

Dr Philippe Michaud*, Dr Christine Devos, Dr Hervé Treppoz*****

* Médecin addictologue, Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie, 32, rue Fernand Pelloutier, F-92110 Clichy. Courriel : contact@ippsa.asso.fr

** Médecin du travail, Mutualité sociale agricole du Pas-de-Calais, France

*** Médecin de santé publique, Caisse nationale de la Mutualité sociale agricole, France

Reçu novembre 2007, accepté janvier 2008

Risque alcool et comportement alimentaire

Repérage précoce et interventions brèves en population rurale

Résumé

La Mutualité sociale agricole du Pas-de-Calais organise des consultations de prévention au bénéfice de ses affiliés de 35 à 65 ans. En 2004, elle y a intégré à titre expérimental un protocole d'évaluation des erreurs alimentaires et du risque associé à la consommation d'alcool par le questionnaire AUDIT, suivi d'un conseil diététique intégrant si besoin une intervention brève. Le présent article présente les résultats de l'évaluation de cette activité sur la période d'avril à juillet 2004, évaluation menée au titre du programme "Boire moins c'est mieux" de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). Résultats : selon leur score à l'AUDIT, 13,6 % des hommes de l'échantillon et 3,2 % des femmes présentent une consommation d'alcool dangereuse ; 1,9 % des hommes et 0,3 % des femmes une alcoolodépendance. Les erreurs alimentaires (comportements non conformes aux recommandations du Plan national nutrition-santé) sont statistiquement très liées au niveau de risque pour l'alcool. Les bilans biologiques montrent une fréquence particulièrement élevée de la perturbation de la GGT (26 % des hommes et 12,6 % des femmes), incomplètement expliquée par la relation déclarée à l'alcool. Discussion : les conditions de passation du questionnaire AUDIT, souvent complété avec les diététiciennes, peuvent avoir influencé la sincérité des réponses. Les divergences entre GGT élevée et score à l'AUDIT peuvent être soit expliquées par une sous-déclaration de la consommation d'alcool, soit par une autre cause pour le trouble biologique, par exemple une exposition à un produit agricole hépatotoxique. La réceptivité des consultants aux conseils prodigués est élevée et semble améliorée du fait que l'intervention porte à la fois sur la diététique et sur l'alcool. Conclusion : la population agricole du Pas-de-Calais est particulièrement concernée par les risques nutritionnels et alcool. Le repérage par questionnaire est fai-

Summary

Alcohol risk and eating behaviour. Early detection and brief intervention in a rural population

The Mutualité Sociale Agricole of Pas-de-Calais organizes prevention visits for its members aged 35 to 65 years. In 2004, it experimentally integrated into these visits an evaluation protocol of eating errors and the risk associated with drinking by the AUDIT questionnaire, followed by dietary advice comprising a brief intervention, if necessary. The present article reports the results of the evaluation of this activity for the period from April to July 2004, conducted as part of the "Boire moins c'est mieux" programme organized by the Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA). Results: based on their AUDIT score, 13.6 % of men and 3.2 % of women of the sample presented dangerous drinking; 1.9 % of men and 0.3 % of women an alcohol dependence. Eating errors (eating behaviour not complying with the recommendations of the National nutrition and health plan) were significantly related to alcohol risk. Laboratory tests showed a particularly high frequency of GGT abnormalities (26 % of men and 12.6 % of women), only partly explained by the declared relationship to alcohol. Discussion: the conditions of passage of the AUDIT questionnaire, often completed with dieticians, can influence the sincerity of the replies. Divergences between a high GGT and the AUDIT score can be explained by underdeclaration of drinking, or by another cause for the laboratory disorder, e.g. exposure to a hepatotoxic agricultural product. These subjects presented a high receptivity to advice, which appeared to be improved by the combined intervention on diet and alcohol. Conclusion: the agricultural population of Pas-de-Calais is particularly concerned by nutritional and alcohol risks. Screening by questionnaire is feasible, but its performance has to be verified. Dietary advice integrating

sable, mais sa performance est à vérifier. Le conseil diététique intégrant l'alcool est bien accepté par cette population à haut risque. Une étude complémentaire doit être menée pour expliquer la fréquence de la perturbation de la GGT.

Mots-clés

Alcool – Nutrition – Prévention secondaire – AUDIT – Population agricole – Mutualité – Intervention brève – GGT.

