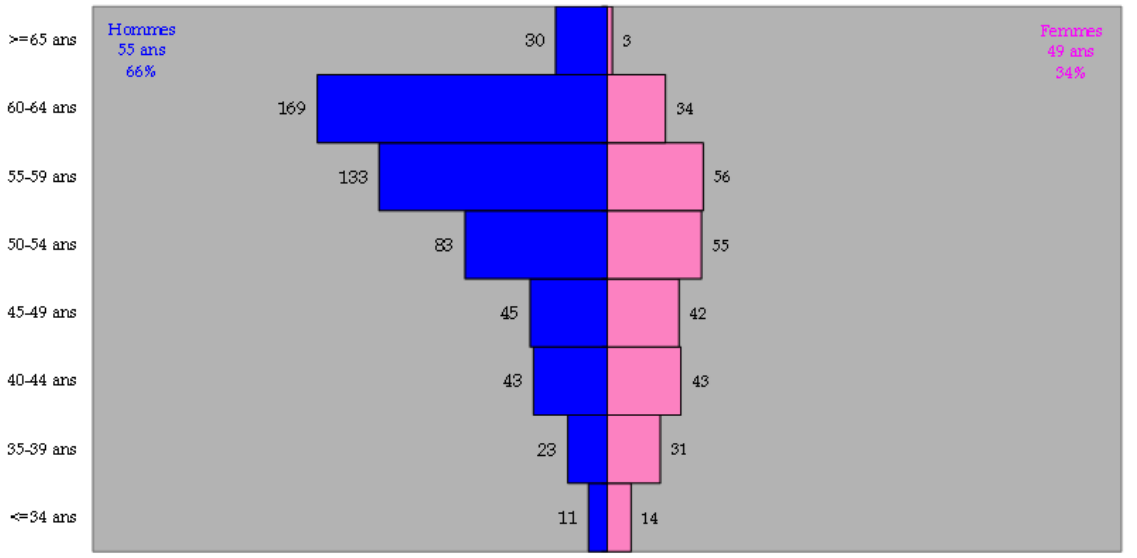


Illustration 2 : Pyramide des âges des médecins généralistes en Limousin en 2013

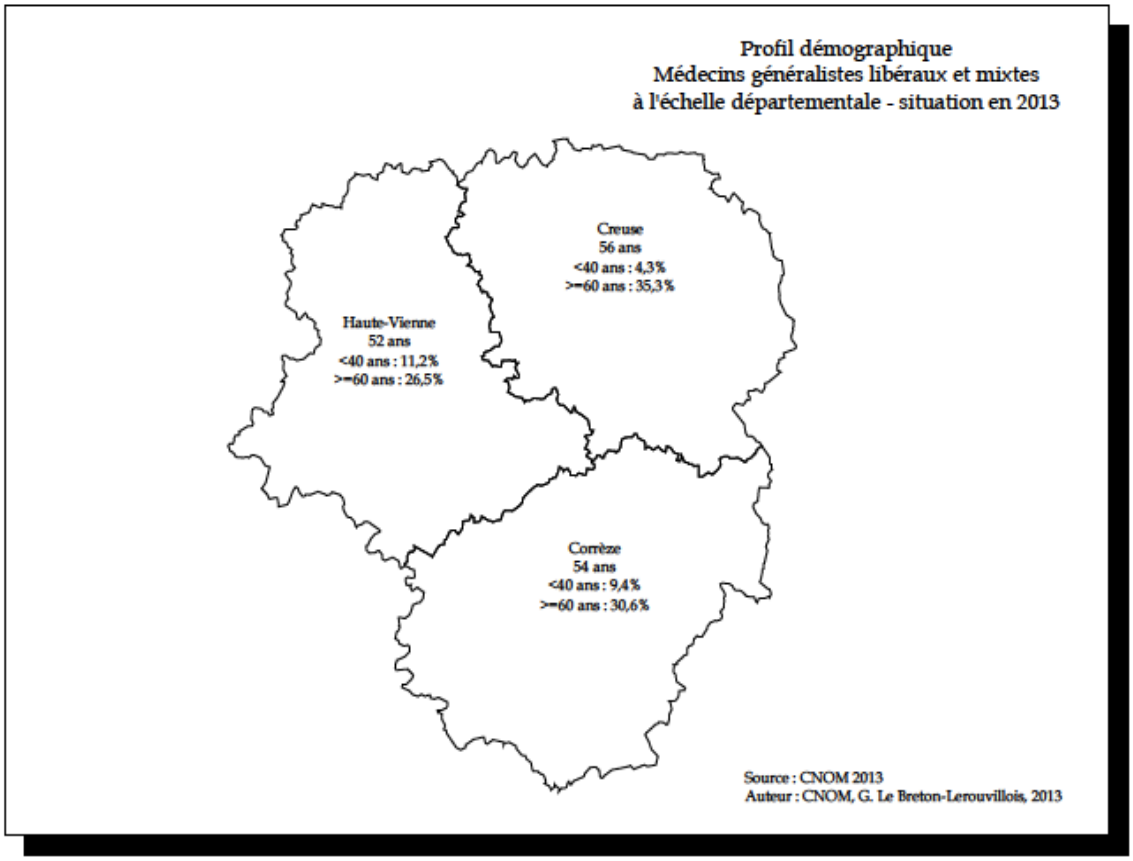


Illustration 3 : Profil démographique des médecins généralistes en Limousin à l'échelle départementale en 2013

3.2. Données épidémiologiques

Le Limousin était en 2002 la 3ème région de France, après l'Auvergne et la Bretagne, en nombre de débits de boissons Licence IV rapportés à la population (impact de la faible urbanisation de larges secteurs) : 451 pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus contre 310 au niveau national (données ORS 2009).

3.2.1. Données de morbi/mortalité

Du point de vue des conséquences sanitaires et sociales liées à la consommation d'alcool, le Limousin apparaît en 3ème position pour les décès par alcoolisme et cirrhose du foie (0,52 ‰ habitant de 40 à 64 ans vs 0,39 ‰ sur l'ensemble du territoire) et présente en revanche le même taux de consultation en centre spécialisé en alcoologie que l'ensemble du territoire (2,8 ‰ habitants de 20 à 70 ans).
La région est au dernier rang concernant les interpellations pour ivresse sur la voie publique (0,9 ‰ habitant de 20 à 70 ans vs 1,7 ‰ au niveau national) mais au 5ème rang en ce qui concerne la part des accidents corporels impliquant l'alcool sur l'ensemble des accidents corporels (12,8 % vs. 9,7 %).

A l'échelle départementale, le taux de mortalité par pathologies liées à l'alcool (psychoses, tumeurs, cirrhoses, etc.) est significativement plus élevé par rapport au niveau national dans le département de la Creuse sur la période 2000-2009 (en rouge dans le tableau 2). Le taux de mortalité prématurée (< 65 ans) est également au-dessus de la moyenne nationale sur la période 2000-2005.

Tableau 2 : Taux comparatifs de mortalité des pathologies liées à la consommation d'alcool en Limousin entre 2000 et 2009 (*source ORS 2009*)

Causes	Codes CIM	Territoires	Nb décès (Effectifs)			Taux bruts / 100 000 hab.			TCM 2005-09*			TCM 2000-04	Evolution TCM
			H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.	Ens.	2000-04/2005-09
Pathologies liées à la conso d'alcool	C00 à C14	**Fr. métrop.**	**15 232**	**4 380**	**19 612**	**51,0**	**13,8**	**31,8**	**50,7**	**13,7**	**31,6**	**36,9**	↘
	C15-C32	Limousin	223	51	274	63,0	13,7	37,5	51,9	11,5	31,0	35,7	↘
	F10-K70	Corrèze	70	17	87	60,1	13,8	36,3	48,2	11,2	29,1	32,9	↘
	K746	Creuse	54	12	66	89,8	19,6	53,7	67,6	15,5	40,7	42,6	↘
		Hte-Vienne	99	22	121	55,8	11,6	32,8	48,4	10,3	28,7	35,0	↘

TCM = Taux Comparatif de Mortalité

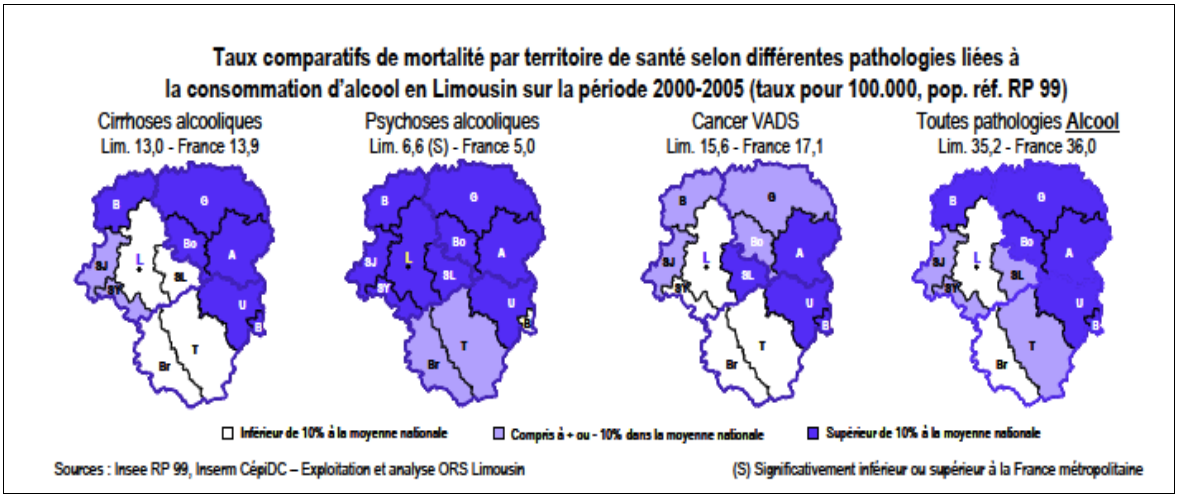


Illustration 4 : Taux comparatifs de mortalité par territoire de santé selon les pathologies liées à la consommation d'alcool en Limousin sur la période 2000-2005

3.2.2. Conduites d'alcoolisation

D'après le baromètre santé 2010 de l'INPES (55), trois régions de France se distinguent par des proportions élevées en terme d'alcoolisations, quel que soit l'indicateur : Pays-de-la-Loire, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées. A l'inverse, l'Ile-de-France se distingue par des proportions toujours basses quel que soit l'indicateur.

Le Nord-Pas-De-Calais est dans le peloton de tête en terme d'usage quotidien d'alcool mais présente des niveaux d'ivresses inférieurs au reste de la France.

La Bretagne quant à elle se distingue chez les jeunes par un usage régulier hebdomadaire d'alcool plus élevé qu'ailleurs, alors que ce n'est pas le cas sur l'ensemble de la population des 15-75 ans concernant l'usage quotidien.

Le Limousin ne se démarque pas de façon significative des autres régions métropolitaines en terme d'usage quotidien, usage à risque de dépendance, ivresses, API ou type d'alcool. Notre région se situe néanmoins dans le haut du tableau en terme de consommation puisqu'en 2005, 17 % des 15-75 ans consommaient quotidiennement de l'alcool contre 14 % au niveau national (4ème rang national). Chez les jeunes, on ne retrouve pas non plus de différence significative en dehors de l'usage hebdomadaire de bière, qui est largement au-dessus de la moyenne nationale, ce qui n'était pas le cas en 2005.

Il faut tenir compte dans l'interprétation de ces données du faible effectif de la population interrogée en Limousin dans ce baromètre 2010 : seulement 322 personnes, dont 71 jeunes (15-30 ans).

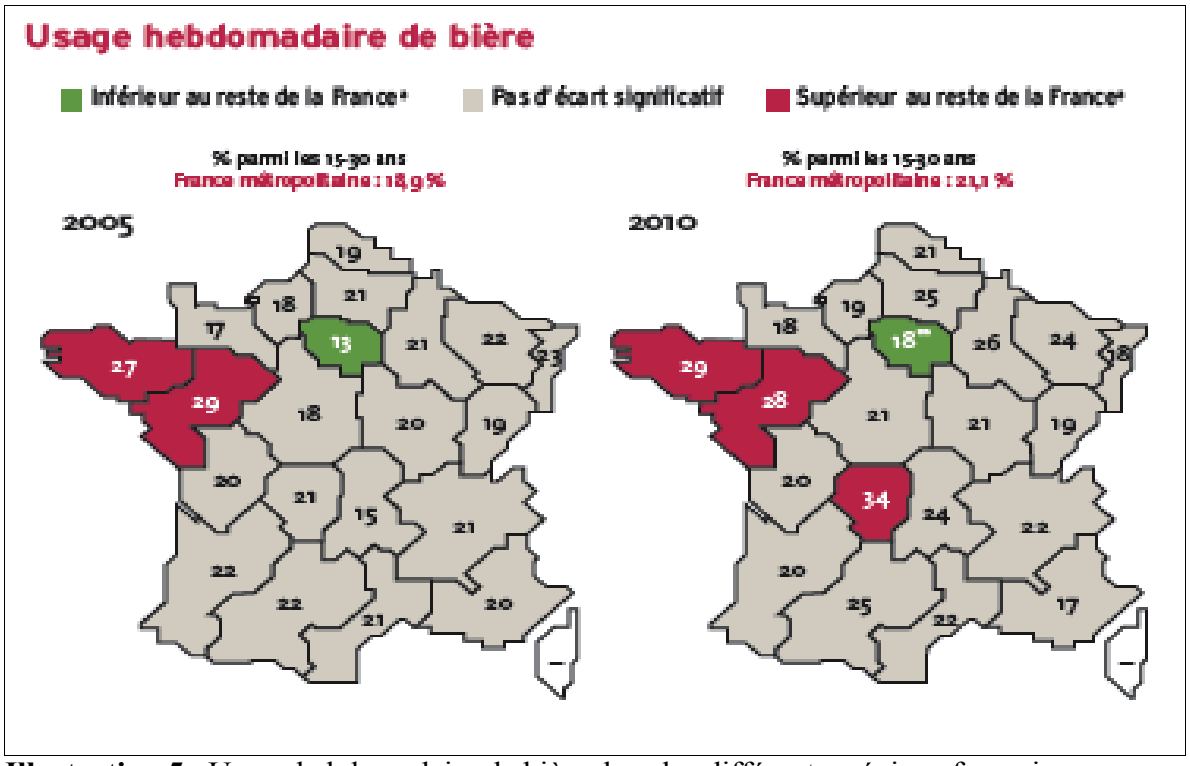


Illustration 5 : Usage hebdomadaire de bière dans les différentes régions françaises en 2005 et 2010 (*source INPES 2010*)

Données régionales (proportions standardisées d'usagers, en %)

Indicateurs (voir définitions dans l'encadré plus bas)	Région 2005	Métropole 2005	Région 2010	Métropole 2010
Effectifs (15-75 ans)	398	29 099	322	25 990
Alcool (15-75 ans)				
Usage quotidien	17,8	14,8	12,3	11,0
Usage à risque chronique ou de dépendance	11,3	9,0	8,4	8,9
API mensuelle	18,0	15,0	15,8	17,8
API hebdomadaire	5,5	4,0	4,7	4,8
Ivresse dans l'année	18,1	14,7	17,9	19,1
Ivresses répétées	7,2	5,6	8,2	8,1
Bière (usage hebdomadaire)	15,9	18,1	20,3	18,6
Vin (usage hebdomadaire)	37,1	39,0	35,4	36,9
Alcool fort (usage hebdomadaire)	17,8	15,8	19,1	15,7

RAPPEL DES DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Expérimentation
Au moins un usage au cours de la vie.

Usage actuel / au cours de l'année
Au moins une consommation au cours de l'année (pour le tabac, il s'agit des personnes déclarant fumer, ne serait-ce que de temps en temps).

Usage récent
Au moins une consommation au cours des 30 derniers jours.

Usage hebdomadaire
Au moins une consommation par semaine durant les douze derniers mois.

Usage quotidien
Au moins une consommation par jour.

API (Alcoolisation Ponctuelle Importante)
6 verres ou plus en une même occasion, tous les mois (API mensuelle) ou toutes les semaines (API hebdomadaire).

Ivresse(s) dans l'année
Déclarer avoir été ivre au moins une fois durant les douze derniers mois.

Ivresses répétées
Déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois.

Usage à risque chronique ou de dépendance
Consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes, de plus de 14 verres par semaine pour les femmes, ou consommation d'au moins 6 verres en une occasion au moins une fois par semaine (Audit-C).

Illustration 6 : Comparaison Limousin/métropole en fonction des indicateurs de consommation en 2005 et 2010 (*source INPES 2010*)

Au cours du précédent baromètre santé en 2005, les données étaient plus précises grâce à l'enquête Escapad réalisée lors d'une journée d'appel de préparation à la défense, chez des jeunes âgés de 17 ans pour la plupart (sous l'égide de l'OFDT et de la Direction du service national). Ainsi, l'analyse portait sur 401 personnes âgées de 15 à 75 ans et 916 jeunes de 17 ans.
Bien que présentant un profil global superposable aux autres régions métropolitaines, le Limousin se distinguait par une diffusion d'alcool et des déclarations d'ivresse ponctuelle plus importantes qu'ailleurs, ainsi que des pourcentages d'usage de bière et d'alcools forts particulièrement élevés à l'adolescence.

Trois autres études ont été menées entre 2007 et 2011 dans les collèges et lycées limousins permettant d'apporter quelques précisions sur la consommation des jeunes. (56)
Il en ressort que l'alcool est le produit addictif le plus expérimenté par les jeunes, devant le tabac. A 11 ans, 6 garçons sur 10 et près d'une fille sur deux ont déjà expérimenté l'alcool, le plus souvent dans un cadre festif familial. A 17-18 ans, 92 % des élèves ont déjà bu une boisson alcoolisée, dans un sexe comme dans l'autre.
L'expérimentation de l'ivresse, marginale avant 13 ans, commence à se répandre à 13-14 ans (20 % environ dans les 2 sexes) et se généralise ensuite (1 jeune sur 2 entre 15 et 16 ans, et environ 7 sur 10 à partir de 17 ans avec une nette prédominance masculine).
Globalement, les jeunes du Limousin ont les mêmes niveaux d'expérimentation que les autres jeunes vivant en France métropolitaine. Toutefois, l'expérimentation de l'ivresse semble un peu plus répandue en Limousin qu'ailleurs dès l'âge de 13 ans.
Les consommations plus régulières, quel que soit le produit, concernent une minorité des jeunes avant 15 ans. Moins de 3 % d'entre eux fument quotidiennement et moins de 2 % consomment régulièrement de l'alcool (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours) ou sont régulièrement ivres (au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois).
Point rassurant : globalement, les jeunes ont conscience des dangers que représente la consommation de substances addictives !