Le présent article a pour vocation de tirer les premières leçons d'une expérience menée depuis 2004 par la Mutualité sociale agricole (MSA) du département du Pas-de-Calais. Cette initiative consiste à utiliser le cadre des bilans de santé gratuits organisés par la MSA pour confier à des diététiciennes le soin de réaliser conjointement un conseil alimentaire et une intervention brève sur le risque alcool. La MSA est en France l'organisme qui, pour les personnes travaillant dans le secteur de l'agriculture et des activités connexes, joue à la fois le rôle de la sécurité sociale (santé, famille, retraite) et de la santé au travail. Elle a mis en place dans l'ensemble du territoire des actions de prévention, dont le contenu est en partie défini en fonction des problématiques locales. Le Pas-de-Calais, département très peuplé (1,441 million d'habitants), a une tradition ouvrière mais aussi agricole forte. La population agricole ne représente que 26 400 actifs, mais les personnes affiliées à la MSA représentent 8,6 % de la population du département. Les problèmes d'alcool sont particulièrement préoccupants dans la région administrative Nord-Pas-de-Calais, qui détient plusieurs records nationaux pour des indicateurs comme les décès par cirrhose hépatique, ou le syndrome d'alcoolisation fœtale (1, 2).

Dans le cadre de ses missions, la MSA du Pas-de-Calais assure pour ses affiliés âgés de 35 à 65 ans des examens de santé gratuits et organisés de façon itinérante dans l'ensemble du département. Mettant à profit ce dispositif, elle a décidé en 2004 de mener une action expérimentale de prévention secondaire de la consommation excessive d'alcool, et pour contribuer à l'organisation de cette action et mener à bien son évaluation, elle a passé convention avec l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) qui, de 2000 à 2006, a porté le programme de diffusion du repérage précoce et de l'intervention brève auprès des consommateurs excessifs d'alcool non dépendants, intitulé "Boire moins c'est mieux" (BMCM) (3, 4). Les outils du repérage utilisés dans ce programme sont soit directement issus des travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme l'AUDIT (5, 6), soit

alcohol is well accepted by this high-risk population. A complementary study must be conducted to explain the frequency of GGT abnormalities.

Key words

Alcohol – Nutrition – Secondary prevention – AUDIT – Agricultural population – Mutualist health insurance – Brief intervention – GGT.

le produit d'une adaptation des outils, comme le FACE (7). Ceux de l'intervention procèdent d'une adaptation française du *Drinkless programme* utilisé par les collègues australiens dans le cadre des études OMS (8-10). Ils s'inspirent des approches cognitivo-comportementale et motivationnelle. Une intervention brève dure, dans cette méthode, de cinq à dix minutes (11). L'ensemble était jusqu'alors essentiellement destiné aux médecins généralistes et aux médecins du travail, mais il a été décidé à cette occasion d'en tester la réalisation par les diététiciennes qui apportent un conseil alimentaire lors des consultations de prévention.

Méthodologie de l'action et de l'évaluation

L'examen de santé de la MSA comporte un certain nombre d'évaluations paracliniques réalisées par une équipe comportant : un accueillant, une infirmière, une technicienne et, dans le cadre de notre action, une diététicienne. Il est suivi 15 jours plus tard par une consultation clinique chez le médecin traitant de l'adhérent, celui-ci faisant la synthèse de tout le bilan préclinique. Renforcé dans sa légitimité par l'existence d'un Programme national nutrition-santé (PNNS) (12), le conseil alimentaire apparaît très utile pour la population du Pas-de-Calais, où l'habitude de manger des pommes de terre frites plusieurs fois par semaine est très répandue. L'action présentée ici a bâti, dans le cadre d'une évaluation des "erreurs alimentaires" (comportements alimentaires ne répondant pas aux recommandations du PNNS), une autre évaluation, celle du risque alcool, afin que les diététiciennes puissent mener conjointement un conseil sur le régime et sur la consommation d'alcool.

Un questionnaire d'évaluation de huit "bonnes pratiques alimentaires" a donc été élaboré (tableau I), auquel a été ajouté l'AUDIT, sous la forme d'un document de quatre pages. Il devait être présenté de façon systématique aux

consultants par le personnel d'accueil, qui avait été formé à la problématique du risque alcool, de son repérage et de son évaluation par les questionnaires. L'AUDIT avait été choisi pour ses qualités intrinsèques, notamment sa capacité à distinguer deux niveaux de troubles et d'intervention, la consommation d'alcool à risque et l'alcoolodépendance, ce qu'aucun autre autoquestionnaire validé en français n'atteint de façon aussi performante. Les diététiciennes ont été formées à l'intervention brève par l'un des auteurs (C. Devos).