3.3. Organisation du réseau de soins en alcoologie

En 2013, les bassins de vie de la région Limousin recensaient 182 psychiatres, dont 43 avec un mode d'exercice libéral ou mixte. La part des psychiatres effectuant des soins spécialisés en addictologie et/ou alcoologie n'est pas connue.

Une trentaine de structures de soins spécialisées en addictologie et/ou alcoologie a été identifiée sur le territoire limousin (**annexe 9**). On remarque une répartition très hétérogène, la plupart de ces structures s'organisant autour de la ville de Limoges et le département de la Creuse ne comptant que quatre structures.

Deux réseaux spécialisés ont également vu le jour dans la région :

- ADDICTLIM, réseau de santé ville-hôpital régional créé en 2009. Il s'agit d'un réseau de soins pour toutes les addictions, avec ou sans substance. 186 personnes ont signé la charte d'adhésion au réseau addictlim, dont 35 médecins généralistes (3 en Creuse, 11 en Corrèze et 21 en Haute-Vienne)

  Adresse : 26, avenue des Courrières 87170 ISLE
  Tél : 05 55 05 99 00
  Fax : 05 24 84 18 03
  E-mail : addictlim@gmail.com

- RESEAU ALCOOLOGIE HAUTE-CORREZE

  Adresse : 36, avenue Turgot 19200 USSEL
  Tél : 05 55 94 39 35
  E-mail : reseau.alcoologie.htecorreze@wanadoo.fr

Rappelons l'existence du réseau de périnatalité du Limousin PERINATLIM, en charge des difficultés liées à la grossesse et au post-partum, notamment de cette problématique alcool :

Adresse : 26 avenue des Courrières 87170 Isle
Tél : 05 55 14 83 75
Fax : 09 71 51 84 22
E-mail : perinatlim@gmail.com

Au total,

Le mésusage d'alcool est un véritable enjeu de santé publique, aussi bien au niveau national qu'international.

De multiples publications et recommandations ont été élaborées pour guider les médecins dans l'accompagnement de leurs patients en difficulté avec l'alcool. Les pouvoirs publics en ont fait, sur le papier (plan cancer, addiction, etc.), une de leurs priorités, notamment en ce qui concerne la diffusion et généralisation du RPIB. Les médecins généralistes sont les premiers concernés par cette problématique alcoolique.

Aucun outil n'avait été prévu au moment de l'établissement des recommandations pour évaluer leur mise en application. Quelques études relatives aux attentes des médecins généralistes et à leurs connaissances en alcoologie ont été effectuées dans le cadre des stratégies régionales de mise en place du RPIB (en Ile-de-France, Bourgogne, Aquitaine, Champagne-Ardenne et Bretagne).

A notre connaissance, il n'existe aujourd'hui aucun travail s'intéressant spécifiquement à la prise en charge par les médecins généralistes des problèmes d'alcool dans le Limousin. Quelques formations sur le RPIB ont été mises en place dans notre région, mais aucun programme de développement de cette pratique n'a été instauré pour l'instant.

Alors que les tabous semblent se lever depuis le buzz baclofène en France, nous avons donc décidé de réaliser une étude afin d'observer les pratiques en alcoologie des médecins généralistes du Limousin par rapport aux recommandations en vigueur, ainsi que la place qu'occupe le baclofène dans leurs pratiques fin 2013.

MATERIEL ET METHODES

1. Question de recherche

Les pratiques des médecins généralistes du Limousin dans les mésusages d'alcool sont-elles conformes aux recommandations en vigueur en 2013 ?

2. Objectifs de l'étude

- L'objectif principal est d'observer comment les médecins généralistes du Limousin prennent en charge les mésusages d'alcool chez leurs patients en 2013 et si cette prise en charge est conforme aux recommandations en vigueur en alcoologie.
- L'objectif secondaire est d'évaluer la place du baclofène dans cette prise en charge fin 2013.

3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive. Afin d'augmenter la puissance statistique de l'étude, il n'y a pas eu de sélection d'échantillon au préalable.
L'étude s'est composée de deux parties :

- l'analyse d'un questionnaire envoyé à tous les médecins généralistes libéraux ou mixtes de la région Limousin ;
- l'analyse des ventes des MMA et du baclofène de 2000 à 2013 sur la région.

4. Population étudiée

- Critères d'inclusion

Tous les médecins généralistes, libéraux ou mixtes, en activité et installés dans la région Limousin en 2013 ont été concernés par l'étude, soit 802 praticiens.

- Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus :

- les médecins ayant une activité salariée exclusive : urgentistes, médecins du travail, de la sécurité sociale, de la protection maternelle et infantile, etc.
- les médecins généralistes libéraux identifiés comme exerçant à temps plein une autre spécialité que la médecine générale : acupuncture, homéopathie, angiologie etc.

➢ Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude :

- les médecins ayant renvoyé des questionnaires vides ou incomplets,
- les médecins ayant répondu après l'annonce de la RTU du baclofène en date du 14 mars 2014, considérés comme hors délai.

5. Méthodes

5.1. Elaboration et envoi du questionnaire

Chaque médecin a reçu par voie postale un questionnaire concernant ses pratiques en matière d'alcoologie, qu'il devait remplir et renvoyer à l'aide de l'enveloppe retour pré-timbrée et libellée fournie.

Le questionnaire (**annexe 10**) a été élaboré après lecture approfondie des références et recommandations en alcoologie. Il a subi de multiples modifications, au gré de l'actualité changeante en alcoologie, notamment liées au baclofène et à la parution du DSM-V. Sa conception a nécessité environ un an de travail, entre 2012 et 2013.

Il comprenait 23 questions : 16 fermées, 3 semi-fermées et 4 questions ouvertes. Pour optimiser le nombre de réponses, les questions se voulaient courtes et faciles de compréhension. Les questions fermées ont été privilégiées afin de limiter le biais de mesure et faciliter l'analyse statistique ultérieure.

Le questionnaire était divisé en cinq sous-parties :

- Profil du répondeur : la question sur l'âge des praticiens a été catégorisée afin d'éviter les erreurs de « déchiffrage » ou oublis de réponse qui auraient pu être liés à une réponse numérique ;
- Repérage des patients à risque alcool : les pourcentages proposés à la question n°8 sur la part de la patientèle en mésusage d'alcool ont été établis en fonction des données de la littérature. La plupart des études évaluent la part de mésusage dans la population

entre 15 et 30 %, mais les médecins eux-mêmes font souvent des estimations plus basses. Nous avons donc choisi de sectoriser en trois les réponses en dessous de 10 %, afin de discriminer les médecins ayant une patientèle exempte de mésusage de ceux qui sous-évaluent, plus ou moins grandement, le problème ;

- Sevrage et prévention des rechutes : nos questions dans cette partie ont été principalement orientées vers le versant médicamenteux afin de répondre au mieux à notre objectif secondaire concernant la place du baclofène dans la prise en charge. Nous avons fait le choix ici de questions ouvertes afin de ne pas orienter les réponses des praticiens ;
- Baclofène : les questions ont été sélectionnées afin de décrire globalement comment les praticiens utilisaient le baclofène, notamment par rapport aux MMA. Il nous semblait également intéressant de repérer le nombre d'utilisateurs de baclofène à haute dose, avant la RTU rappelons-le ;
- Conclusion : cette question, soumise à interprétation, avait pour simple but d'obtenir une appréciation générale des médecins sur la prise en charge actuelle de leurs patients ayant une problématique alcoolique, aussi bien la leur que celle proposée par le système en place.

Un premier envoi de 30 questionnaires « tests » a été effectué en novembre 2013 afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions. La seule modification apportée suite à cet envoi a été le rajout de la question n°7 portant sur le repérage pendant la grossesse. Nous avons reçu 18 réponses sur ces 30 premiers questionnaires, qui ont été incluses dans l'analyse. Nous avons ensuite pu obtenir par contact téléphonique les réponses de dix de ces praticiens à la question rajoutée (les huit autres ont été comptabilisées dans les réponses manquantes).
Les 772 questionnaires restants ont été envoyés en décembre 2013.
Ce travail est complètement indépendant : la réalisation et l'envoi des questionnaires ont été financés personnellement, pour un montant total de 800 euros environ.

5.2. Recueil de données

5.2.1. Collecte des réponses au questionnaire

Seuls les questionnaires reçus entre novembre 2013 et mars 2014 ont été pris en compte pour l'étude, soit avant la décision de l'ANSM d'accorder sa RTU au baclofène en date du 14 mars

2014. Les données ont été collectées sous la forme d'un tableur réalisé avec le logiciel OpenOffice.org® version 3.3.0.

5.2.2. Collecte des données sur les ventes des MMA et du baclofène

Parallèlement au questionnaire et afin de répondre au mieux à notre objectif secondaire, la Caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Vienne (CPAM 87) nous a fourni de précieuses données concernant les ventes de baclofène et des MMA de 2000 à 2013, dans les trois départements du Limousin.
Ces données ne concernent que la part de la population soumise au régime général, estimée entre 60 et 70 % selon les départements (aucun chiffre exact n'a pu nous être communiqué).

5.3. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide du Professeur Pierre-Marie PREUX, responsable du centre d'épidémiologie, de biostatistique et de méthodologie de la recherche de la faculté de médecine de Limoges. Le logiciel utilisé est le logiciel SPSS version 21 (IBM Corp.®).
Des comparaisons ont été effectuées au sein de la population en fonction du sexe, de l'âge, du département d'exercice, de l'existence de notions sur le RPIB ou de formation au RPIB.
Les résultats des variables quantitatives sont exprimés sous forme de moyenne ± écart-type ou médiane, ceux des variables qualitatives sous forme de pourcentages.
Les comparaisons des variables qualitatives ont été réalisées par des tests du Chi-2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques.
Les comparaisons de moyennes entre les groupes de sujets différents ont été réalisées par des tests t de Student ou des analyses de variance.
Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

5.4. Recherche bibliographique

La recherche documentaire a été effectuée pour l'essentiel par voie numérique via plusieurs portails : Pubmed, Cochrane, Science-direct, Sudoc, Twitter, Google, etc.

De multiples partenaires non virtuels ont été de précieuses sources d'information également, notamment Mme Tallet, directrice du Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances (CIRDD) du Limousin, le Docteur Sazerat (CH Esquirol), le Docteur Deysson (CPAM 87) et le Docteur N'Guyen (réseau addictlim).

5.5. Respect de l'anonymat et de la confidentialité des données

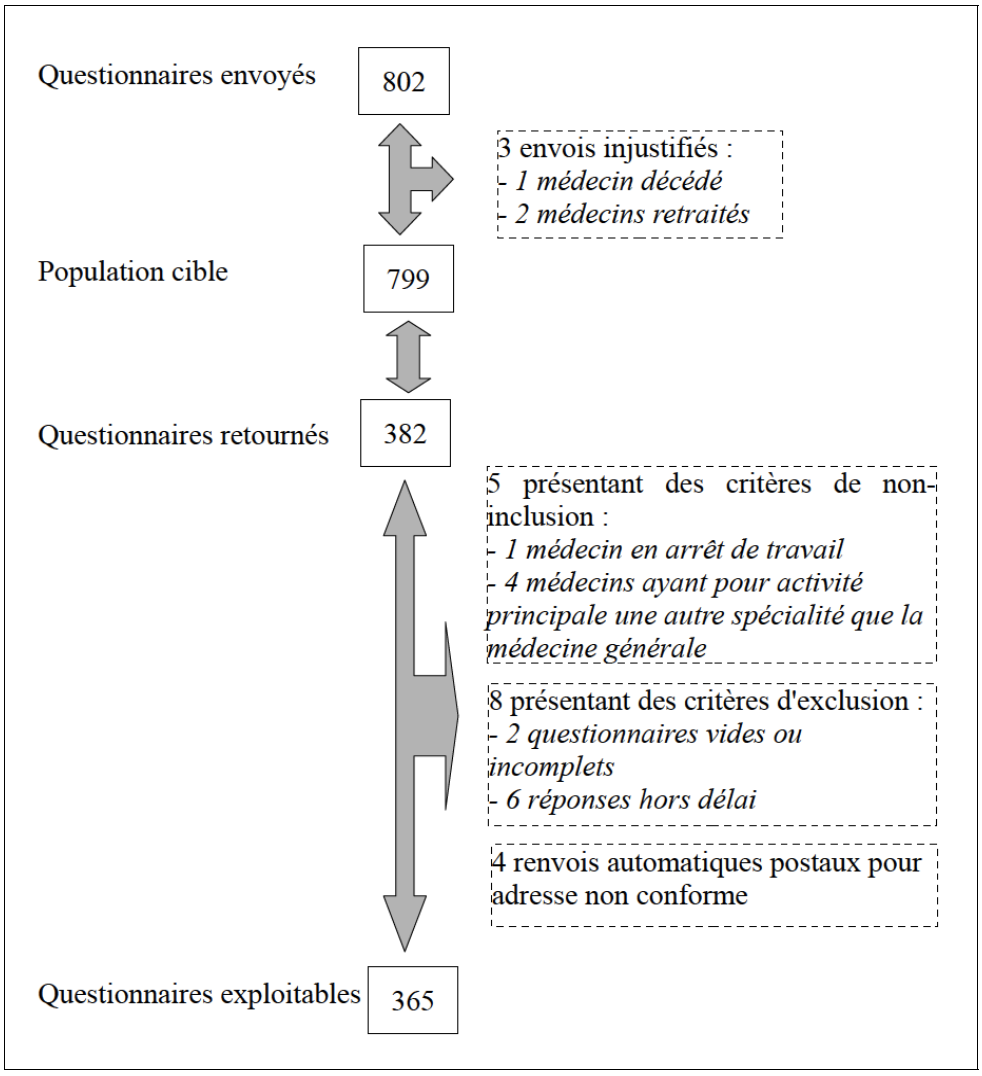
Un numéro d'identification avait été inscrit sur chaque questionnaire en vue d'effectuer une relance téléphonique si les réponses étaient trop peu nombreuses, ce qui n'a finalement pas été nécessaire.
Les données ont ensuite été anonymisées pour l'exploitation statistique puis détruites.

RESULTATS

1. Analyse des questionnaires

1.1. Taux de participation

802 médecins, répondant aux critères d'inclusion, ont été sollicités pour l'étude : 121 en Creuse, 254 en Corrèze et 427 en Haute-Vienne.



Au final, 365 questionnaires ont pu être analysés, soit un taux de réponse par rapport à la population cible de 45,7 %. 55 médecins (15,1 % des répondants) ont demandé à recevoir les résultats de cette étude une fois terminée.

1.2. Population étudiée

1.2.1. Caractéristiques de la population étudiée

Sur les 365 répondants, on dénombre 253 hommes pour 112 femmes, soit 69,3 % d'hommes. La répartition par tranche d'âge en fonction du sexe est indiquée dans la figure suivante, en tenant compte du fait qu'une femme n'a pas précisé son âge.

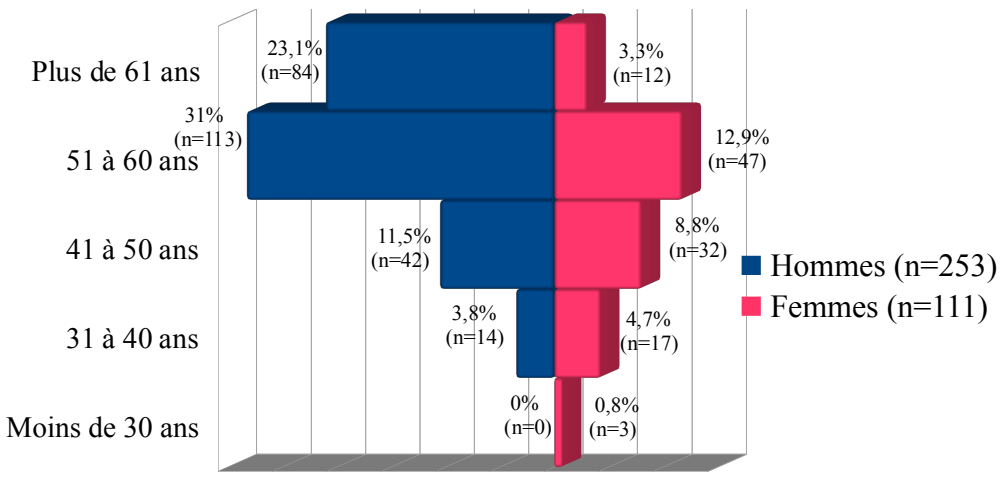


Illustration 7 : Pyramide des âges de la population étudiée (n=364)

Tableau 3 : Département d'exercice de la population étudiée

Département	Effectif (n=365)	Pourcentage
Haute-Vienne	177	48,5 %
Corrèze	122	33,4 %
Creuse	66	18,1 %

Tableau 4 : Part de la population possédant un diplôme spécialisant en addictologie et/ou alcoologie

Diplôme	Effectif (n=365)	Pourcentage
Non	356	97,5 %
Oui	5	1,4 %
Réponses manquantes	4	1,10 %

Parmi les 5 personnes possédant un diplôme :

- il y a 4 hommes et 1 femme ;
- 3 des praticiens sont Corréziens, 1 Haut-Viennois et 1 Creusoise ;
- tous sont âgés de plus de 41 ans et 4 d'entre eux ont entre 51 et 60 ans ;
- 2 possèdent un Diplôme universitaire (DU) d'addictologie, 1 Diplôme inter-universitaire (DIU) d'addictologie pratique, 1 DU d'alcoologie et 1 n'a pas précisé.

Notons qu'un 6ème médecin (comptabilisé dans les réponses manquantes) a précisé avoir suivi une formation à Nevers et être médecin agréé pour l'aptitude médicale à la conduite.

1.2.2. Représentativité de l'échantillon

Il n'y a pas de différence significative par rapport à la population médicale du Limousin (54) en terme d'âge (p=0,65) ou de sexe (p=0,22).
Il n'y a pas non plus de différence de taux de réponse par département par rapport aux questionnaires envoyés (p=0,25). On peut néanmoins noter un taux de réponse inférieur en Haute-Vienne (41,5 %) par rapport à la Corrèze (48 %) et la Creuse (54,5 %).
Il y a sous-représentation de la population médicale haute-viennoise par rapport à la population de référence en Limousin (p=0,024). (54)

1.3. Repérage précoce et intervention brève

1.3.1. Connaissances en matière de RPIB

Tableau 5 : Part de la population ayant des notions sur le RPIB en alcoologie

Notions sur RPIB	Effectif (n=365)	Pourcentage
Non	303	83 %
Oui	60	16,4 %
Réponses manquantes	2	0,6 %

Parmi les 60 praticiens ayant des notions sur le RPIB, 31 ont eu accès à une formation pratique sur le sujet (soit 51,7 % ou 8,5 % de la population totale). Il y a 43 hommes pour 17 femmes bien que cette différence ne soit pas significative (p=0,644). Il n'y a pas non plus de différence en terme d'âge ou de département d'exercice.

1.3.2. Estimation du mésusage d'alcool

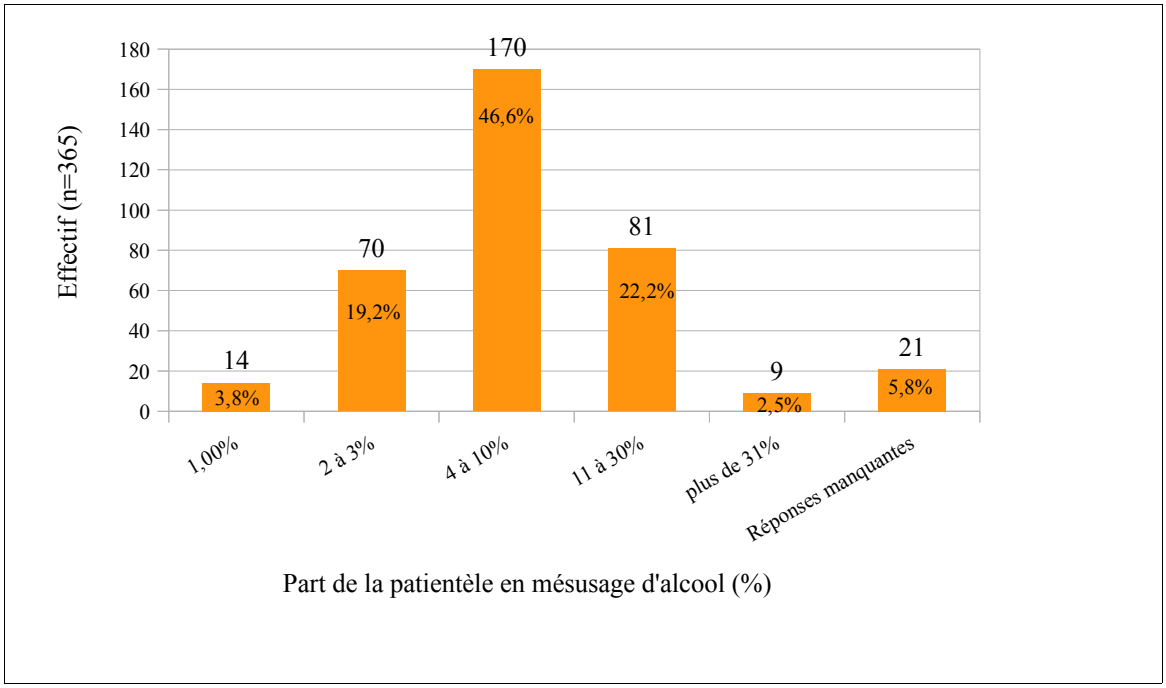


Illustration 8 : Estimation du pourcentage de la patientèle présentant un mésusage d'alcool

Au total 254 personnes (69,6 %) estiment que moins d'une personne sur dix est dans une problématique de mésusage d'alcool. 9 personnes (2,5 %) affirment que plus d'un tiers de leur patientèle est concernée par ce problème.

On ne retrouve pas de différence significative d'estimation en fonction de l'âge, du sexe, de la notion ou formation au RPIB.
En revanche, l'estimation de la problématique est nettement supérieure en Creuse par rapport aux autres départements (p=0,017) :

- 11 % font une estimation de 1 à 3 % de la patientèle en mésusage d'alcool (vs 30,1 % Cor. ; 25,8 % H-V.) ;
- 56,3 % font une estimation de 4 à 10 % (vs 47,8 % Cor. ; 47,9 % H-V.) ;
- 28,1 % font une estimation de 11 à 30 % (vs 22,1 % Cor. ; 22,8 % H-V.) ;
- et 4,7 % font une estimation de plus de 31 % (vs 0 % Cor. ; 3,6 % H-V.).

1.3.3. Caractéristiques des patients dépistés

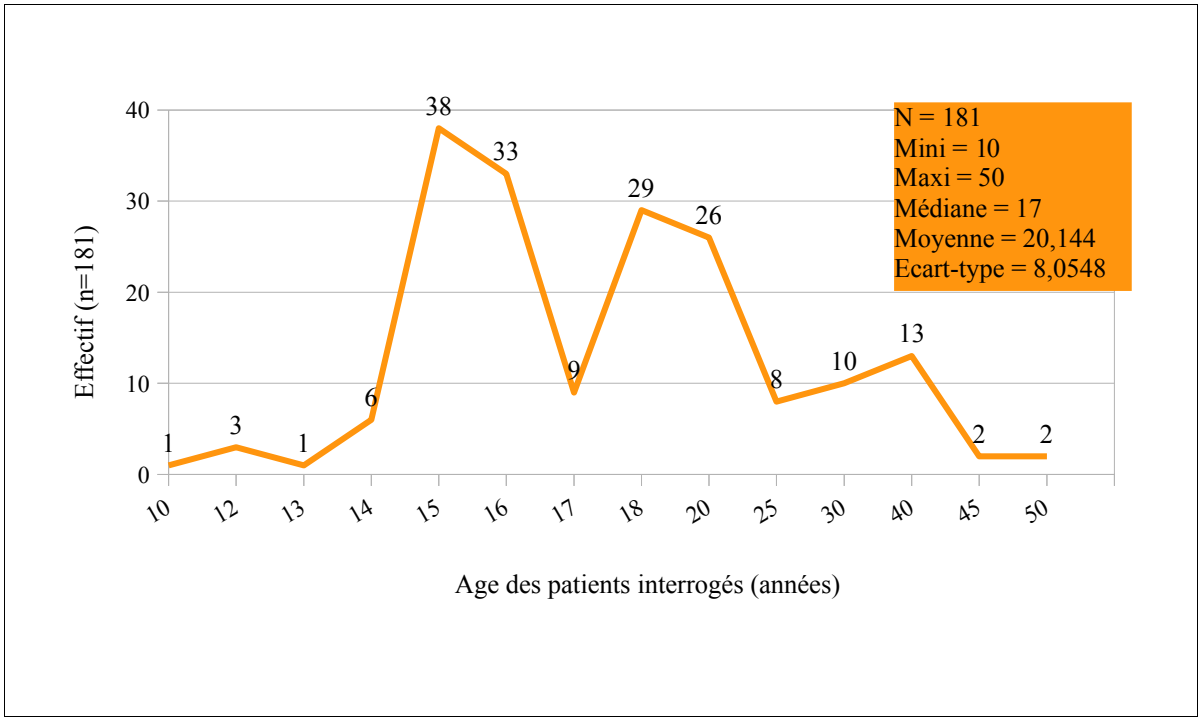


Illustration 9 : Age de début du repérage

Une réponse numérique était attendue à la question concernant l'âge à partir duquel les praticiens interrogeaient leurs patients sur leur consommation d'alcool. Les résultats sont colligés dans la figure ci-dessus.

142 personnes ne se sont pas prononcées du tout sur cette question (38,9 % de la population totale). 42 praticiens ont répondu qu'ils interrogeaient leurs patients dès l'adolescence, sans préciser d'âge. Ils n'apparaissent donc pas dans cette figure, ni dans le calcul de moyenne et écart-type.

En considérant que l'adolescence se termine à la majorité légale (18 ans), 133 personnes parmi les répondants (n=223 au total) interrogent leurs patients sur leur consommation d'alcool avant l'âge de 18 ans révolus, soit 59,6 % (36,4 % de la population totale).

Les Corréziens commencent en moyenne le dépistage plus tard (moyenne ± écart-type = 22,4 ± 9,5 ans) que les Creusois (19,9 ± 7,1 ans) ou les Hauts-Viennois (18,7 ± 7 ans). Cette différence est significative (p=0,019).

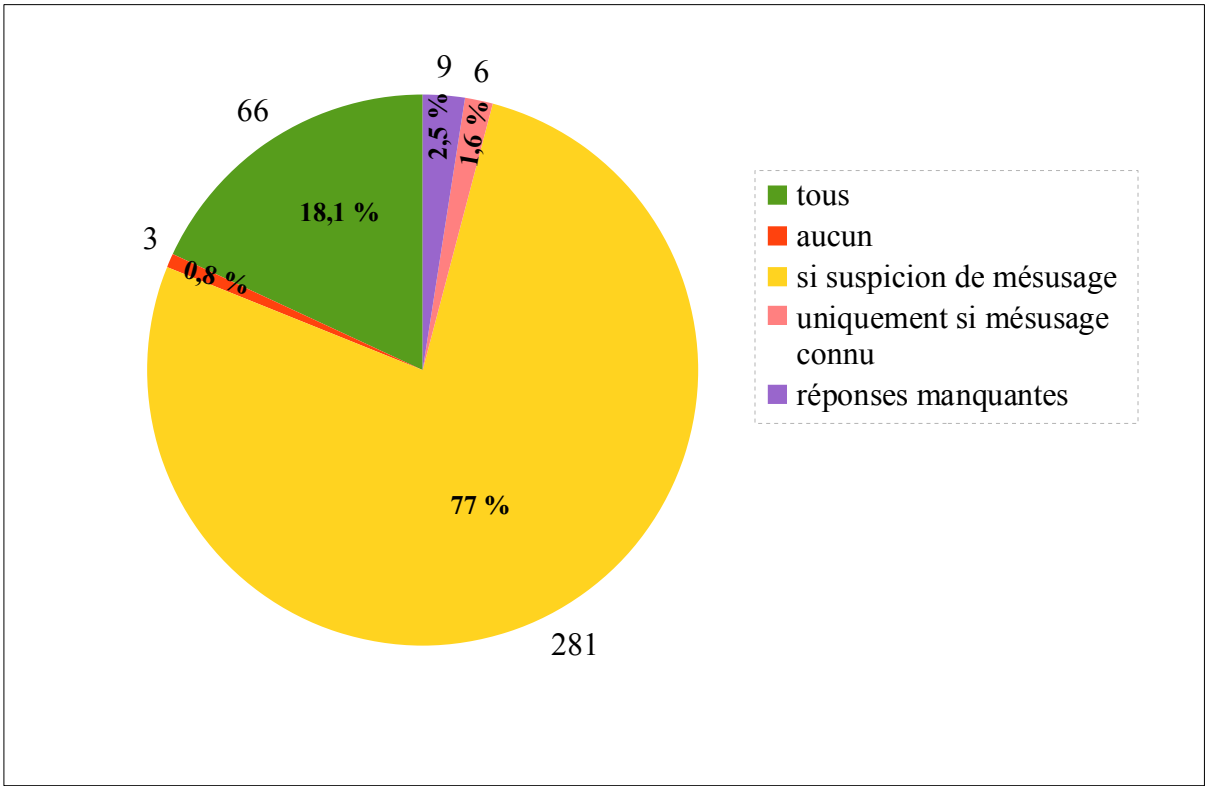


Illustration 10 : Type de patients interrogés sur leur consommation d'alcool (n=365)

Parmi les 281 praticiens qui ont déclaré interroger leurs patients en cas de suspicion de mésusage, 141 (38,6 %) ont également coché la case « si mésusage connu ».
Le sexe, le département d'exercice, l'âge, la notion ou formation au RPIB n'ont pas d'influence sur le type de patients repérés.

Tableau 6 : Repérage de la consommation d'alcool pendant la grossesse

Repérage grossesse	Effectif (n=365)	Pourcentage
Toutes les patientes	218	59,7 %
Si suspicion de mésusage	111	30,4 %
Jamais	16	4,4 %
Réponses manquantes	20	5,5 %

74,3 % des femmes médecins affirment interroger toutes leurs patientes enceintes contre 58,3 % des hommes. Cette différence est statistiquement significative (p=0,017). De même, les praticiens formés au RPIB interrogent plus systématiquement les femmes pendant leur grossesse (p=0,001).

La tendance au repérage systématique diminue à mesure que l'âge augmente : 84,8 % des moins de 40 ans ont répondu « toutes » vs 48,4 % des plus de 61 ans (p=0,012).
Il n'y a pas de différence statistiquement significative au niveau départemental.

1.3.4. Modalités pratiques du repérage et de l'information du patient

Tableau 7 : Utilisation de questionnaires de repérage

Questionnaires	Effectif (n=365)	Pourcentage
Non	326	89,3 %
Oui	36	9,9 %
Réponses manquantes	3	0,8 %

Tableau 8 : Supports d'information écrite utilisés

Supports d'information	Effectif (n=365)	Pourcentage
Posters	65	17,8 %
Brochures en libre-service	90	24,7 %
Brochures remises en mains propres	50	13,7 %
Aucun support	223	61,1 %
Réponses manquantes	4	1,1 %
Supports personnels	1	0,3 %

Les praticiens utilisent très peu les questionnaires ou supports d'information écrite à leur disposition puisque 61,1 % déclarent n'utiliser aucun support. Un praticien a précisé utiliser ses propres supports (photos).
Les praticiens ayant été formés au RPIB utilisent plus volontiers les questionnaires de repérage (p<0,001), mais également les posters (p=0,040) et brochures remises en mains propres (p=0,040).
Les brochures en libre-service sont plutôt utilisées par les Creusois (p=0,005) et les praticiens âgés de moins de 40 ans (p=0,014).
Les Corréziens sont statistiquement moins nombreux que les Creusois ou les Hauts-Viennois à utiliser les supports d'information écrite (p=0,039).

Tableau 9 : Information orale délivrée aux patients sur le risque alcool

Information orale	Effectif (n=365)	Pourcentage
Jamais	8	2,2 %
Parfois	148	40,6 %
Souvent	197	54,0 %
Au moins une fois à chaque patient	10	2,7 %
Réponses manquantes	2	0,5 %

Les praticiens ayant des notions sur le RPIB délivrent plus « souvent » une information orale sur les risques liés à l 'alcool et/ou les seuils à ne pas dépasser (p=0,023), mais cette différence n'est pas significative en cas de formation supplémentaire (p=0,218).

On ne retrouve pas de différence significative en fonction du sexe, de l'âge ou du département d'exercice.

1.4. Sevrage et prévention des rechutes

209 personnes (sur 363 répondants) ont déclaré effectuer des sevrages ambulatoires, soit 57,3 % de la population totale.

71,2 % des Creusois effectuent des sevrages ambulatoires contre 49,2 % des Corréziens et 58,2 % des Hauts-Viennois (p=0,014).

On ne retrouve pas de différence en terme d'âge, de sexe ou de formation au RPIB.

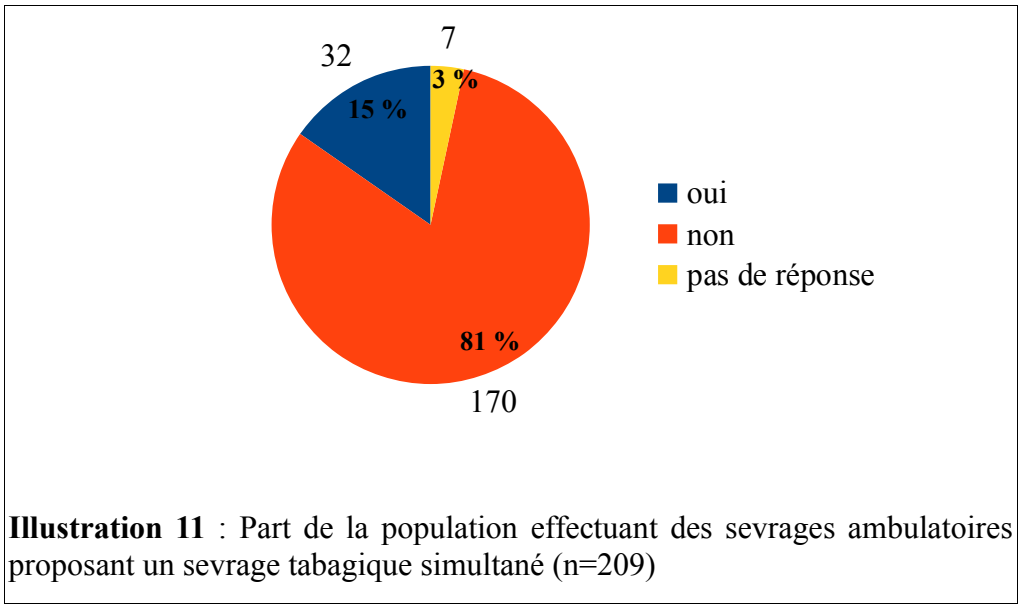


Illustration 11 : Part de la population effectuant des sevrages ambulatoires proposant un sevrage tabagique simultané (n=209)

Les praticiens ayant des notions (p<0,001) ou formés (p=0,014) au RPIB sont statistiquement plus nombreux à proposer un sevrage tabagique simultané. Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe, de l'âge ou du département d'exercice.

Tableau 10 : Traitements utilisés pour débuter le sevrage

	Effectif (n=209)	Pourcentage
Acamprosate	122	58,4 %
Benzodiazépines	95	45,5 %
Naltrexone	63	30,1 %
Baclofène	38	18,2 %
Antidépresseurs	22	10,5 %
Disulfirame	19	9,1 %
Anxiolytiques	15	7,2 %
Antipsychotiques	4	1,9 %
Réponses manquantes	1	0,5 %

La question portant sur les molécules utilisées pour débuter le sevrage était ouverte, avec possibilité de réponses multiples.

L'acamprosate arrive en tête, prescrit par 58,4 % (n=122) des praticiens pour initier le sevrage. Le baclofène se situe en 4ème position avec 18,2 % (n=38) de prescripteurs.

Dans la classe des benzodiazépines, l'oxazepam a été cité 63 fois, suivi du diazepam (6 fois), clorazepate (4), zolpidem (2), bromazepam (2), alprazolam (2), lorazepam (1), prazepam (1). 19 praticiens ont parlé de benzodiazépines sans précision.

Parmi les praticiens utilisant les antidépresseurs, 13 n'ont pas précisé de molécule, 9 ont mentionné les IRS (5 sans précision, 1 citalopram, 1 escitalopram, 2 paroxétine).

Parmi ceux ayant mentionné les anxiolytiques, 11 n'ont pas précisé de molécule, 4 le dichlorhydrate d'hydroxyzine.

Parmi les antipsychotiques, le tiapride a été cité 3 fois et et l'aripiprazole 1 fois.