L'intervention brève comporte dans cette version trois aspects : informatif, motivationnel et comportemental, et peut être renforcée par l'utilisation de deux livrets réalisés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (13), l'un essentiellement informatif, et l'autre visant à renforcer la motivation au changement et expliquant les méthodes disponibles pour réduire sa consommation. Les références théoriques de cette approche sont le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (14) et l'approche motivationnelle de l'intervention brève résumée dans FRAMES de Bien et Miller (15).

De façon à éviter toute stigmatisation, particulièrement dangereuse dans le petit monde des villages, il avait été décidé que pour tous les consultants, quel que soit leur niveau de risque, serait abordée la consommation d'alcool à partir de la restitution de leur score à l'AUDIT et, sauf demande expresse du sujet, après le conseil alimentaire. En réalisant leur intervention, les diététiciennes devaient compléter un court formulaire leur permettant de quantifier la réceptivité de la personne conseillée.

Afin d'assurer une description de ce dispositif, les données concernant les personnes ayant bénéficié d'un examen de santé gratuit entre le 8 mars et le 29 juin 2004 ont été saisies, et les résultats présentés ci-dessous sont issus de la base de données constituée, qui ne comportait malheureusement aucune donnée sur le tabagisme ni sur les traitements en cours. S'y est ajoutée une évaluation qualitative qui a reposé sur l'observation des modalités de réalisation de l'action, de l'accueil à l'intervention brève, et sur les entretiens menés par l'un des auteurs (P. Michaud) avec les professionnels impliqués dans sa réalisation. Ces entretiens visaient à explorer les perceptions qu'ils se sont forgées sur le bien-fondé de la pratique de l'intervention brève, sur les difficultés de son administration et sur les réactions du public.

Les données issues des questionnaires ont été saisies et rapprochées par le personnel de la MSA des résultats bio-

logiques. Un fichier anonyme a été constitué. L'analyse a été conduite (sous ÉpiInfo) en utilisant les tests classiques pour déterminer la significativité des différences : χ^2 pour les comparaisons de pourcentage, F de Fischer ou H de Kruskal-Wallis pour les comparaisons de moyennes.

Résultats

L'action s'est déroulée selon le protocole prévu. Elle a concerné 1 080 personnes, vues lors de 45 séances, soit en moyenne 24 personnes par séance. À 12 exceptions près, toutes les personnes habitaient le département du Pas-de-Calais. Les hommes représentent 64,8 % des consultants. L'âge moyen est supérieur chez les femmes : 52,1 ans $\pm$ 8,3, contre 49,3 ans $\pm$ 8,2 chez les hommes ($p < 10^{-6}$). Pour certaines analyses nous avons considéré trois tranches d'âge : 35-44 ans, 307 personnes (28,4 %) ; 45-54 ans, 380 personnes (35,2 %) ; 55-65 ans, 393 personnes (36,4 %). Bien que tous issus du monde agricole, les consultants peuvent relever de deux statuts : celui des "exploitants", travailleurs non salariés gestionnaires de leur exploitation (57,5 %), ou celui des "salariés agricoles" (42,5 %). Ces deux groupes sont différents pour l'âge (les exploitants sont plus âgés de 3,7 ans, $p < 10^{-6}$) et le sexe (les femmes sont moins nombreuses chez les salariés, $p = 0,006$).

Questionnaire diététique et problèmes de repérage pour la consommation d'alcool

Le remplissage du questionnaire diététique a été excellent (une seule donnée manquante). Toute réponse "non" était comptée comme une "erreur diététique". La fréquence des différentes erreurs est rapportée dans le tableau I, la fréquence du cumul de ces erreurs dans le tableau II. Le nombre moyen d'erreurs diététiques déclarées était de 2,9 $\pm$ 1,5. Il ne différait pas selon le statut mais était significativement supérieur chez les hommes (3,0 vs 2,5 ; $p < 10^{-6}$) et décroissait avec l'âge : 3,1 pour les 35-44 ans, 2,9 pour les 45-54 ans et 2,6 pour les 55-65 ans ($p = 0,0002$).