2 praticiens ont cité l'acupuncture et 1 l'hypnose comme méthodes de sevrage. 12 personnes (5,7 %) ont mentionné l'utilisation de vitamines (B1, B6 +/- PP).

Tableau 11 : Principaux traitements utilisés pour initier le sevrage en fonction du sexe, du département d'exercice, de l'âge, de la notion ou formation au RPIB

	OXA	%	NAL	%	DIS	%	ACA	%	BACLO	%
femmes (n=62)	20	32,3%	18	29,0%	4	6,5%	38	61,3%	4	6,5%
hommes (n=147)	43	29,3%	45	30,6%	15	10,2%	84	57,1%	34	23,1%
TOTAL (n=209)	63	30,1%	63	30,1%	19	9,1%	122	58,4%	38	18,2%
creuse (n=47)	18	38,3%	12	25,5%	5	10,6%	26	55,3%	9	19,1%
corrèze (n=59)	17	28,8%	22	37,3%	6	10,2%	38	64,4%	14	23,7%
haute vienne (n=103)	28	27,2%	29	28,2%	8	7,8%	58	56,3%	15	14,6%
TOTAL (n=209)	63	30,1%	63	30,1%	19	9,1%	122	58,4%	38	18,2%
< 30 ans (n=2)	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%
31 à 40 (n=18)	6	33,3%	5	27,8%	0	0,0%	8	44,4%	1	5,6%
41 à 50 (n=47)	12	25,5%	12	25,5%	4	8,5%	25	53,2%	10	21,3%
51 à 60 (n=90)	29	32,2%	27	30,0%	8	8,9%	54	60,0%	13	14,4%
61 et plus (n=52)	15	28,8%	19	36,5%	7	13,5%	33	63,5%	14	26,9%
âge non précisé (n=0)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL (n=209)	63	30,1%	63	30,1%	19	9,1%	122	58,4%	38	18,2%
avec notion RPIB (n=42)	13	31,0%	15	35,7%	3	7,1%	23	54,8%	8	19,0%
avec formation RPIB (n=21)	8	38,1%	8	38,1%	1	4,8%	11	52,4%	2	9,5%
sans notion RPIB (n=166)	50	30,1%	48	28,9%	15	9,0%	98	59,0%	30	18,1%
RPIB non précisé (n=1)	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%
TOTAL (n=209)	63	30,1%	63	30,1%	19	9,1%	122	58,4%	38	18,2%

OXA = oxazepam ; NAL = naltrexone ; DIS = disulfirame ; ACA = acamprosate ; BACLO = baclofène

Il n'y a pas de tendance de prescription statistiquement significative en terme de sexe, de département d'exercice, d'âge, de notion ou formation au RPIB. Notons tout de même que le baclofène paraît plus prescrit par des hommes, Corréziens, âgés de plus de 61 ans, avec ou sans notion sur le RPIB.

Tableau 12 : Traitements utilisés en prévention des rechutes

	Effectif (n=209)	Pourcentage
Acamprosate	65	31,1 %
Naltrexone	52	24,9 %
Baclofène	23	11,0 %
Disulfirame	10	4,8 %
Benzodiazépines	9	4,3 %
Aucun	7	3,3 %
Anxiolytiques	6	2,9 %
Antidépresseurs	4	1,9 %
Selon l'avis du spécialiste	4	1,9 %
Psychothérapie	1	1,9 %
Absence de réponse	42	20,1 %

La question sur le traitement préférentiellement utilisé en prévention des rechutes n'attendait normalement qu'une seule réponse. Nous avons tout de même pris en compte les quelques réponses multiples.

L'acamprosate est la molécule de premier choix avec 31,1 % (n=65) de prescripteurs.
Les antidépresseurs qui ont été cités par les praticiens sont les IRS (1 fois) et la duloxétine (1 fois). Les 2 autres n'ont pas précisé.
Au niveau des anxiolytiques, 5 praticiens n'ont pas précisé leur réponse, 1 a cité le méprobamate (notons que cette molécule a été retirée du marché en 2012).
Dans la classe des benzodiazépines, l'oxazepam a été cité 7 fois, le clorazepate 1 fois et le prazepam 1 fois.

Tableau 13 : Principaux traitements utilisés en prévention des rechutes en fonction du sexe, du département d'exercice, de l'âge, de la notion ou formation au RPIB

	OXA	%	NAL	%	DIS	%	ACA	%	BACLO	%
femmes (n=62)	2	3,2%	19	30,6%	3	4,8%	18	29,0%	4	6,5%
hommes (n=147)	5	3,4%	33	22,4%	7	4,8%	47	32,0%	19	12,9%
TOTAL (n=209)	7	3,3%	52	24,9%	10	4,8%	65	31,1%	23	11,0%
creuse (n=47)	3	6,4%	12	25,5%	3	6,4%	20	42,6%	2	4,3%
corrèze (n=59)	2	3,4%	14	23,7%	4	6,8%	12	20,3%	10	16,9%
haute vienne (n=103)	2	1,9%	26	25,2%	3	2,9%	33	32,0%	11	10,7%
TOTAL (n=209)	7	3,3%	52	24,9%	10	4,8%	65	31,1%	23	11,0%
< 30 ans (n=2)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%
31 à 40 (n=18)	1	5,6%	3	16,7%	0	0,0%	5	27,8%	1	5,6%
41 à 50 (n=47)	0	0,0%	17	36,2%	2	4,3%	12	25,5%	6	12,8%
51 à 60 (n=90)	4	4,4%	22	24,4%	7	7,8%	28	31,1%	7	7,8%
61 et plus (n=52)	2	3,8%	10	19,2%	1	1,9%	19	36,5%	9	17,3%
âge non précisé (n=0)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL (n=209)	7	3,3%	52	24,9%	10	4,8%	65	31,1%	23	11,0%
avec notion RPIB (n=42)	1	2,4%	10	23,8%	1	2,4%	16	38,1%	6	14,3%
avec formation RPIB (n=21)	0	0,0%	5	23,8%	1	4,8%	6	28,6%	3	14,3%
sans notion RPIB (n=166)	6	3,6%	42	25,3%	9	5,4%	48	28,9%	17	10,2%
RPIB non précisé (n=1)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
TOTAL (n=209)	7	3,3%	52	24,9%	10	4,8%	65	31,1%	23	11,0%

OXA = oxazepam ; NAL = naltrexone ; DIS = disulfirame ; ACA = acamprosate ; BACLO = baclofène

Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence au niveau des molécules choisies pour prévenir les rechutes en terme d'âge, de sexe, de département, de notion ou formation au RPIB.

De même que pour son utilisation dans le sevrage, le baclofène est principalement utilisé par des hommes, Corréziens, âgés de plus de 61 ans.

1.5. Recours au spécialiste

A la question n°18 : « dans quelle(s) situation(s) adressez-vous votre patient à un spécialiste ? », quatre propositions étaient faites aux praticiens (les quatre premières lignes du tableau suivant). Plusieurs réponses étaient possibles et une réponse ouverte « autre » était également à leur disposition.

Les réponses sont décrites dans le tableau suivant.

Tableau 14 : Motifs de recours au spécialiste (psychiatre, addictologue, gastro-entérologue, etc.)

	Effectif (n=365)	Pourcentage
Après une ou plusieurs rechutes	206	56,4 %
Dès repérage d'un mésusage, avec ou sans dépendance	148	40,6 %
Si CI au sevrage ambulatoire	115	31,5 %
Jamais	2	0,5 %
Quand patient accepte	15	4,1 %
Si contexte social défavorable	11	3,0 %
Si pathologie surajoutée (psy, gastro)	10	2,7 %
Quand patient motivé	7	1,9 %
Selon préférence du patient	6	1,6 %
Quand patient sort du déni	5	1,4 %
Si co-addictions	5	1,4 %
Si patient demandeur	5	1,4 %
Si sevrage ambulatoire difficile	3	0,8 %
Au cas par cas	2	0,5 %
Toujours ou presque	2	0,5 %
Si patient peu adhérent	2	0,5 %
Si compulsion forte	2	0,5 %
Si pas de suivi antérieur	1	0,3 %
La proposition est toujours faite	1	0,3 %
Souvent	1	0,3 %
Si besoin d'une tierce personne	1	0,3 %
Après échec de sevrage sans traitement	1	0,3 %
Réponses manquantes	6	1,6 %

Les femmes ont plus volontiers recours à un avis spécialisé dès le repérage d'un mésusage d'alcool (56,9 % des femmes vs 35 % des hommes, $p<0,001$).

Les Creusois sont moins nombreux à demander un avis dès le début : 25 % des Creusois vs 52,5 % des Corréziens et 39,5 % des Hauts-Viennois ($p=0,003$). Ils ont plus volontiers recours au spécialiste en cas de contre-indication au sevrage ambulatoire : 44,4 % vs 22,5 % Cor. et 34,9 % H-V. ($p=0,007$).

Le recours au spécialiste au début de la prise en charge diminue à mesure que l'âge augmente : 76,5 % des moins de 40 ans vs 33 % des plus de 61 ans (p<0,001).
Il n'y a pas de différence notable en fonction de la notion ou formation au RPIB.

1.6. Utilisation du baclofène

Tableau 15 : Praticiens ayant déjà prescrit ou renouvelé du baclofène à leurs patients alcoolodépendants

Prescription baclofène	Effectif (n=365)	Pourcentage
Oui	175	48 %
Non	186	51 %
Avant	2	0,5 %
Réponses manquantes	2	0,5 %

Les Corréziens sont majoritairement prescripteurs (60,3 %) devant les Creusois (50 %) et les Hauts-Viennois (39,2 %) avec une différence statistiquement significative (p<0,001).
On ne retrouve pas de différence de prescription en terme d'âge, de sexe ou de notion/formation au RPIB.

Tableau 16 : Personne à l'initiative du traitement par baclofène

Initiative baclofène	Effectif (n=175)	Pourcentage
Spécialiste	102	58,3 %
Personnelle	81	46,3 %
Patient	39	22,3 %
Réponses manquantes	2	1,1 %

52,7 % des hommes vs 27,7 % des femmes déclarent être à l'initiative du traitement (p=0,003). A contrario, 74,5 % des femmes vs 51,9 % des hommes déclarent qu'il s'agit du spécialiste (p=0,007).
Au niveau départemental, les praticiens creusois sont plus souvent personnellement à l'initiative du traitement (58,8 % vs 34,2 % Cor. et 52,2 % H-V. avec p=0,025). En Corrèze, ce

sont majoritairement les spécialistes qui sont à l' origine du traitement (72,6 % vs 35,3 % Cre. et 53,6 % H-V. avec p=0,001).

Les praticiens âgés de moins de 40 ans sont peu nombreux à instaurer le traitement de leur propre chef : 6,7 % vs 52,2 % en moyenne au-delà de cet âge (p=0,006).

Tableau 17 : Place du baclofène dans la stratégie médicamenteuse

Place baclofène	Effectif (n=175)	Pourcentage
Après échec traitement classique	90	51,4 %
Parfois en première intention	68	38,9 %
En dernier recours	26	14,9 %
Réponses manquantes	24	13,7 %

48,7 % des hommes déclarent utiliser le baclofène en première intention contre 32,4 % des femmes sans que cette différence ne soit statistiquement significative (p=0,084). Il n'y a pas non plus de différence d'usage en fonction des départements ou de l'âge.

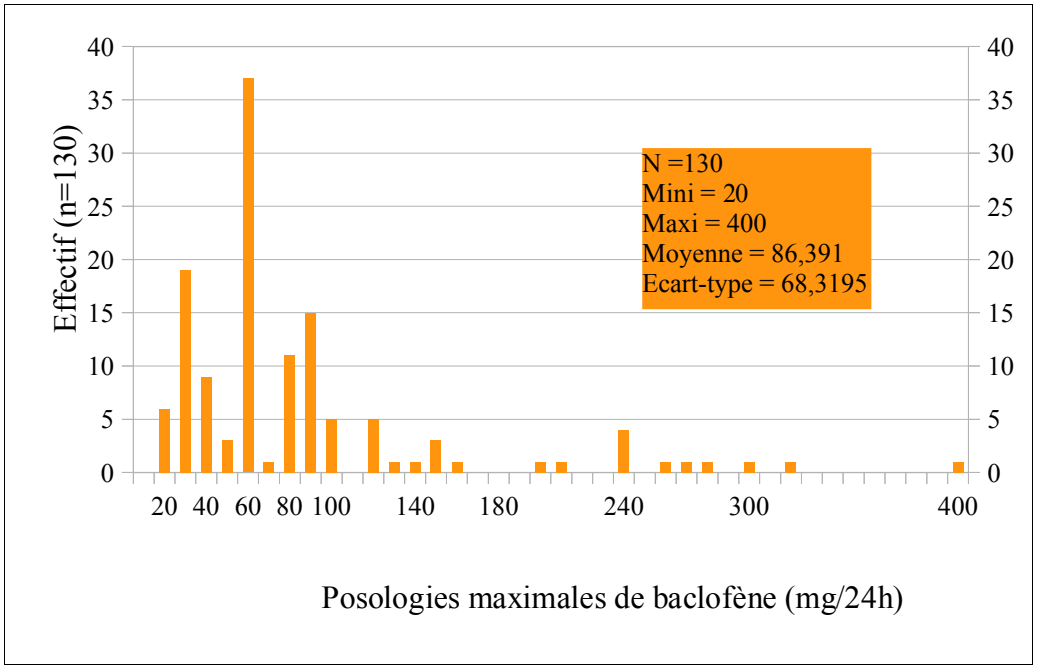


Illustration 12 : Posologies maximales de baclofène utilisées (n=130)

Notons que 130 personnes sur les 175 ayant déjà prescrit ou renouvelé du baclofène à leurs patients se sont prononcés sur cette question soit 45 réponses manquantes (25,7 %).

L'âge, le sexe, le département d'exercice, la notion/formation au RPIB n'influencent pas la prescription à haute dose de baclofène.

1.7. Satisfaction générale des praticiens sur la prise en charge de l'alcoolisme

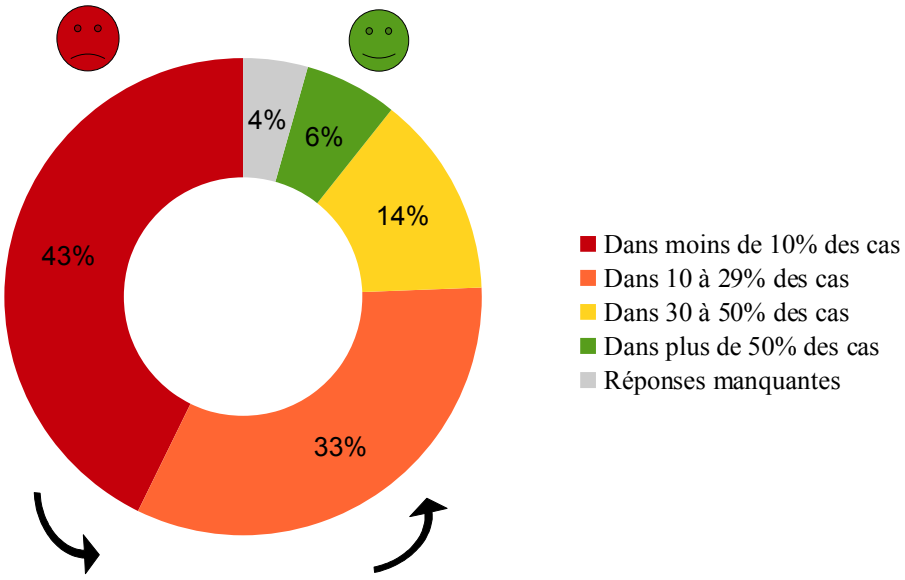


Illustration 13 : Satisfaction générale sur la prise en charge des patients alcooliques (n=365)

2. Utilisation des MMA et du baclofène en Limousin d'après l'analyse des ventes entre 2000 et 2013

Les tableaux suivants ont été réalisés grâce aux données numériques des ventes des MMA et du baclofène fournies par la CPAM 87, sur les 3 départements, de 2000 à 2013. Nous rappelons que ces données ne concernent que 60 % des assurés sociaux du Limousin environ, dépendant du régime général.

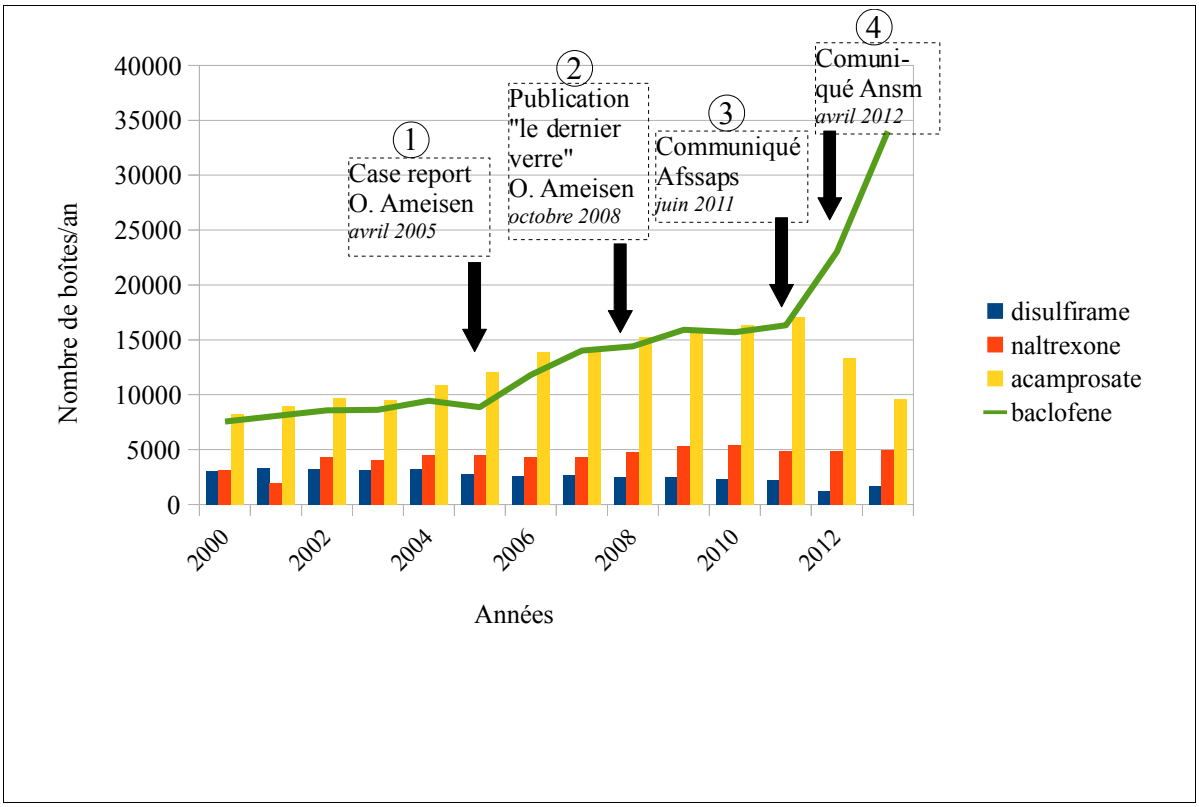


Illustration 14 : Evolution des ventes MMA et baclofène de 2000 à 2013 / Région Limousin

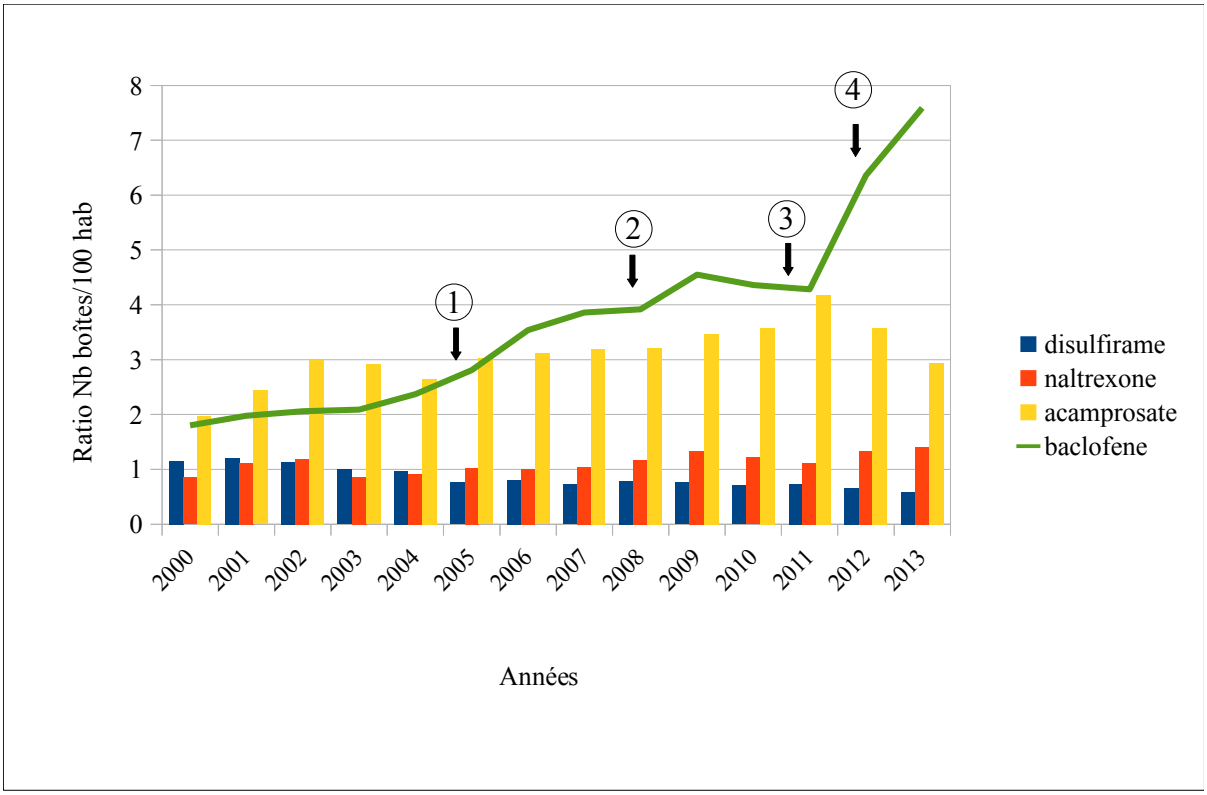


Illustration 15 : Evolution des ventes MMA et baclofène en fonction de la population protégée de 2000 à 2013 / Département de la Creuse

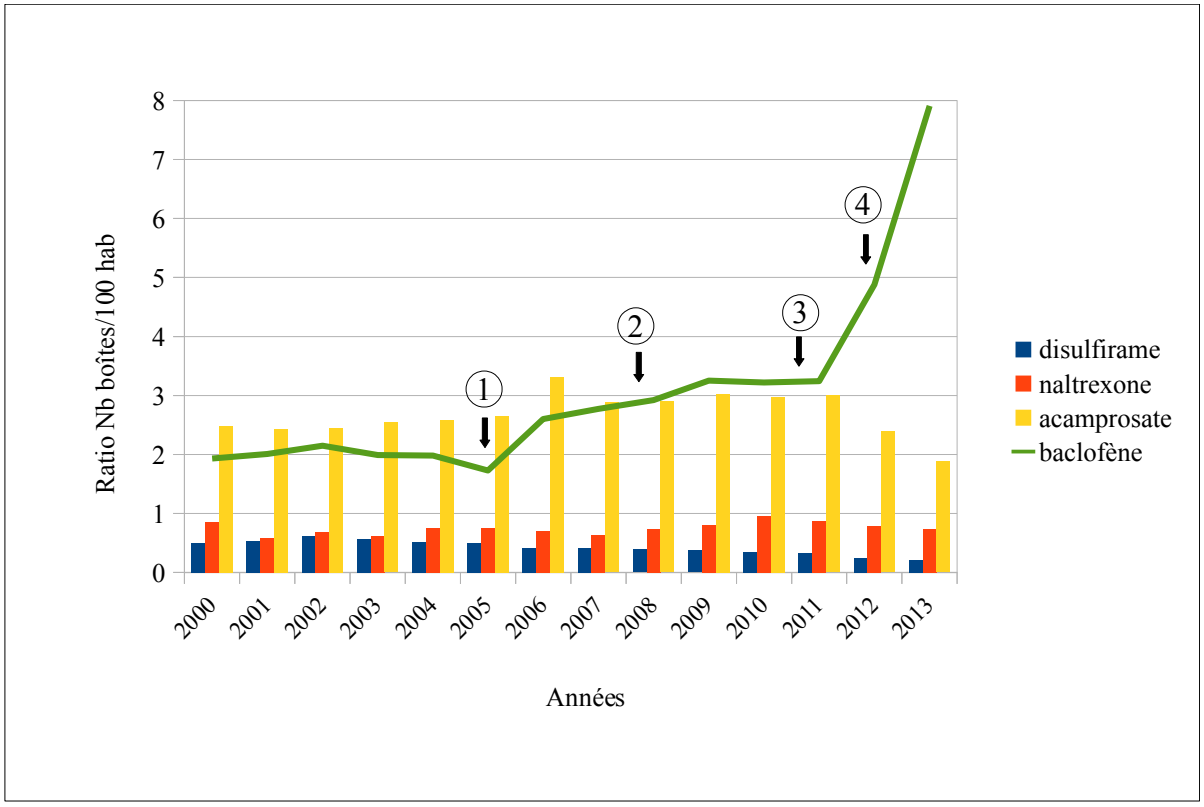


Illustration 16 : Evolution des ventes MMA et baclofène en fonction de la population protégée de 2000 à 2013 / Département de la Corrèze

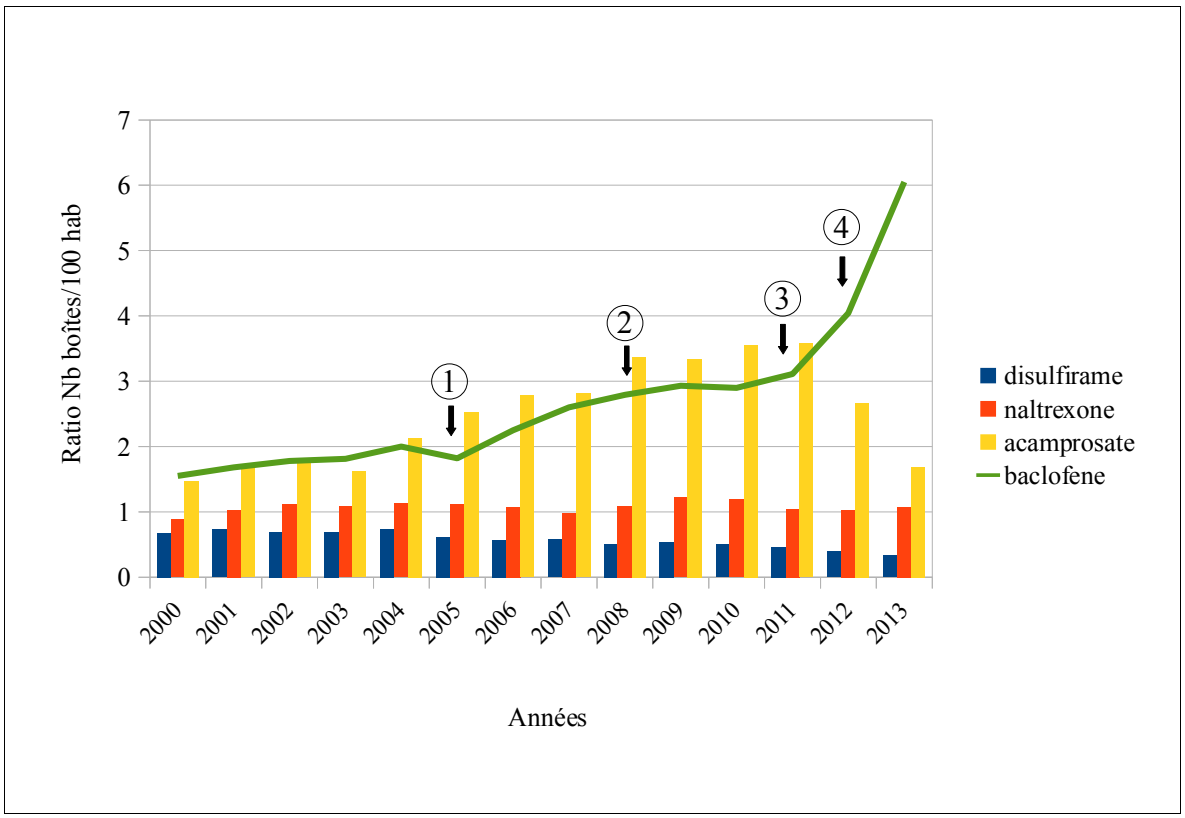


Illustration 17 : Evolution des ventes MMA et baclofène en fonction de la population protégée de 2000 à 2013 / Département de la Haute-Vienne

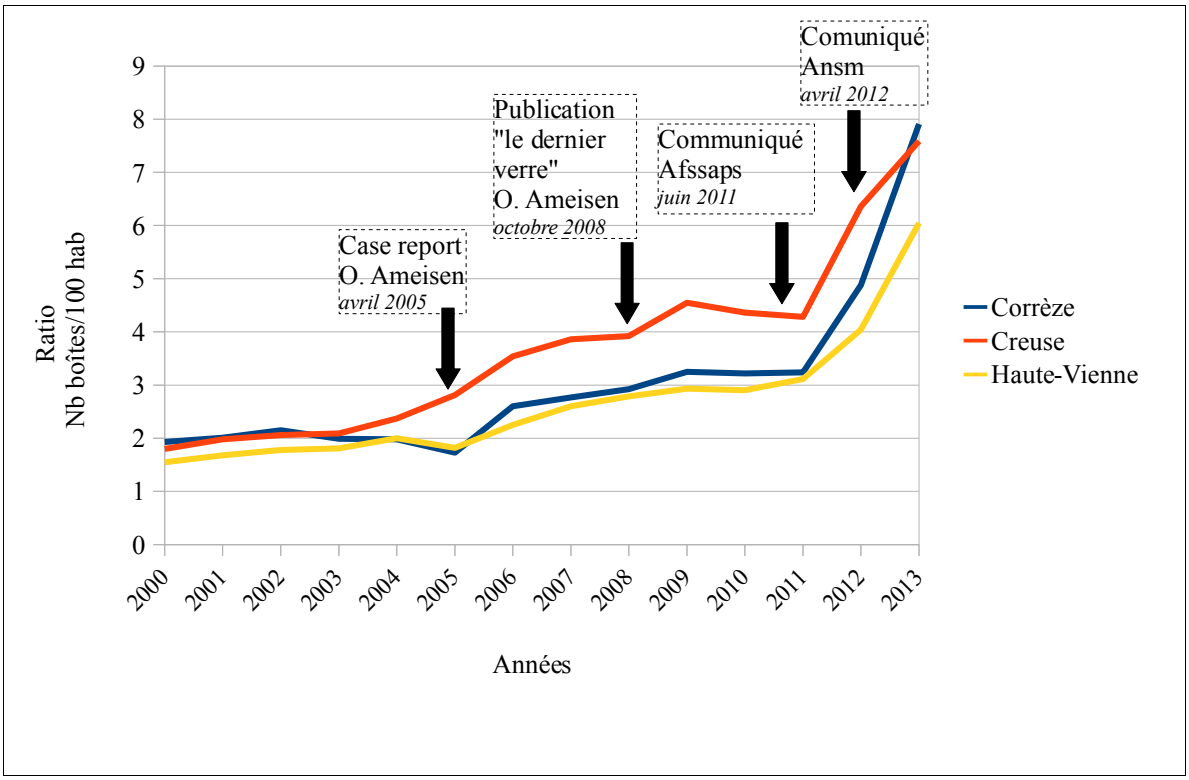


Illustration 18 : Comparaison des ventes de baclofène sur les 3 départements en fonction de la population protégée de 2000 à 2013

Toutes ces courbes montrent une nette progression de la prescription de baclofène ces dernières années, principalement au détriment de l'acamprosate.

On note deux points de cassure principaux dans cette progression, le premier mi-2005, concordant avec la publication par le Docteur Ameisen de son rapport de cas (39) ; le second beaucoup plus marqué mi-2011, après la publication de la thèse de Constance Alexandre-Dubreucq (41) mais également du premier communiqué de l'AFSSaPS mettant en garde contre l'utilisation hors AMM du baclofène.

La publication du livre du Docteur Ameisen en 2008 se retrouve dans une moindre mesure sur la courbe, responsable d'un pic surtout dans le département de la Creuse.

Notons que la Creuse possède le plus fort ratio nombre de boîtes/100 habitants, rattrapée en 2013 par le département de la Corrèze.

Tableau 18 : Tableau des ventes de Lioresal® et baclofène sur les 3 départements en 2013

Département	Boîtes baclofène 2013	Boîtes Lioresal® 2013	Nombre total de comprimés sur l'année
Creuse	5 130	611	184 450
Corrèze	11 959	956	406 570
Haute-Vienne	13 406	1 932	498 780

NB : La boîte de Lioresal® comprend 50 comprimés, celle de baclofène 30. Chaque comprimé est dosé à 10 mg.

DISCUSSION

1. Analyse des principaux résultats

Notre étude avait pour objectif principal de faire une observation de la prise en charge des mésusages d'alcool par les médecins généralistes du Limousin en 2013 par rapport aux recommandations en vigueur en alcoologie.

Alors qu'il existe depuis des années une politique internationale et nationale de diffusion du RPIB, notre étude montre qu'une très faible part de la population médicale du Limousin possède ne serait-ce que des notions sur ce RPIB (16,4 %). La part de praticiens formés au RPIB est encore plus faible (8,5 %) et seuls 5 praticiens (1,4 %) ont un diplôme spécialisant en alcoologie dans notre population. Nous sommes bien loin de l'objectif de la circulaire de 2006 (11) visant 75 % de praticiens formés au RPIB à 5 ans.

Plus des deux tiers de la population estiment que moins de 10 % de leur patientèle est dans une problématique de mésusage d'alcool, et près d'un quart (23 %) font une estimation de 1 à 3%. Ces données peuvent signer à la fois un défaut de repérage et une sous-évaluation du problème de la part des praticiens. Une étude menée en 2007 dans le cadre de l'évaluation de la faisabilité du RPIB en Gironde montre ainsi que 22,2 % des patients repérés présentaient un mésusage d'alcool, 41 % de ces mésusages étant méconnus du médecin auparavant. (57)
Notons que l'estimation de la problématique est plus importante en Creuse (p=0,017), non pas car les praticiens sont plus formés au repérage, mais sûrement car les problèmes liés à l'alcool y sont plus nombreux comme nous l'avons vu en introduction.

Des efforts sont à faire pour inciter les praticiens à ouvrir le dialogue sur l'alcool, puisque notre étude montre que seulement 18 % des médecins effectuent un dépistage systématique de la consommation d'alcool de leurs patients.
Le 6ème volet du baromètre santé médecin généraliste réalisé entre 2008 et 2009 par l'INPES s'est intéressé au développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. (58) D'après ces données, 23 % des médecins abordent la consommation d'alcool au moins une fois avec chaque patient. Le repérage de la consommation de tabac y apparaît beaucoup plus systématique : 63,2 % abordent le sujet au moins une fois avec chaque patient.

Notre étude montre que 77 % des praticiens n'interrogent les patients qu'en cas de suspicion de mésusage. Parmi eux, la moitié seulement a déclaré interroger également les patients ayant un mésusage connu. Il serait donc utile de rappeler l'importance d'évaluer régulièrement les patients, même ceux ayant déjà un mésusage connu, puisque l'on sait que le mésusage d'alcool évolue sur un continuum et que la consommation est susceptible d'évoluer, de façon favorable ou défavorable.

Dans notre étude, les praticiens abordent plus volontiers la consommation d'alcool avec les femmes enceintes. En effet, 59,7 % l'abordent systématiquement, principalement les jeunes praticiens (p=0,012) et les femmes (p=0,017). On peut supposer que les praticiens, notamment les jeunes, sont plus conscients des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse du fait de campagnes de sensibilisation plus importantes qu'en population générale. Les femmes médecins communiquent plus facilement sur ce problème car elles y sont personnellement plus sensibilisées que les hommes.
Ces chiffres corroborent ceux d'une étude menée en 2010 en Limousin sur le thème « grossesse et alcool » (59) où 62,9 % des femmes déclaraient avoir reçu une information sur ce sujet pendant leur grossesse. Cette étude rapportait également que 18,4 % des femmes interrogées (448 au total) avaient consommé de l'alcool pendant leur grossesse. Nous sommes donc loin de l'objectif zéro alcool pendant la grossesse.
Les médecins généralistes doivent être conscients de ces chiffres et incités à interroger et sensibiliser encore plus leurs patientes au fléau de l'alcool pendant la grossesse.