Le refus de remplir l'AUDIT est rare (21 refus sur 1 080 personnes, soit 1,9 %, équitablement répartis entre hommes et femmes et selon le statut). Mais les difficultés à répondre au questionnaire sont attestées par le questionnaire rempli par les diététiciennes : 375 personnes leur ont déclaré une telle difficulté, soit 34,7 % de l'échantillon, sans différence selon le sexe ou le statut MSA, et avec une différence liée à l'âge, significative sur le plan statistique mais sans intérêt clinique (un an de plus en moyenne chez

Tableau I : “Bonnes pratiques alimentaires” et “erreurs diététiques”

			Nombre d'erreurs (N = 1 080)	%
1. Je fais au moins trois repas par jour	Oui ☐	Non ☐	47	4,4
2. Je mange des végétaux (légumes, fruits) aux deux principaux repas	Oui ☐	Non ☐	206	19,1
3. Je bois un litre d'eau par jour ou plus	Oui ☐	Non ☐	295	27,3
4. Je prends au moins trois produits laitiers (lait, yaourt, fromage blanc, fromage...) par jour	Oui ☐	Non ☐	394	36,5
5. Je prends de la viande au maximum une fois par jour, pas davantage	Oui ☐	Non ☐	385	35,6
6. Au repas, j'évite d'associer viande et fromage	Oui ☐	Non ☐	589	54,5
7. Je mange du poisson au moins deux fois dans la semaine	Oui ☐	Non ☐	818	75,7
8. Je consomme moins d'une demi-plaquette de beurre par semaine (soit 125 grammes)	Oui ☐	Non ☐	325*	30,1

* 1 donnée manquante.

Tableau II : Cumul d'erreurs diététiques

(N) erreur(s)	Effectif	%
0	66	6,1
1	138	12,8
2	239	22,2
3	296	27,4
4	197	18,3
5	102	9,5
6	32	3,0
7	7	0,8
8	2	0,2
Total	1 079	100

ceux qui ont éprouvé de la difficulté au remplissage). On a créé pour l'analyse trois classes de situation vis-à-vis de l'alcool, conformément à l'étude de validation de la version française :

- consommation à faible risque ou abstinence (scores AUDIT de 0 à 6 pour les hommes, de 0 à 5 pour les femmes) ;
- consommation à risque élevé (de 7 à 12 ou de 6 à 12) ;
- dépendance (pour tout score supérieur à 12). Il y avait très peu de données manquantes (17 dossiers), ce qui s'explique par le fait que les diététiciennes complétaient habituellement les questionnaires incomplets avec les patients.

La distribution du risque dans la population fait l'objet du tableau III. Pour l'analyse des liens entre la classe pour l'AUDIT et les autres données, nous avons regroupé les classes 2 et 3 (risque élevé et dépendance, groupe que

nous appelons maintenant “consommateurs excessifs”) de façon à avoir un effectif suffisant dans chaque groupe et dans les deux sexes. Nous avons retrouvé des liens statistiques entre la consommation d'alcool et de nombreuses variables cliniques et biologiques. Nous n'évoquerons que celles qui concernent l'alimentation et les données associées. On trouve une plus forte représentation des buveurs chez les 45-54 ans ($p = 0,01$).

Presque toutes les “erreurs diététiques” (sauf la faible consommation de poissons) sont statistiquement associées à l'appartenance au groupe “consommateurs excessifs” (tableau IV). Au total, les “consommateurs excessifs” déclarent beaucoup plus d'erreurs diététiques : en moyenne 3,66 contre 2,77 ($p < 10^{-6}$). Mais si le lien est très fort chez les hommes (3,8 vs 2,8 ; $p < 10^{-6}$), on ne le retrouve pas chez les femmes ($p = 0,74$). On ne retrouve de lien avec le poids que chez les hommes : les “consommateurs excessifs” sont significativement plus lourds (85,2 kg vs 81,2 kg ; $p = 0,005$). Il en est de même avec l'indice de masse corporelle (IMC), qui ne diffère que chez les hommes, les “consommateurs excessifs” ayant un IMC plus élevé (0,243 vs 0,233 ; $p = 0,007$). La pression artérielle n'est pas différente dans les deux groupes.

Il existe des variables hématologiques statistiquement associées à l'appartenance au groupe “consommateurs excessifs” : l'hémoglobine est chez eux plus élevée (14,7 vs 14,3 ; $p = 0,0001$) ; comme l'hématocrite (43,6 vs 42,3 ;

Tableau III : Répartition du risque alcool dans l'échantillon et la population, selon le résultat de l'AUDIT

Classe	Hommes			Femmes		
	N	%	IC 95 %	N	%	IC 95 %
Consommation à faible risque ou abstinence	592	84,6	81,9-87,3	371	96,6	94,8-98,4
Consommation à risque élevé	95	13,6	11,1-16,1	12	3,2	1,4-5,0
Dépendance	13	1,9	0,9-2,9	1	0,3	0-0,8
Total	700	100,0		384	100,0	

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Tableau IV : Alcool et erreurs diététiques

Fréquences des erreurs diététiques	Buveurs excessifs ou dépendants	Abstinentes ou faible risque	p
1. Moins de trois repas par jour	7,4 %	4,0 %	0,09
2. Pas assez de végétaux	28,1 %	18,2 %	0,009
3. Moins d'un litre d'eau par jour	37,2 %	26,5 %	0,01
4. Moins de trois produits laitiers par jour	50,4 %	35,3 %	0,001
5. Plus de deux plats de viandes par jour	56,2 %	33,6 %	10-6
6. Associe viande et fromage	67,8 %	53,8 %	0,004
7. Mange du poisson moins de deux fois par semaine	24,7 %	20,7 %	NS
8. Plus de 125 grammes de beurre par semaine	39,7 %	29,4 %	0,02

Tableau V : Perturbations de la GGT, selon la classe alcoologique

GGT supérieur à la normale	Hommes			Femmes		
	Classe AUDIT		Total	Classe AUDIT		Total
	1	2 + 3		1	2 + 3	
Non	457 (77,2 %)	61 (56,5 %)	518 (74 %)	321 (87,5 %)	11 (84,8 %)	332 (87,4 %)
Oui	135 (22,8 %)	47 (43,5 %)	182 (26 %)	46 (12,5 %)	2 (15,2 %)	48 (12,6 %)
Total	592	108	700	367	13	380

p = 0,0001), le VGM (91,1 vs 89,1 ; p = 10⁻⁶) et le nombre de globules blancs (6 712 vs 6 146 ; p = 0,008). On retrouve également des différences dans les résultats biochimiques : glycémie ("consommateurs excessifs" : 5,8 mmol/l vs 5,3 ; p < 10⁻⁶), créatinine (86,5 mmol/l vs 83,1 ; p = 0,01), triglycérides sanguins (1,36 mmol/l vs 1,13 ; p = 0,0002), cholestérol total (5,97 mmol/l vs 5,71 ; p = 0,006), LDL-cholestérol (3,85 mmol/l vs 3,68 ; p = 0,04). On ne retrouve pas de lien statistique pour le HDL-cholestérol. La GGT est plus élevée chez les "consommateurs excessifs" (65,4 vs 40,7 ; p = 0,002). Le tableau V définit les répartitions des GGT élevées entre les deux classes de repérage de l'AUDIT "consommation à faible risque" et "consommation à risque ou dépendance". On note la place très importante des GGT perturbées, et notamment chez les personnes qui ne sont pas désignées comme "consommateurs excessifs" par l'AUDIT, même si le pourcentage de GGT perturbées est nettement plus élevé chez ces derniers (p < 10⁻⁵).

L'évaluation de l'intervention

Les diététiciennes ont évalué l'impact de leurs interventions selon des grilles comparables pour l'intervention diététique et pour l'intervention alcool. Elles pouvaient choisir huit modalités de réponse : de 1 (refus/non réceptif) à 6 (désir de changer/très réceptif) ; 9 : non concerné et 0 : intervention non réalisée. L'intervention diététique a été évaluée par les diététiciennes elles-mêmes, qui ont noté la

réceptivité du consultant (tableau VI). Celle-ci diffère très significativement selon le sexe (plus élevée chez les femmes, score moyen 4,9 ± 1,2 vs 4,2 ± 1,4 ; p < 10⁻⁸). L'intervention alcool a été décrite a posteriori par les diététiciennes et cotée selon le degré d'engagement qu'elles percevaient chez le consultant, elles-mêmes adaptant leur attitude selon celle de leur interlocuteur : sauf refus d'aborder la question, le conseil s'achevait sur la remise d'un livret, soit le livret d'information sur le risque pour les personnes non déterminées à changer (*Pour faire le point sur votre consommation d'alcool*), soit le livret de conseil pour mettre en œuvre le changement, pour celles qui affirmaient à l'issue de l'intervention avoir le désir de réduire leur consommation (*Pour réduire votre consommation d'alcool*). À l'une comme à l'autre de ces deux situations, il était possible d'ajouter une appréciation du pronostic, en cotant 2 ou 3 dans le premier cas, 4, 5 ou 6 dans le second.

La réceptivité à l'intervention alcool n'est pas corrélée au score de l'AUDIT, et elle n'est pas différente selon le sexe, le statut professionnel ou l'âge. La consultation médicale secondaire est attestée pour 435 personnes au moment de l'évaluation (arrêtée au 18 août, soit sept semaines après la dernière séance de juin), soit 40,3 % des personnes s'étant présentées au bilan.

L'évaluation qualitative s'est principalement fondée sur l'observation de la procédure, notamment des entretiens menés par les diététiciennes et sur un entretien en profondeur avec ces dernières. Neuf entretiens ont été observés.