Nos résultats montrent également que les praticiens n'interrogent pas suffisamment leurs jeunes patients (40,4 % des répondants ne dépistent pas les patients avant l'âge de 18 ans), alors que 20 % des jeunes de 13-14 ans ont déjà expérimenté l'ivresse en Limousin (55) et que les pratiques de *binge drinking* et autres jeux à boire sur les réseaux sociaux (dont le mortel Neknomination sur facebook® en 2014) progressent chez des populations de plus en plus jeunes. Les médecins corréziens semblent commencer le dépistage plus tard que leurs collègues creusois ou hauts-viennois (p=0,019), sans que nous ne puissions expliciter ce résultat.

La méthode plébiscitée par les médecins généralistes pour aborder le thème de l'alcool avec les patients est, d'après les résultats de cette étude, la communication orale.

En effet, moins de 10 % des praticiens utilisent les questionnaires de repérage et moins de 40 % les supports d'information écrite (brochures en libre-service à 24,7 % et posters à 17,8 %). Dans le baromètre santé de l'INPES (58), 13 % des praticiens déclaraient utiliser des questionnaires d'aide au repérage, avec encore une fois une nette différence avec l'utilisation de questionnaires pour le tabac (34 %). Les femmes étaient plus nombreuses à utiliser les questionnaires de repérage, différence non retrouvée dans notre étude.

Ces résultats peuvent être expliqués par le manque de temps ou de reconnaissance financière des consultations de prévention, souvent plus longues. On peut également émettre l'hypothèse que les médecins ne sont pas informés que des documents gratuits sont à leur disposition sur internet, notamment sur le site de l'INPES, ou qu'ils ne sont pas informatisés (la moyenne d'âge des médecins généralistes du Limousin étant, rappelons-le, de 55 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes).

Plusieurs praticiens ayant répondu à notre étude ont souligné le fait que la communication verbale était la plus importante dans cette problématique alcoolique, d'ailleurs 54 % des praticiens déclarent délivrer « souvent » une information orale à leurs patients (mais seulement 2,7 % au moins une fois à chaque patient).

Une étude publiée en 2011 (60) a tenté d'évaluer l'influence de la conférence de consensus de 1999 (23) sur les pratiques médicales dans le sevrage du patient alcoolodépendant. Rappelons que cette dernière préconisait le recours au sevrage ambulatoire lorsque la situation le permettait. Cette étude a montré qu'en 2005, le nombre de patients sevrés en médecine de ville avait doublé en valeur absolue, sans que ne soit fait mention d'une augmentation de la proportion de médecins effectuant ces sevrages.

Dans notre étude, les médecins généralistes sont plus de la moitié à effectuer des sevrages ambulatoires (57,3 %). Cette proportion est encore plus importante (71,2 %) dans le département de la Creuse (p=0,014), probablement car la problématique alcool y est plus importante, mais également car les structures de soins spécialisées en alcoologie y sont plus rares. Le fait que les médecins creusois soient moins nombreux que les autres à adresser les patients à un spécialiste au début de la prise en charge (p=0,003) conforte cette dernière idée (25 % contre 52,5 % des Corréziens, dotés rappelons-le d'un réseau d'alcoologie).

Le baromètre santé de 2009 (58) indique par ailleurs que 76,6 % des médecins généralistes prennent eux-mêmes en charge leurs patients pour un problème lié à l'alcool, seuls (à 17 %) ou en liaison avec une structure spécialisée (à 59,7 %). Ces chiffres prouvent encore une fois à quel point la place du médecin généraliste est centrale dans la prise en charge des patients

alcoolodépendants. La fréquence des sevrages augmente avec l'âge des praticiens d'après cette étude, tendance que nous ne retrouvons pas dans la nôtre. En revanche, dans notre étude, les femmes ($p<0,001$) et les médecins âgés de moins de 40 ans ($p<0,001$) ont plus recours au spécialiste dès le repérage d'un mésusage, probablement par manque d'expérience pour ces derniers.

Au niveau du sevrage d'alcool en pratique, la proposition d'un sevrage tabagique simultané (en l'absence de contre-indication) est préconisé par la conférence de consensus de 1999. (23) Cette recommandation paraît très peu suivie puisque dans notre étude, 15 % seulement des praticiens effectuant des sevrages ambulatoires le proposent.

L'acamprosate est la molécule la plus utilisée pour débuter le sevrage d'après les résultats de notre étude (58,4 %), devant les benzodiazépines (45,5 %) qui sont pourtant recommandées en première intention. La naltrexone est citée en 3ème position par 30,1 % des praticiens. Les MMA, seuls ou en association avec une benzodiazépine comme l'ont précisé certains praticiens, semblent donc utilisés dès l'initiation du sevrage. Ces pratiques sont contraires aux RCP, aussi bien de l'acamprosate que de la naltrexone, qui précisent bien que le traitement doit être débuté après l'arrêt de toute consommation d'alcool.

Parmi les benzodiazépines, la plus citée dans le sevrage, conformément aux recommandations, est l'oxazepam (largement devant le diazepam et clorazepate). Notons que le baclofène arrive en 4ème position, cité par 18,2 % des praticiens. Les antidépresseurs sont également utilisés par un praticien sur dix, ce qui n'est absolument pas préconisé par les recommandations mais peut être facilement expliqué au vu de l'association fréquente de symptômes dépressifs chez les alcoolodépendants, parfois à l'origine même du problème d'alcool.

En prévention des rechutes, c'est également l'acamprosate qui est le plus utilisé (31,1 %) devant la naltrexone (24,9 %) et le baclofène (11 %). Dans l'étude sus-citée (60), l'acamprosate était la molécule la plus prescrite en 1999, mais la naltrexone s'imposait en 2005. Le méprobamate, malgré les mises en garde contre cette molécule à l'époque déjà, avait une place de choix sur les deux années mais a été supprimé depuis, pouvant expliquer que l'acamprosate soit redevenu le « favori » en 2014. Rappelons que le JAMA vient de publier une méta-analyse (53) concluant que seuls l'acamprosate et la naltrexone avaient fait la preuve de leur efficacité dans l'aide au maintien de l'abstinence, sans supériorité évidente de l'une ou l'autre des molécules ou de leur association.

Très peu de praticiens ont signalé l'utilisation de vitamines dans notre étude, alors que leur prescription est importante pour limiter les accidents de sevrage, notamment l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Plusieurs hypothèses sont possibles : soit ils n'ont pas pensé à l'écrire car il s'agissait d'une question ouverte, soit ils n'en prescrivent pas (par manque de formation ou autre), soit ils ne veulent tout simplement pas pénaliser financièrement le patient (les vitamines B1, B6 et PP n'étant pas remboursées par la sécurité sociale).
On voit donc que de multiples molécules sont utilisées en pratique, bien loin des recommandations très cadrées de l'ANAES (devenue l'HAS depuis), prouvant encore une fois toute la complexité de la prise en charge des mésusages d'alcool, avec des échecs fréquents, et la nécessité de trouver d'autres perspectives thérapeutiques, dont le baclofène fait partie.

D'après nos résultats, les pratiques en matière d'alcoologie semblent donc perfectibles sur beaucoup de points. Notons que les recommandations semblent être mieux suivies par les médecins formés au RPIB :

- le dépistage des femmes enceintes semble plus systématique (p=0,001) ;
- ils utilisent plus les questionnaires de repérage (p=0,001) ainsi que les supports d'information écrite tels que les posters (p=0,040) et les brochures remises en mains propres (p=0,040) ;
- ils proposent plus volontiers un sevrage tabagique simultané (p=0,014).

Ces résultats peuvent s'expliquer soit par le fait que les médecins formés au RPIB étaient déjà plus intéressés par le sujet et avaient des pratiques plus proches des recommandations, soit parce que la formation leur a effectivement permis d'améliorer leurs pratiques.
Le simple fait d'avoir des notions sur le RPIB semble bénéfique. En effet, ces praticiens délivrent plus « souvent » une information sur les risques liés à l'alcool et/ou les seuils à ne pas dépasser (p=0,023), différence non retrouvée en cas de formation supplémentaire (p=0,218). Ils proposent également plus souvent un sevrage tabagique simultané (p=0,001).

L'objectif secondaire de cette étude était d'évaluer la place du baclofène dans la prise en charge thérapeutique des patients alcoolodépendants en 2013. Rappelons que notre étude a été effectuée avant la mise en place de la RTU du baclofène en mars 2014.

On estime que 111 840 patients ont été traités par baclofène en France entre 2007 et 2012, dont 51 244 pour dépendance à l'alcool. (61)

Notre étude montre une nette progression de la consommation de baclofène sur la région Limousin depuis 2005, date de publication par le Docteur Olivier Ameisen de son *case report*. (39) La progression paraît même débuter dès 2003 en Creuse (des études suggérant une efficacité du baclofène avaient déjà été publiées). En 2008, on note une nouvelle ascension des ventes, probablement suite à la publication du livre du Docteur Ameisen. (40)
Nos courbes sont superposables aux données 2013 du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). (61) En revanche, en juin 2011, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) parle d'une décroissance des ventes suite à la publication d'une mise en garde de l'ANSM sur le baclofène. Nous ne retrouvons pas cette tendance au niveau du Limousin. Il existe en effet une stagnation des ventes de baclofène entre 2009 et 2011 suite au pic de 2008, probablement par essoufflement classique après un « buzz », mais aucun effet de la publication de la mise en garde de l'ANSM sur les ventes.

C'est en 2012, tout comme au niveau national, que les ventes de baclofène dans le Limousin explosent. L'ANSM a publié un communiqué plus permissif en juin, avec lancement officiel des essais cliniques sur le baclofène : BACLOVILLE (42) et ALPADIR (43). Ce communiqué fait suite d'après l'ANSM aux résultats de l'étude menée dans le cadre de la thèse de Constance Alexandre-Dubreucq (41) portant sur le suivi ambulatoire de 132 patients traités par baclofène et concluant à l'efficacité du baclofène à haute dose dans les problèmes d'alcool. Cette étude, datant pourtant d'avril 2011, avait été largement relayée par les associations d'utilisateurs de baclofène et autres médias (France soir, L'express, slate.fr, Var matin, etc.), avec par conséquent déjà fin 2011 une ré-ascension importante des ventes de baclofène, aussi bien au niveau national que dans notre étude.
Il s'est donc écoulé un an avant que les autorités sanitaires ne réévaluent leur position sur le baclofène, temps nécessaire pour éviter les erreurs sanitaires mais néanmoins reflet d'un certain décalage entre décideurs et acteurs (le délai d'un an étant finalement relativement court et probablement lié à la pression médiatique).
Soulignons la réactivité d'un dispositif collégial local dans la région Nord-Pas-De-Calais, intitulé Consultations et avis multi-disciplinaires pour traitements d'exception en addictologie (CAMTEA), qui depuis 2010 disposait déjà d'un protocole de prescription et de surveillance de la prescription hors AMM du baclofène à haute dose. (62) Ce dispositif CAMTEA regroupe un ensemble de médecins spécialisés chargé d'établir des protocoles de prescription et de surveillance de médicaments utilisés en addictologie hors AMM, non validés à l'échelon

national, mais dont l'efficacité semble avoir été prouvée dans la littérature selon les méthodes d'évaluation de l'evidence-based medecine.

Le baclofène occupe fin 2013/début 2014 une place de choix dans la prise en charge médicamenteuse des problèmes liés à l'alcool puisque notre étude montre qu'il est utilisé aussi bien dans l'initiation du sevrage (utilisé par près d'un praticien sur cinq effectuant des sevrages ambulatoires) que dans l'aide au maintien de l'abstinence (utilisé par 11 % des praticiens).

Dans notre étude, 48 % de la population a déjà prescrit ou renouvelé du baclofène hors AMM dans les problèmes d'alcool et 38,9 % des prescripteurs y ont parfois recours en première intention, ce qui est contraire aux mises en garde émises par l'ANSM.

La posologie maximale prescrite est en moyenne de 86,4 mg/j mais une vingtaine de prescripteurs dépassent la posologie maximale de 100 mg/j mentionnée dans les RCP du baclofène. La posologie maximale utilisée dans notre étude, par un seul praticien, est de 400 mg/j. Notons qu'un quart des praticiens ne s'est pas prononcé sur cette question, peut-être par peur étant donné que la RTU n'était pas encore effective au moment de l'étude. L'autre hypothèse est que certains praticiens qui n'ont pas répondu ne font que renouveler un traitement instauré par le spécialiste et ne se sont donc pas sentis concernés par cette question.

Les médecins corréziens et creusois sont plus nombreux que les hauts-viennois à prescrire du baclofène ($p<0,001$), les Corréziens souvent suite à une prescription initiale par un spécialiste ($p=0,001$), les Creusois souvent de leur propre chef ($p=0,025$). Encore une fois, l'existence de structures de soins spécialisées en alcoologie, dont le réseau d'alcoologie de Haute-Corrèze, peut expliquer cette différence, qui toutefois ne se retrouve pas en Haute-Vienne, la mieux lotie en matière de soins en alcoologie.

Notre étude montre également que les praticiens prenant personnellement l'initiative du traitement sont majoritairement des hommes ($p=0,003$), creusois ($p=0,025$), âgés de plus 40 ans ($p=0,006$).

L'influence des médias sur la prescription de baclofène, déjà supposée au vu des courbes de ventes du baclofène, est confortée par le fait que 22,3 % des praticiens déclarent que c'est le patient qui est le plus souvent à l'initiative de ce traitement.

Aucune étude menée en médecine générale en France ne nous permet actuellement de comparer nos résultats. En revanche, la SFA vient de publier une étude sur la prescription hors AMM de baclofène par ses membres. (63) Sur les 296 participants, 222 (74,5 %) ont déclaré utiliser le baclofène dans les problèmes d'alcool, avec une dose maximale de prescription de 188 ± 93,3 mg/j. Ces chiffres sont nettement supérieurs à ceux retrouvés dans notre étude, ce

qui paraît normal puisque les participants sont tous des membres de la SFA, spécialisés en alcoologie. Ces résultats sont à nuancer, probablement pas généralisables à l'ensemble des spécialistes en alcoologie sur le territoire français, car l'étude ne concernait que des membres de la SFA, que l'on peut supposer plus au fait des pratiques actuelles.
Notre étude conforte en tout cas l'hypothèse que la prescription de baclofène n'intéresse pas seulement les spécialistes en alcoologie, mais également une bonne partie des médecins de premiers recours que sont les médecins généralistes, et que leurs avis et prescriptions doivent être pris en compte.

2. Points forts et limites de notre étude

La force principale de notre étude est son caractère inédit. En effet, aucun travail ne s'est intéressé auparavant aux pratiques médicales dans l'alcoolisme en Limousin, hormis une thèse de médecine sur l'alcoolisme en hospice datant de 1971 (64), loin de notre sujet, et un mémoire sur la consommation d'alcool des femmes enceintes en Limousin en 2010. (59)

L'autre gros point fort de notre étude est le taux de réponse particulièrement élevé : 45,7 %. En outre, 15,1 % des répondants ont demandé à recevoir les résultats de l'étude. Ces chiffres, ainsi que les commentaires et lettres accompagnatrices qui m'ont été adressés, sont autant de preuves que ce sujet interpelle et intéresse les médecins généralistes de notre région. Nous pourrons même considérer qu'un travail de formation minimum a été effectué si tous les médecins ayant demandé à recevoir l'étude la lisent !

Notre échantillon est représentatif de la population médicale du Limousin et la différence de taux de réponses par département par rapport aux questionnaires envoyés n'est pas significative (p=0,024).
On peut néanmoins regretter une sous-représentation de la population médicale haute-viennoise. Plusieurs explications sont possibles. Tout d'abord, le nombre de médecins généralistes libéraux ou mixtes répertoriés dans l'atlas démographique du CNOM 2013, qui a servi à l'analyse statistique, et celui que nous avons, sont différents. Ceci peut s'expliquer par le fait que nous n'avons pas inclus certains généralistes « sur-spécialisés », plus nombreux dans le département de la Haute-Vienne.

Par ailleurs, le taux de réponse des médecins de la Haute-Vienne est inférieur à celui des autres départements, ce qui majore encore cette sous-représentativité. Peut-être les médecins hauts-viennois sont-ils plus souvent sollicités pour les thèses et lassés de répondre.

Il existe dans notre étude un biais de sélection inévitable, lié au choix d'un auto-questionnaire, qui est un biais de volontariat. En effet, nous pouvons supposer que seuls les praticiens intéressés par le sujet de l'étude y ont répondu et que les réponses des non-répondants auraient été différentes. Ce biais semble minime dans notre étude au vu encore une fois du nombre important de répondants.

Toujours en raison du choix méthodologique de l'étude, il existe inévitablement un biais de mesure. En effet, les réponses au questionnaire étant déclaratives, elles sont basées sur la compréhension des questions et la sincérité des réponses. Nous avons essayé de limiter le plus possible ce biais par l'utilisation de questions courtes, au maximum fermées, et par l'envoi de questionnaires tests pour s'assurer de la bonne compréhension des questions.
On peut toutefois se demander si certaines questions n'ont pas été mal comprises au vu de quelques résultats étonnants :
→ A la question n°6, portant sur le type de patients interrogés sur leur consommation d'alcool, la moitié des praticiens interrogeant les patients en cas de suspicion de mésusage ne réévaluent pas les patients ayant un mésusage connu. Peut-être les praticiens ayant répondu qu'ils interrogeaient les patients suspects de mésusage incluaient-ils dans leur réponse les patients ayant un mésusage connu. Mais on peut supposer aussi que ces mêmes praticiens n'interrogent effectivement pas les patients déjà dépistés.
→ A la question n°18, 31,5 % des praticiens ont répondu avoir recours au spécialiste en cas de contre-indication au sevrage ambulatoire, alors que ce chiffre aurait dû être de 100 %. Ce résultat remet en cause la pertinence de notre question, peut-être mal appropriée, ou la confusion qui persiste parfois sur le mot « sevrage ».
→ Les réponses à la question n°15 portant sur les molécules utilisées dans l'initiation du sevrage soulèvent également cette hypothèse de la confusion entourant le mot « sevrage », puisque les MMA ont été largement cités. Néanmoins, la question était posée de façon à éviter une erreur d'interprétation (« quelle(s) molécule(s) utilisez-vous lorsque vous débutez un sevrage ») et la question suivante demandait explicitement quel médicament était utilisé en prévention des rechutes.

Nous pourrions discuter un autre biais de mesure lié à l'intégration dans l'analyse des réponses aux questionnaires tests envoyés. En effet, nous pourrions supposer que les réponses de ces praticiens auraient été différentes après lecture de la question portant sur le repérage pendant la grossesse. Néanmoins, ce biais a été minimisé par le positionnement de celle-ci après les autres questions concernant le type de patients repérés. En outre, il n'a pas été précisé aux premiers praticiens ciblés que leurs réponses nous serviraient à apprécier la pertinence de notre questionnaire. Ainsi, on peut estimer que leur analyse et temps de réponses sont comparables aux autres.