Tableau VI : Résultat des interventions

Intervention diététique			Intervention sur l'alcool		
Évaluation de l'impact	N	%	Évaluation de l'impact	N	%
Effectif	1 080		Effectif	1 080	
Données manquantes	81		Données manquantes	86	
Non concerné	38		Non concerné	811	
Intervention non réalisée	3		Intervention non réalisée	4	
Réceptivité évaluée par les diététiciennes			Résultat rapporté par les diététiciennes		
1 : refus de l'intéressé	30	3,1	1 : refus de l'intéressé	18	10,1
2	77	8,0	2 : livret "faire le point"*	24	13,4
3	98	12,2	3 : idem + positif	46	25,7
4	238	24,9	4 : livret "réduire"**	45	25,1
5	229	13,9	5 : idem + positif	23	12,8
6 : très réceptif	286	29,9	6 : très réceptif/motivé	23	12,8
Total	958	100		179	100

* "Alcool : pour faire le point sur sa consommation".

** "Alcool : pour réduire sa consommation".

Les éléments de l'intervention brève les plus fréquemment utilisés concernent les aspects informatifs (verre standard, seuils de risque, quelquefois contenu du risque attaché à la consommation excessive d'alcool, notamment risque routier).

La technique relationnelle comportait peu d'éléments motivationnels et beaucoup de caractérisations normatives du type "un homme est autorisé à boire 21 verres par semaine" ou "c'est correct". Les questions ouvertes sont assez rares. Le caractère empathique de l'entretien est cependant souvent perceptible, et les discours des patients comportent quelques éléments d'engagement dans le changement. La remise de l'un des deux livrets n'est pas systématique pour les personnes dont le score indique un faible niveau de risque, alors qu'elle pourrait quelquefois se justifier pour les situations limites (comme le patient minimisant son risque).

L'entretien avec les diététiciennes explique en grande partie les éléments observés : avant de commencer l'action, les deux diététiciennes n'avaient de formation spécifique ni à l'intervention brève ni à l'entretien motivationnel. C'est l'un des auteurs (C. Devos) qui les avait formées au contenu de l'intervention, sur la base des documents pédagogiques produits par BMCM. Elles regrettaient toutes deux de ne pas avoir bénéficié d'une formation plus approfondie et structurée, mais se sentaient malgré tout assez à l'aise avec leur tâche de conseil. L'une d'elles exerçait également dans un centre de consultation en alcoologie. Elles avaient une connaissance suffisante, de leur point de vue, sur l'alcoolodépendance, mais avaient été jusqu'à l'action moins sollicitées par des personnes consommatrices excessives d'alcool. Elles avaient le sentiment de bien distinguer les deux problématiques.

Dans l'interaction pendant l'intervention, elles éprouvaient une certaine tension sur le temps (comment faire tenir tout ça en dix à 15 minutes ?), qui disparaissait si la personne était très réceptive. Elles remettaient le livret selon cette perception de la réceptivité du patient – au *feeling* – car elles se sentaient mal à l'aise si le patient déclinait l'offre. De même, elles exprimaient de la frustration "de ne pas pouvoir les aider un peu plus".

Pour retenir d'autres éléments d'appréciation, signalons un accueil des patients assuré de façon très conviviale, l'ambiance rendue agréable par la présence chaleureuse de l'accueillant qui expliquait les différentes étapes du bilan de santé et donnait les questionnaires à remplir. Pour ce que nous avons pu voir, le circuit entre les différents temps de l'examen de santé se déroulait harmonieusement, aucune agressivité liée à l'attente n'était perceptible. La confidentialité des réponses était assurée, puisque c'était les patients eux-mêmes qui rendaient leur questionnaire aux diététiciennes. Aucune stigmatisation n'était possible dans ces conditions.

18 mois après le début de l'action, celle-ci a fait l'objet de nombreux commentaires dans le réseau de la MSA du Pas-de-Calais. L'acceptabilité est établie aussi bien du côté des consultants que des correspondants de la consultation de prévention, notamment les médecins généralistes.

Discussion

Stratégie de repérage

La consommation d'alcool a pu dans cet échantillon être évaluée par le questionnaire AUDIT. Ses conditions de

remplissage (en salle d'attente, en même temps que le questionnaire diététique, au moment de l'accueil des assurés sur le lieu même du bilan de santé) ont rendu manifestement acceptable l'interrogation systématique sur la consommation d'alcool (1,9 % de refus de remplir le questionnaire). Les personnes qui ont refusé de remplir le questionnaire ne sont pas différentes des autres en ce qui concerne les marqueurs biologiques habituellement rapportés à une consommation excessive d'alcool (GGT, VGM, triglycérides), et on ne peut donc pas induire qu'il s'agit de patients alcoolodépendants dans le déni (ni le réfuter).

Par contre, un tiers des consultants semble avoir éprouvé de la difficulté à remplir l'AUDIT. Cette difficulté était attendue par les personnes sur le terrain, mais elle est observée à une fréquence très supérieure à ce qui est mesuré dans des populations comparables, notamment en médecine du travail (16, 17). Quoi qu'il en soit, 10 % de l'échantillon ayant pratiqué l'examen de santé avait un score compatible avec un mésusage sans dépendance et donc relevait de l'intervention brève selon le score à l'AUDIT. On retrouve cependant ici, et c'est loin d'être le cas dans d'autres études réalisées en France ou à l'étranger, une fréquence très supérieure de l'élévation de la GGT (21,3 % de l'échantillon). On doit donc discuter ici de la discordance de ces résultats.

La GGT est un instrument ancien de repérage de la consommation excessive d'alcool, dont la sensibilité dépend du diagnostic de référence – alcoolodépendance ou consommation excessive – et de comment est définie cette dernière (combien de grammes par jour, par exemple). Sa spécificité est également soumise à la définition du diagnostic de référence, mais elle est influencée par les autres causes de troubles hépatiques, qui sont nombreux. Les perturbations constatées ici ne sont pas majeures, car dans 161 cas sur 230 (70 %) le taux est compris entre une fois la limite supérieure de la normale et deux fois cette limite. Il est toutefois notable que sur les 69 personnes dont la GGT est

supérieure à ce dernier seuil, 51 sont classées par l'AUDIT "abstinentes ou à faible risque". Deux interprétations sont donc envisageables :

- une autre cause d'augmentation de la GGT que l'alcool, qui pourrait être spécifique à ce milieu professionnel (et parmi celles-ci, il paraît important d'évoquer la toxicité des produits de traitement des sols et des cultures, qui sont fréquemment inhalés par les agriculteurs) ;
- un phénomène de sous-estimation déclarative, qui pourrait être amplifié par le remplissage, une fois sur trois, dans l'entretien mené par l'intervenante dans un système de questions fermées.

Cela peut jouer en faveur d'une sous-déclaration, notamment chez les dépendants et parce que les questions 4 à 10 de l'AUDIT concernent les conséquences d'une alcoolisation excessive, et peuvent ainsi mettre en action les mécanismes de défense de type déni. L'observation d'un entretien pendant la journée d'évaluation conforte cette hypothèse.

Nous n'avons pas d'information sur les médicaments pris par les répondants. Cependant leur poids est connu, et le poids et l'IMC sont très liés aux niveaux de GGT, particulièrement chez les hommes (tableau VII). La relation entre le surpoids et l'augmentation de la GGT est relevée dans d'autres études (18, 19). L'implication de produits phytosanitaires est possible, mais nous avons ici peu d'éléments qui nous permettent de la discuter ici. L'un des auteurs (H. Treppoz) a relevé dans les statistiques nationales de la MSA une fréquence des anomalies de la GGT à des niveaux identiques dans presque toutes les régions de France. Une étude spécifique, avec une attention particulière sur les expositions professionnelles, devrait à notre sens être entreprise, eu égard au risque élevé que cette anomalie suggère dans cette population.

Sans qu'il soit donc possible de trancher entre les deux hypothèses, d'ailleurs non exclusive, pour expliquer la fréquence des discordances entre AUDIT et GGT, on peut relever cependant que les fréquences de la consommation

Tableau VII : liens entre poids et anomalies de la GGT

GGT augmentée	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Poids moyen (kg) (± DS)	N	H* (p)	Poids moyen (kg) (± DS)	N	F** (p)	Poids moyen (kg) (± DS)	N	F** (p)
Non	80,7 (14,1)	518	21,3	66,0 (11,4)	332	3,5	75,6 (14,5)	850	38,1
Oui	85,1 (11,8)	182	(< 10 ⁻³)	72,0 (12,7)	48	(0,06)	82,2 (13,3)	230	(10 ⁻⁶)
Total		700			380			1 080	

* Test H de Kruskal-Wallis.

** Test F de Fisher (analyse de variances).

excessive et de la dépendance, repérées par l'AUDIT dans cet échantillon, sont proches (supérieures, mais de façon non significative) de ce qu'elles sont en population salariée non agricole (figure 1).