On peut regretter que seul le versant médicamenteux ait été étudié concernant le sevrage et la prévention des rechutes. Il aurait en effet pu être intéressant de savoir comment les praticiens accompagnaient les patients et leur famille, notamment au niveau social et psychologique, d'autant que peu d'études s'y sont intéressé. Malheureusement, le choix d'un auto-questionnaire, avec un nombre limité de questions pour optimiser le rendement, rend difficile l'exploration de toutes les facettes de la prise en charge. Le choix de n'orienter l'analyse que sur le versant médicamenteux nous permettait de répondre plus précisément à notre objectif secondaire.

3. Perspectives

Les problèmes liés aux mésusages d'alcool dépassant largement le cadre médical, la communication entre les différents intervenants (famille, travailleurs sociaux, paramédicaux, médecine du travail etc.) doit être facilitée et le travail en réseau encouragé. Le développement de la médecine 2.0 et des plates-formes numériques devrait permettre d'améliorer cette interaction. Il serait judicieux que les coordonnées des différents intervenants en alcoologie et les ressources disponibles dans ce domaine soit centralisées et facilement accessibles pour les médecins généralistes. Ce travail permettra, nous l'espérons, d'y contribuer en partie.

L'intégration du RPIB alcool aux programmes des formations médicales initiale et continue doit être encouragée, afin d'améliorer le dépistage et l'information des patients en mésusage d'alcool. Plusieurs actions déjà menées en France peuvent être source d'inspiration.

Une recherche action, menée en Ile-de-France entre 2002 et 2003 dans le cadre du programme « Boire moins, c'est mieux », a comparé l'efficacité de trois méthodes de promotion du RPIB (marketing téléphonique, incitation économique et action communautaire) à celle de l'envoi d'un courrier simple. Il en ressort que le marketing téléphonique semble être la méthode la plus efficace (et la moins onéreuse) pour inciter les praticiens à participer aux formations RPIB. La rémunération (à l'acte dans cette étude), quant à elle, augmente nettement le taux de repérage. (65)

Prenons également l'exemple du réseau AGIR 33 (réseau addiction en Gironde), qui a choisi comme méthode de promotion la visite au cabinet, souvent considérée par les études internationales comme la plus efficace (mais beaucoup plus onéreuse que le téléphone). Depuis 2006, les praticiens reçoivent donc annuellement la visite d'un Délégué santé prévention®. Ce dernier relaye, dans un contenu adapté à chaque praticien, des informations concernant le dépistage et l'accompagnement des patients en addictologie. (66)

Au total, malgré des biais inévitables liés principalement au choix méthodologique d'une enquête d'opinion, cette étude, prenant en compte l'avis de près de la moitié des médecins généralistes libéraux ou mixtes de la région Limousin, apportera nous l'espérons un maximum de pistes pour améliorer l'accompagnement de nos patients en difficulté avec l'alcool.

Notre étude a également l'avantage de présenter un instantané de « l'histoire du baclofène », dont l'avenir reste incertain, notamment avec l'arrivée prochaine du nalméfène. Elle pourra donc servir de référence pour de futures études, notamment sur l'évolution des pratiques médicales et de la stratégie médicamenteuse en alcoologie.

BIBLIOGRAPHIE

1. World health organization. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. WHO; 2014 p. 376. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

2. Expertise collective Inserm. Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Les éditions Inserm. Paris; 2003. 536 p.

3. Institut de veille sanitaire. BEH n°16-17-18/2013 / L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France [Internet]. 2013. Available from: http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-16-17-18-2013

4. Aubin H-J, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. Alcoologie Addictologie. 2013;35(4):309–15.

5. Les conduites d'alcoolisation : recommandations pour la pratique clinique 2001. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Alcoologie Addictologie. 2001;23(4S):1S–76S.

6. World health organization. Icd-10: The Icd-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO; 1991. 374 p.

7. Brousse G, De Chazeron I. Le craving : des clés pour comprendre. Alcoologie Addictologie. 2014;36(2):105–15.

8. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, Gasbarrini G, Alcoholism Treatment Study Group. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. Addict Behav. 2005 Jul;30(6):1209–24.

9. Verheul R, Van Den Brink W, Geerlings P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. 1999 Apr;34(2):197–222.

10. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. Med Care. 2000 Jan;38(1):7–18.

11. République française. Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. Bulletin officiel n°2006-11: annonce n°34. 2006.

12. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Repère pour la pratique - intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool [Internet]. INPES; Available from: http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/732.pdf

13. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Pour faire le point sur votre consommation d'alcool-Guide pratique [Internet]. INPES; 32 p. Available from: http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/861.pdf

14. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale : recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. INCa (trad.). Paris; 2008. 141 p.

15. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. 2014 Feb;49(1):66–78.

16. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ariño J, González-Pinto A. Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analyses. Alcohol Clin Exp Res. 2004;28(4):608–18.

17. Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(2):CD004148.

18. Ballesteros J, González-Pinto A, Querejeta I, Ariño J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. Addict Abingdon Engl. 2004 Jan;99(1):103–8.

19. Casset J-C, Bérenger P, Bosson J-L, Lacroix A. Évaluation à 1 an de l'intervention brève pratiquée par des médecins généralistes chez des patients ayant un mésusage d'alcool. Rev Prat. 2008;58(12 suppl.):S25–S31.

20. Michaud P, Kunz V, Demortière G, Lancrenon S, Carré A, Ménard C, et al. Efficiency of brief interventions on alcohol-related risks in occupational medicine. Glob Health Promot. 2013 Jun 1;20(2 suppl):99–105.

21. Huas D, Pessione F, Bouix J-C, Demeaux J-L, Allemand H, Rueff B. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes. Rev Prat. 2002;16(586):1343–8.

22. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. Alcohol Clin Exp Res. 2002 Jan;26(1):36–43.

23. Haute autorité de santé. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant - Conférence de consensus. Paris: HAS; 1999. 24 p.

24. Haute autorité de santé. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage - Conférence de consensus. Paris: HAS; 2001. 34 p.

25. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. "Alcool et grossesse, parlons-en" Guide à l'usage des professionnels [Internet]. 2011. 45 p. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool_et_grossesse_parlons-en2.pdf

26. Expertise collective Inserm. Alcool, effets sur la santé. Paris: INSERM; 2001. 358 p.

27. Houet T, Vabret F, Herlicoviez M, Dreyfus M. [Comparison of women's alcohol consumption before and during pregnancy. A prospective series of 150 women]. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005 Nov;34(7 Pt 1):687–93.

28. Haute autorité de santé. Troubles causés par l'alcoolisation foetale : repérage. Paris: HAS; 2013. 46 p.

29. Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse - Recommandations de la SFA 2002. Alcoologie Addictologie. 2003;25(2S):45S–104S.

30. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. 2011 Oct;46(5):586–91.

31. Daoust M, Saligaut C, Lhuintre JP, Moore N, Flipo JL, Boismare F. GABA transmission, but not benzodiazepine receptor stimulation, modulates ethanol intake by rats. Alcohol Fayettev N. 1987 Dec;4(6):469–72.

32. Colombo G, Agabio R, Carai MA, Lobina C, Pani M, Reali R, et al. Ability of baclofen in reducing alcohol intake and withdrawal severity: I--Preclinical evidence. Alcohol Clin Exp Res. 2000 Jan;24(1):58–66.

33. Colombo G, Serra S, Brunetti G, Atzori G, Pani M, Vacca G, et al. The GABA(B) receptor agonists baclofen and CGP 44532 prevent acquisition of alcohol drinking behaviour in alcohol-preferring rats. Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. 2002 Oct;37(5):499–503.

34. Colombo G, Serra S, Brunetti G, Vacca G, Carai MAM, Gessa GL. Suppression by baclofen of alcohol deprivation effect in Sardinian alcohol-preferring (sP) rats. Drug Alcohol Depend. 2003 May 1;70(1):105–8.

35. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, DeLorenzi G, Parente A, Caputo F, et al. Suppression of alcohol delirium tremens by baclofen administration: a case report. Clin Neuropharmacol. 2003 Oct;26(5):258–62.

36. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Colombo G, Gessa GL, Gasbarrini G. Ability of baclofen in reducing alcohol craving and intake: II--Preliminary clinical evidence. Alcohol Clin Exp Res. 2000 Jan;24(1):67–71.

37. Tarika JS, Winger G. The effects of ethanol, phenobarbital, and baclofen on ethanol withdrawal in the rhesus monkey. Psychopharmacology (Berl). 1980;70(2):201–8.

38. Humeniuk RE, White JM, Ong J. The effects of GABAB ligands on alcohol withdrawal in mice. Pharmacol Biochem Behav. 1994 Nov;49(3):561–6.

39. Ameisen O. Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: a self-case report of a physician. Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. 2005 Apr;40(2):147–50.

40. Ameisen O. Le dernier verre. Paris: Denoël; 2008. 292 p.

41. Alexandre-Dubroeucq C. Alcool et baclofène : étude sur 132 patients suivis pendant un an en ambulatoire [thèse de médecine]. Université Paris Descartes; 2011.

42. Essai clinique BACLOVILLE [Internet]. Available from: http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01604330?term=bacloville&rank=1

43. Essai clinique ALPADIR [Internet]. Available from: http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01738282?term=alpadir&rank=1

44. Paille F, Malet L. Baclofène et alcool : le rapport scientifique du groupe de travail de la société française d'alcoologie. [Internet]. SFA; 2011. Available from: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Baclofene_SFA_15juin2011.pdf

45. Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Gallop R, Kalka-Juhl L, Flannery BA. Efficacy and safety of baclofen for alcohol dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Alcohol Clin Exp Res. 2010 Nov;34(11):1849–57.

46. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Vonghia L, Mirijello A, et al. Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. Lancet. 2007 Dec 8;370(9603):1915–22.

47. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Bedogni G, Caputo F, et al. Dose-response effect of baclofen in reducing daily alcohol intake in alcohol dependence: secondary analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. 2011 Jun;46(3):312–7.

48. De Beaurepaire R. Suppression of alcohol dependence using baclofen: a 2-year observational study of 100 patients. Front Psychiatry. 2012;3:103.

49. Liu J, Wang L. Baclofen for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (1):CD008502.

50. Muzyk AJ, Rivelli SK, Gagliardi JP. Defining the role of baclofen for the treatment of alcohol dependence: a systematic review of the evidence. CNS Drugs. 2012 Jan 1;26(1):69–78.

51. Haute autorité de santé. Commission de la transparence - Selincro [Internet]. 2013. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-12915_SELINCRO_PIC_INS_Avis3_CT12915.pdf

52. Paille F, Aubin HJ. Les perspectives dans le traitement médicamenteux de la dépendance à l'alcool - Synthèse des essais thérapeutiques récents [Internet]. SFA; 2012. Available from: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Medicaments-alcool_SFA2012.pdf

53. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R, et al. Pharmacotherapy for Adults With Alcohol Use Disorders in Outpatient Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2014 May 14;311(18):1889.

54. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas régional de démographie médicale - Région Limousin. 3ème édition. Paris; 2013. 55 p.

55. Beck F, Guignard R, Léon C, Richard J-B. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoires; 2013. 104 p.

56. Rouchaud A, Ferley J-P. Tabac, alcool, cannabis et autres substances illicites chez les collégiens et lycéens du Limousin. Limoges, France: ORS Limousin; 2012. 9 p.

57. Castera P, Maurat F, Fleury B, Demeaux J-L. Peut-on repérer en routine les mésusages d'alcool ? Médecine. 2007;3(7):330–3.

58. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 2011 Oct;59(5):285–94.

59. Poirot S, Sazerat P. Etat des lieux de la consommation d'alcool des femmes enceintes en Limousin [mémoire de sage-femme]. Université de Limoges; 2010. 72 p.

60. Despres C, Demagny L, Bungener M. Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolo-dépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999. Alcoologie Addictologie. 2011;33 (4):333–4.

61. Weill A, Chaignot C, Ricordeau P, Alla F, Allemand H. Baclofène, données du SNIIRAM, point de vue de la CNAMTS. In : colloque place du baclofène aujourd'hui dans la lutte contre l'alcoolisme. Hôpital Cochin Paris 14ème; 2013.

62. Rolland B, Deheul S, Guardia D, Danel T, Desmarais P, Bordet R, et al. CAMTEA. Le dispositif collégial de prescription hors AMM des addictologues du Nord-Pas de Calais. Alcoologie Addictologie. 2012;34(4):313–21.

63. Rolland B, Paille F, Fleury B, Cottencin O, Benyamina A, Aubin H-J. Off-Label Baclofen Prescribing Practices among French Alcohol Specialists: Results of a National Online Survey. PloS One. 2014;9(6):e98062.

64. Tailhardat M. L'alcoolisme à l'hospice: résultats d'une enquête effectuée dans un grand établissement limousin [thèse de médecine]. Université de Limoges; 1971.

65. Michaud P, Fouilland P, Dewost A-V, Abesdris J, De Rohan S, Toubal S, et al. Repérage précoce et intervention brève auprès des consommateurs excessifs d'alcool - Étude de trois méthodes de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève. Rev Prat. 2006;20(734/735):658–63.

66. Demeaux J-L, Desaulty-Cluzan L, Meurant C, Castéra P. Délégué Santé Prévention : pour que le généraliste ne soit plus seul devant l'addiction. Médecine. 2007 Oct 1;3(8):378–81.

ANNEXES

Annexe 1 : Comparatif des critères diagnostiques DSM-IV et DSM-V

Critère	DSM-IV Dépendance	DSM-IV Abus	DSM-5 Trouble de l'usage d'alcool
Désir persistant	x	-	x
Perte de contrôle	x	-	x
Temps passé	x	-	x
Tolérance	x	-	x
Syndrome de sevrage	x	-	x
Abandon des activités	x	-	x
Poursuite malgré les conséquences physiques et psychologiques	x	-	x
Incapacité à remplir les obligations majeures	-	x	x
Situations dangereuses	-	x	x
Problèmes judiciaires	-	x	-
Utilisation répétée malgré les problèmes sociaux	-	x	x
Craving	-	-	x

* ***H.J. Aubin, M. Auriacombe, M. reynaud, A. Rigaud. Alcoologie et Addictologie*** **2013; 35 (4): 313**

D'après le DSM-V, les troubles de l'usage d'alcool sont classés en trois niveaux de sévérité en fonction du nombre de critères diagnostiques présents :

- trouble faible : 2 ou 3 critères présents
- trouble modéré : 4 ou 5 critères présents
- trouble sévère : 6 critères présents ou plus

Annexe 2 : CIM-10 : critères diagnostiques du syndrome de dépendance

Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

a) désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
b) difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
c) syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
d) mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré (certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants) ;
e) abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
f) poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par ex. atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif lié à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives. »

Annexe 3 : Classification de l'alcoolisme selon Cloninger

Type I : « alcoolisme de milieu »	Type II : « forme exclusivement masculine »
Forme la plus répandue	Uniquement (ou presque) chez l'homme
Fréquence équivalente dans les deux sexes	Début précoce (avant 20 ans)
Début tardif (après 20 ans)	Progression rapide vers la dépendance
Progression lente	Troubles du comportement lors des phases d'alcoolisation
Facteurs de risque liés autant à l'environnement qu'à la génétique	Personnalité marquée par l'impulsivité et les conduites anti-sociales
	Facteurs de risque plutôt génétiques (alcoolisme paternel fréquent)
	Influence moindre de l'environnement

Annexe 4 : Questionnaire OCDS = Echelle des Pensées Obsédantes et des Envies Compulsives de Boire

OCDS

→ Les questions suivantes concernent votre consommation d'alcool et votre désir de contrôler cette consommation **dans les 7 derniers jours**.
Veuillez entourer le chiffre en face de la réponse qui s'applique le mieux à votre état.

Q1 Lorsque vous ne buvez pas d'alcool, combien de votre temps est occupé par des idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool?

0 A aucun moment
1 Moins d'une heure par jour
2 De 1 à 3 heures par jour
3 De 4 à 8 heures par jour
4 Plus de 8 heures par jour

Q2 A quelle fréquence ces pensées surviennent-elles?

0 Jamais
1 Pas plus de 8 fois par jour
2 Plus de 8 fois par jour, mais pendant la plus grande partie de la journée je n'y pense pas
3 Plus de 8 fois par jour et pendant la plus grande partie de la journée
4 Ces pensées sont trop nombreuses pour être comptées et il ne se passe que rarement une heure sans que plusieurs de ces idées ne surviennent

Q3 A quel point ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool interfèrent-elles avec votre activité sociale ou professionnelle (ou votre fonction)? Y a-t-il quelque chose que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause d'elles? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités seraient-elles atteintes si vous travailliez?)

0 Les pensées relatives à la consommation d'alcool n'interfèrent jamais. Je peux fonctionner normalement
1 Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent légèrement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais mes performances globales n'en sont pas affectées
2 Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent réellement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais je peux encore m'en arranger
3 Les pensées relatives à la consommation d'alcool affectent de façon importante mes activités sociales ou professionnelles
4 Les pensées relatives à la consommation d'alcool bloquent mes activités sociales ou professionnelles

Q4 Quelle est l'importance de la détresse ou de la perturbation que ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool génèrent lorsque vous ne buvez pas?

0 Aucune
1 Légère, peu fréquente et pas trop dérangeante
2 Modérée, fréquente et dérangeante mais encore gérable
3 Sévère, très fréquente et très dérangeante
4 Extrême, presque constante et bloquant les capacités

Q5 Lorsque vous ne buvez pas, à quel point faites-vous des efforts pour résister à ces pensées ou essayer de les repousser ou de les détourner de votre attention quand elles entrent dans votre esprit? (Evaluez vos efforts faits pour résister à ces pensées, et non votre succès ou votre échec à les contrôler réellement)

0 Mes pensées sont si minimes que je n'ai pas besoin de faire d'effort pour y résister
Si j'ai de telles pensées, je fais toujours l'effort d'y résister
1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
2 Je fais quelques efforts pour y résister
3 Je me laisse aller à toutes ces pensées sans essayer de les contrôler, mais je le fais avec quelque hésitation
4 Je me laisse aller complètement et volontairement à toutes ces pensées

Q6 Lorsque vous ne buvez pas, à quel point arrivez-vous à arrêter ces pensées ou à vous en détourner?

0 Je réussis complètement à arrêter ou à me détourner de telles pensées
1 Je suis d'habitude capable d'arrêter ces pensées ou de me détourner d'elles avec quelques efforts et de la concentration
2 Je suis parfois capable d'arrêter de telles pensées ou de m'en détourner
3 Je n'arrive que rarement à arrêter de telles pensées et ne peux m'en détourner qu'avec difficulté
4 Je n'arrive que rarement à me détourner de telles pensées même momentanément

Q7 Combien de verres de boissons alcooliques buvez-vous par jour?

0 Aucun
1 Moins d'un verre par jour
2 De 1 à 2 verres par jour
3 De 3 à 7 verres par jour
4 8 verres ou plus par jour

Q8 Combien de jours par semaine buvez-vous de l'alcool?

0 Aucun
1 Pas plus d'un jour par semaine
2 De 2 à 3 jours par semaine
3 De 4 à 5 jours par semaine
4 De 6 à 7 jours par semaine

Q9 A quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité professionnelle? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités professionnelles seraient-elles affectées si vous travailliez?)

0 Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
1 Le fait de boire interfère légèrement avec mon activité professionnelle mais l'ensemble de mes capacités n'en est pas affecté
2 Le fait de boire interfère de manière certaine avec mon activité professionnelle, mais je peux m'en arranger
3 Le fait de boire affecte de façon importante mon activité professionnelle
4 Les problèmes d'alcool bloquent mes capacités de travail

Q10 A quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité sociale? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation?

0 Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
1 Le fait de boire interfère légèrement avec mes activités sociales, mais l'ensemble de mes capacités n'est pas affecté
2 Le fait de boire interfère de manière certaine avec mes activités sociales, mais je peux encore m'en arranger
3 Le fait de boire affecte de façon importante mes activités sociales
4 Les problèmes d'alcool bloquent mes activités sociales

Q11 Si l'on vous empêchait de boire de l'alcool quand vous désirez prendre un verre, à quel point seriez-vous anxieux ou énervé?

0 Je n'éprouverais ni anxiété ni irritation
1 Je ne deviendrais que légèrement anxieux ou irrité
2 L'anxiété ou l'irritation augmenterait mais resterait contrôlable
3 J'éprouverais une augmentation d'anxiété ou d'irritation très importante et dérangeante
4 J'éprouverais une anxiété ou une irritation très invalidante

Q12 A quel point faites-vous des efforts pour résister à la consommation de boissons alcooliques? (Evaluez uniquement vos efforts pour y résister et non votre succès ou votre échec à réellement contrôler cette consommation)

0	Ma consommation est si minime que je n'ai pas besoin d'y résister – si je bois, je fais l'effort de toujours y résister
1	J'essaie d'y résister la plupart du temps
2	Je fais quelques efforts pour y résister
3	Je me laisse aller presque à chaque fois sans essayer de contrôler ma consommation d'alcool, mais je le fais avec un peu d'hésitation
4	Je me laisse aller complètement et volontairement à la boisson

Q13 A quel point vous sentez-vous poussé à consommer des boissons alcooliques?

0	Je ne me sens pas poussé de tout
1	Je me sens faiblement poussé à boire
2	Je me sens fortement poussé à boire
3	Je me sens très fortement poussé à boire
4	Le désir de boire est entièrement involontaire et me dépasse

Q14 Quel contrôle avez-vous sur votre consommation d'alcool?

0	J'ai un contrôle total
1	Je suis habituellement capable d'exercer un contrôle volontaire sur elle
2	Je ne peux la contrôler qu'avec difficulté
3	Je dois boire et je ne peux attendre de boire qu'avec difficulté
4	Je suis rarement capable d'attendre de boire même momentanément

Le questionnaire comprend 2 sous-échelles :

- Les questions 1 à 6 scorent les **Pensées Obsédantes** de consommation de la façon suivante : on retient le score le plus élevé entre les questions 1 et 2, auquel on ajoute les scores des questions 3, 4, 5 et 6. Le score maximal sur l'échelle des pensées obsédantes est donc de 20.

$$\mathbf{PO = max\ (q1, q2) + q3 + q4 + q5 + q6}$$

- Les questions 7 à 14 scorent les **Envies Compulsives** de consommation de la façon suivante : on retient le score le plus élevé entre les questions 7 et 8, de même avec les questions 9 et 10, on ajoute les scores des questions 11 et 12, puis le score le plus élevé entre les questions 13 et 14.

$$\mathbf{EC = max\ (q7, q8) + max\ (q9, q10) + q11 + q12 + max\ (q13, q14)}$$

Le score total s'obtient par l'addition des scores PO et EC

$$\mathbf{Score\ total\ OCDS = PO + EC}$$

Annexe 5 : Questionnaire AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test

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

Interprétation : L'AUDIT est interprété en fonction de la somme des points des 10 questions. Notons que le cut-off est variable selon les sources. Chaque réponse est cotée de 0 à 4.

- *Score ≥ 5* : consommation à risque

- *Score ≥ 8* : usage nocif (≥ 7 chez la femme)

- *Score ≥ 12* : alcoolodépendance probable (≥11 chez la femme)

Annexe 6 : Questionnaire FACE = Formule pour Approcher la Consommation par Entretien

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients.

En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

					Score
1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?					
Jamais ☐ 0	une fois par mois ou 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 où 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 déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?					
Non ☐ 0				oui ☐ 4	
4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?					
Non ☐ 0				oui ☐ 4	
5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?					
Non ☐ 0				oui ☐ 4	
				TOTAL	

Interprétation :

- Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;
- Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5 ;
- Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » est indiquée.

Annexe 7 : Questionnaires CAGE et DETA

Questionnaire CAGE

1) Have you ever felt you ought to CUT down on your drinking?

2) Have people ANNOYED you by criticizing your drinking?

3) Have you ever felt bad or GUILTY about your drinking?

4) Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover (EYE OPENER)?

`

Questionnaire DETA

1) Avez-vous déjà ressenti le besoin de DIMINUER votre consommation d'alcool ?

2) Votre ENTOURAGE vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

3) Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez TROP ?

4) Avez-vous déjà eu besoin d'ALCOOL le matin pour vous sentir en forme ?

Interprétation :

Si le patient répond OUI à deux questions, le questionnaire est considéré comme positif. Un test à 0 a une bonne valeur prédictive négative. Il reste de façon générale un bon test pour identifier les patients dépendants, mais ne permet malheureusement pas de repérer les consommateurs à problèmes.

Annexe 8 : Questionnaire T - ACE

1) Tolérance (Tolerance) : Combien de verres prenez-vous avant d'en ressentir l'effet ?

- plus de 2 verres donnent un pointage de 2,
- 2 verres ou moins donnent un pointage de 0

2) Dérangement (Annoyance) : Est-ce que les gens vous dérangent en critiquant votre consommation d'alcool ?

- si oui : 1 point

3) Diminution (Cut Down) : Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool ?

- si oui : 1 point

4) Réveil (Eye Opener) : Avez-vous déjà eu le réflexe de prendre un verre dès votre réveil pour stabiliser vos nerfs ou éliminer votre gueule de bois ?

- si oui : 1 point

Interprétation :

Un cut-off à 2 points est généralement admis pour détecter les buveuses excessives.

Annexe 9 : Structures de soins en alcoologie en Limousin

Réseau addictlim

Adresse : 26, avenue des Courrières 87170 ISLE

Tél : 05 55 05 99 00

Fax : 05 24 84 18 03

E-mail : addictlim@gmail.com

Réseau Alcoologie Haute-Corrèze

Adresse : 36, avenue Turgot 19200 USSEL

Tél : 05 55 94 39 35

E-mail : reseau.alcoologie.htecorreze@wanadoo.fr

Réseau Périnatlim

Adresse : 26 avenue des Courrières 87170 Isle

Tél : 05 55 14 83 75

Fax : 09 71 51 84 22

E-mail : perinatlim@gmail.com

HAUTE-VIENNE		
CSAPA 9, rue Darnet 87000 LIMOGES Tél : 05 55 34 46 00 E-mail : comite87@anpa.asso.fr www.anpaa-limousin.fr	CSAPA BOBILLOT 80, rue François Perrin 87000 LIMOGES Tél : 05 55 34 43 77 E-mail : ch.esquitolbobillot@orange.fr www.centrebobillot.fr	Antenne du CSAPA de Limoges 7 rue du Pré Thibaut Maison de la Solidarité Départementale (MSD) 87120 EYMOUTIERS Tél : 05 55 34 46 00 E-mail : comite87@anpa.asso.fr
Antenne du CSAPA de Limoges 12 rue Chateaubriand 87200 SAINT JUNIEN Tél : 05 55 34 46 00 www.anpaa-limousin.fr	Antenne du CSAPA de Limoges 9 avenue François de la Josnière Hôpital Intercommunal du Haut Limousin, site la Josnière 87210 LE DORAT Tél : 05 55 34 46 00 E-mail : comite87@anpa.asso.fr www.anpaa-limousin.fr	Antenne du CSAPA de Limoges 4 avenue du Général De Gaulle Site Jolibois 87300 BELLAC Tél : 05 55 34 46 00 E-mail : comite87@anpa.asso.fr www.anpaa-limousin.fr

Antenne du CSAPA de Limoges 8 Avenue George Sand Site Beauséjour 87190 MAGNAC LAVAL Tél : 05 55 34 46 00 E-mail : comite87@anpa.asso.fr www.anpaa-limousin.fr	Antenne du CSAPA de Limoges 4 Place Près Magnaud Centre Hospitalier 87500 SAINT YRIEIX LA PERCHE www.anpaa-limousin.fr	Appartements de Coordination Thérapeutique du C.H Esquirol 15, rue du Docteur Marcland PC 10 , Centre Hospitalier Esquirol 87000 LIMOGES 87025 Tél : 05 55 43 11 56 E-mail : prevention@ch-esquirol-limoges.fr
Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances 4, rue du clos Londeix 87000 LIMOGES Tél : 05 55 33 61 07 E-mail : contact@cirddlimousin.fr www.cirddlimousin.fr	Equipe de Liaison en Addictologie 15 rue du docteur Marcland Pôle d'Addictologie du Limousin (PAL) 87000 LIMOGES 87025 Tél : 05 55 43 11 56 E-mail : prevention@ch-esquirol-limoges.fr www.ch-esquirol-limoges.fr	IREPS LIMOUSIN 4 rue DARNET 87000 LIMOGES Tél : 05 55 37 19 57 E-mail : cressources87.irepslimousin@gmail.com www.pepslimousin.fr/partenaires/
LIBERMAN Hôpital de Jour 15 rue du Dr Marcland Centre Hospitalier Esquirol 87000 LIMOGES 87025 Tél : 05 55 43 11 28 E-mail : prevention@ch-esquirol-limoges.fr www.ch-esquirol-limoges.fr	Réseau Ville- Hôpital 80 rue François Perrin 87000 LIMOGES 87025 Tél : 05 55 34 43 77 E-mail : prevention@ch-esquirol-limoges.fr www.ch-esquirol-limoges.fr	Unité d'alcoologie Pierre Fouquet 15, rue du Docteur Marcland PAL (pôle d'addictologie en Limousin) 87000 LIMOGES 87025 Tél : 05 55 43 11 43 E-mail : prevention@ch-esquirol-limoges.fr www.ch-esquirol-limoges.fr
Unité d'hospitalisation HENRY EY BAS 15 rue du Docteur Marcland Centre Hospitalier Esquirol PC 10 87000 LIMOGES 87025 Tél : 05 55 43 11 56 E-mail : prevention@ch-esquirol-limoges.fr www.centrebobillot.fr	Unité de Prévention en Addictologie 15, rue du Docteur Marcland Pôle d'Addictologie en Limousin: P.A.L 87025 LIMOGES Tél : 05 55 43 11 87 E-mail : ch.esquirolbobillot@orange.fr www.centrebobillot.fr	Unité de Soin de Suite et de Réadaptation en Addictologie 15 rue du Docteur Marcland Centre Hospitalier Esquirol Pavillon Lafarge A 87000 LIMOGES 87025 Tél : 05 55 43 13 82 E-mail : prevention@ch-esquirol-limoges.fr
CLINIQUE SAINT-MAURICE Service de Psychiatrie 87340 LA JONCHERE Tél : 05 55 39 59 59 E-mail : clinique.jonchere.saint.maurice@wanadoo.fr		

CORREZE		
ANPAA/CSAPA 19 1, boulevard du Docteur Verlhac 19100 BRIVE LA GAILLARDE Tél : 05 55 74 04 45 E-mail : anpaa19@anpaa.asso.fr www.anpaa.asso.fr	Antenne du CSAPA - A.N.P.A.A.19 36 avenue Turgot 19200 USSEL Tél : 05 55 72 39 70 E-mail : csapa.ussel@anpaa.asso.fr www.anpaa.asso.fr	Antenne du CSAPA - A.N.P.A.A.19 124, avenue Victor Hugo 19000 TULLE Tél : 05 55 26 78 60 E-mail : csapa.tulle@anpaa.asso.fr www.anpaa.asso.fr
Service d'addictologie du CH Brive (7ème étage) 3, boulevard du Docteur Verlhac 19100 BRIVE LA GAILLARDE Tél : 05 55 92 79 75	Service d'addictologie 2 bis avenue Winston Churchill CMP hospitalier 19000 TULLE Tél : 05 55 20 17 11	Unité de traitement de la maladie alcoolique des Rouchauds, UTMA du C.H Pays d'Eygurande 5, route des Rouchauds 19340 MERLINES Tél : 05 55 94 84 59
Association gestionnaire du Réseau d'addictologie de Haute-Corrèze Carte 36 avenue Turgot 19200 USSEL Tél : 05 55 94 39 35 E-mail : reseau.alcoologie.htecorreze@wanadoo.fr www.sante-limousin.fr/public/reseaux-de-sante/alcoologie/pre		

CREUSE		
ANPAA 23 11, rue de Braconne Maison des Associations 23000 GUERET Tél : 05 55 52 19 81 E-mail : anpaa23@anpaa.asso.fr www.anpaa.asso.fr	CSAPA CREUSéADD 17, Avenue Mendès France 23000 GUERET Tél : 05 55 51 01 68 E-mail : csapa@ch-st-vaury.fr www.csapa.ch-vaury.fr	Service de gastroentérologie 39, avenue de la Sénatorerie Centre Hospitalier Général de Guéret 23000 GUERET Tél : 05 55 51 70 42 E-mail : v.bouchet@ch-gueret.fr
Unité Pfitzenmeyer Centre hospitalier La Valette 23320 SAINT VAURY Tél : 05 55 51 77 23 www.ch-st-vaury.fr		

Annexe 10 : Questionnaire de thèse

A – VOTRE PROFIL

1°) Vous êtes :

□ une femme □ un homme

2°) Vous avez :

□ 30 ans ou moins □ 31 à 40 ans □ 41 à 50 ans □ 51 à 60 ans □ 61 ans ou plus

3°) Vous exercez :

□ en Creuse □ en Corrèze □ en Haute-Vienne

4°) Possédez-vous un diplôme spécialisant en addictologie ou alcoologie (capacité, DU, DIU...) ?

□ oui*, merci de préciser lequel :*

□ non

B – REPERAGE DES PATIENTS A RISQUE ALCOOL

5°) A partir de quel âge interrogez-vous vos patients sur leur consommation d'alcool ?

Réponse libre :

6°) Quels patients interrogez-vous sur leur consommation d'alcool *(plusieurs réponses possibles)* :

□ tous (ou presque) □ ceux chez qui vous suspectez un mésusage d'alcool

□ aucun (ou presque) □ ceux qui ont un mésusage d'alcool déjà repéré et connu

7°) Au cours d'une grossesse, abordez-vous la consommation d'alcool :

□ avec toutes les femmes ou presque

□ avec aucune ou presque

□ uniquement lorsque vous suspectez un mésusage d'alcool

8°) D'après vous, quel pourcentage de votre patientèle est dans une problématique de mésusage d'alcool (avec ou sans dépendance)

□ environ 1 % □ 2 à 3 % □ 4 à 10 % □ 11 à 30 % □ 31 % ou plus

9°) Avez-vous des notions sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) en alcoologie ?

□ oui □ non *(RDV question n°11)*

10°) Si oui, avez-vous reçu une formation pratique sur le RPIB ?

□ oui □ non

11°) Utilisez-vous des questionnaires de repérage de la consommation d'alcool (type DETA/CAGE, FACE, AUDIT...) ?

□ oui □ non

12°) Délivrez-vous une information orale sur les risques liés à l'alcool et/ou les seuils à ne pas dépasser ?

□ jamais

□ parfois

□ souvent

□ au moins une fois à chacun de vos patients

13°) Quel(s) support(s) d'information écrit(s) utilisez-vous ?

□ posters visibles par les patients

□ brochures en libre-service

□ brochures remises individuellement

□ aucun

C – SEVRAGE et PREVENTION DES RECHUTES

14°) Pratiquez-vous des sevrages ambulatoires :

□ oui □ non *(RDV question n°18)*

15°) Si oui, quelle(s) molécule(s) utilisez-vous préférentiellement lorsque vous débutez un sevrage ?

16°) En prévention des rechutes, quel médicament utilisez-vous préférentiellement *(une seule réponse)*?

17°) Proposez-vous un sevrage tabagique simultané ?

□ oui □ non

18°) Dans quelle(s) situation(s) adressez-vous votre patient à un spécialiste (psychiatre, addictologue, gastro-entérologue…) ?

□ dès que vous repérez un mésusage d'alcool, avec ou sans dépendance

□ en cas de contre-indication au sevrage ambulatoire

□ après une ou plusieurs rechutes

□ jamais

□ autre :

D - BACLOFENE

19°) Avez-vous déjà prescrit (ou renouvelé) du baclofène à vos patients alcooliques ?

□ oui (*RDV question n°21*)

□ non (*RDV question n°24*)

□ vous en prescriviez avant mais avez décidé d'arrêter (*RDV question n°20*)

20°) Si vous avez arrêté, pour quelle(s) raison(s) ?

□ mauvaise tolérance du traitement ou effet indésirable grave

□ inefficacité du traitement

□ autre :

21°) Sur qui repose généralement l'initiative du traitement par baclofène ?

□ vous

□ un spécialiste (psychiatre, addictologue, gastro-entérologue…)

□ le patient

22°) Vous utilisez le baclofène *(plusieurs réponses possibles)* :

□ après avoir essayé au moins un traitement classique de l'alcoolisme (Revia®, Aotal® ou Esperal®)

□ après avoir tout essayé, en dernier recours

□ il vous arrive de l'utiliser en première intention

23°) Quelle posologie maximale prescrivez-vous ou avez-vous prescrit?

E – POUR CONCLURE

24°) Etes-vous satisfait de la prise en charge de l'alcoolisme chez vos patients :

□ dans moins de 10 % des cas

□ dans 10 à 29 % des cas

□ dans 30 à 49 % des cas

□ dans 50 % des cas ou plus

Merci de votre participation !!!

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.