Alcool et alimentation

Le rapprochement des données concernant l'alimentation avec le score AUDIT montre que chez les consommateurs à risque il existe des modes alimentaires associés qui peuvent jouer un rôle dans les troubles biologiques puis cliniques qui sont attribués à l'excès d'alcool. Il a déjà été établi qu'en France la consommation de sel était fortement corrélée à la consommation d'alcool (20). L'influence causale de l'alcool sur certaines données biologiques n'est guère douteuse, d'autres liens statistiques constatés sont probablement liés à des facteurs de confusion, comme le tabac (taux d'hémoglobine, hémocrite, nombre de globules blancs), et nos données ne nous permettent pas de distinguer le rôle propre de l'alimentation et de l'alcool dans les perturbations des bilans glucidiques et lipidiques.

Les enjeux d'une expérience originale : une fraction de la population à très haut risque

L'Europe est la région du monde où la consommation excessive d'alcool est la plus élevée, et la France l'un des pays de ce continent qui compte le plus de pathologies liées à la consommation d'alcool, malgré la décroissance régulière de la consommation moyenne qui y est observée depuis 1950 (de 20 litres par an et par adulte de plus de 15 ans en 1950 à 9,7 litres en 2003) (21). Il existe plusieurs causes à ce maintien d'un niveau élevé de morbidité, dont la plus évidente est le délai d'apparition des maladies secondaires à l'alcoolisation, et cela est vérifiable par la décroissance des incidences des décès par cirrhose du foie et par cancers ORL, qui n'a commencé de façon sensible qu'à la fin des années 1960 (22). Un autre élément d'explication est la persistance en France d'une très grande disparité géographique et sociologique vis-à-vis de la consommation d'alcool, disparité qui peut rendre compte à la fois de la décroissance globale et du maintien à un niveau élevé de la morbidité, celle-ci concernant particulièrement les groupes humains les plus résistants aux évolutions des comportements.

Ainsi, il existe quatre déterminants aisément repérables qui influencent la distribution de la consommation d'alcool et des dommages consécutifs :

1 – Le genre : c'est le déterminant le plus puissant car, quels que soient les critères pour juger du niveau de consommation et quel que soit l'âge, les hommes boivent plus que les femmes et paient un tribut en termes de mortalité cinq fois plus élevé que celles-ci (en France, 38 000 morts attribuables par an contre 7 000) (23).

2 – L'âge : il est plus complexe car il associe au moins trois effets, celui du changement d'habitudes avec l'âge, celui du renouvellement des générations et celui des pathologies liées aux comportements sur l'espérance de vie. Les consommateurs excessifs d'alcool, qu'ils soient ou non dépendants, sont l'objet d'une mortalité prématurée et si, apparemment, les personnes âgées boivent moins, c'est aussi parce que les plus forts consommateurs meurent plus tôt : en Europe, selon l'OMS, l'alcool est la seconde cause de mortalité prématurée si on compte en nombre de décès, mais la première si on compte en années de vie perdues (24) ; et en France, 18 % des décès d'hommes et 10 % des décès de femmes entre 45 et 54 ans sont attribuables à l'alcool, et un quart des décès masculins entre 45 et 64 ans, dans un pays où l'espérance de vie des hommes est aujourd'hui de 77 ans et celle des femmes de 83 ans (22).

3 – La condition sociale

. Les disparités dans l'état de santé liées à la condition sociale sont particulièrement élevées en France, et l'on estime que la moitié de la différence observée entre l'espérance de vie des ouvriers et employés et celle des cadres en France est associée à la consommation d'alcool et de tabac (25). C'est cependant surtout chez les hommes que l'on observe un gradient net de prévalence des problèmes d'alcool selon le niveau de revenus (26).

. Les agriculteurs exploitants sont la catégorie sociale qui a la meilleure espérance de vie à 35 ans après les cadres et les professions libérales (27).

4 – La région : la disparité de la consommation entre région est très connue, et elle prend un aspect à la fois qualitatif et quantitatif.

. Si le vin est la boisson de référence culturelle dans la plus grande partie du pays, certaines régions utilisaient plus traditionnellement la bière et le cidre.

. La Bretagne, la Normandie et le Nord-Pas-de-Calais sont les plus fortes consommatrices d'alcool de France métropolitaine, et l'ensemble des dommages liés à l'alcool y excèdent de façon très significative les moyennes nationales (28) (figure 2).

L'ensemble de ces éléments nous fait considérer que l'action menée par la MAS du Pas-de-Calais concerne une population particulièrement susceptible de présenter une prévalence élevée de consommation excessive d'alcool, et de dommages secondaires.

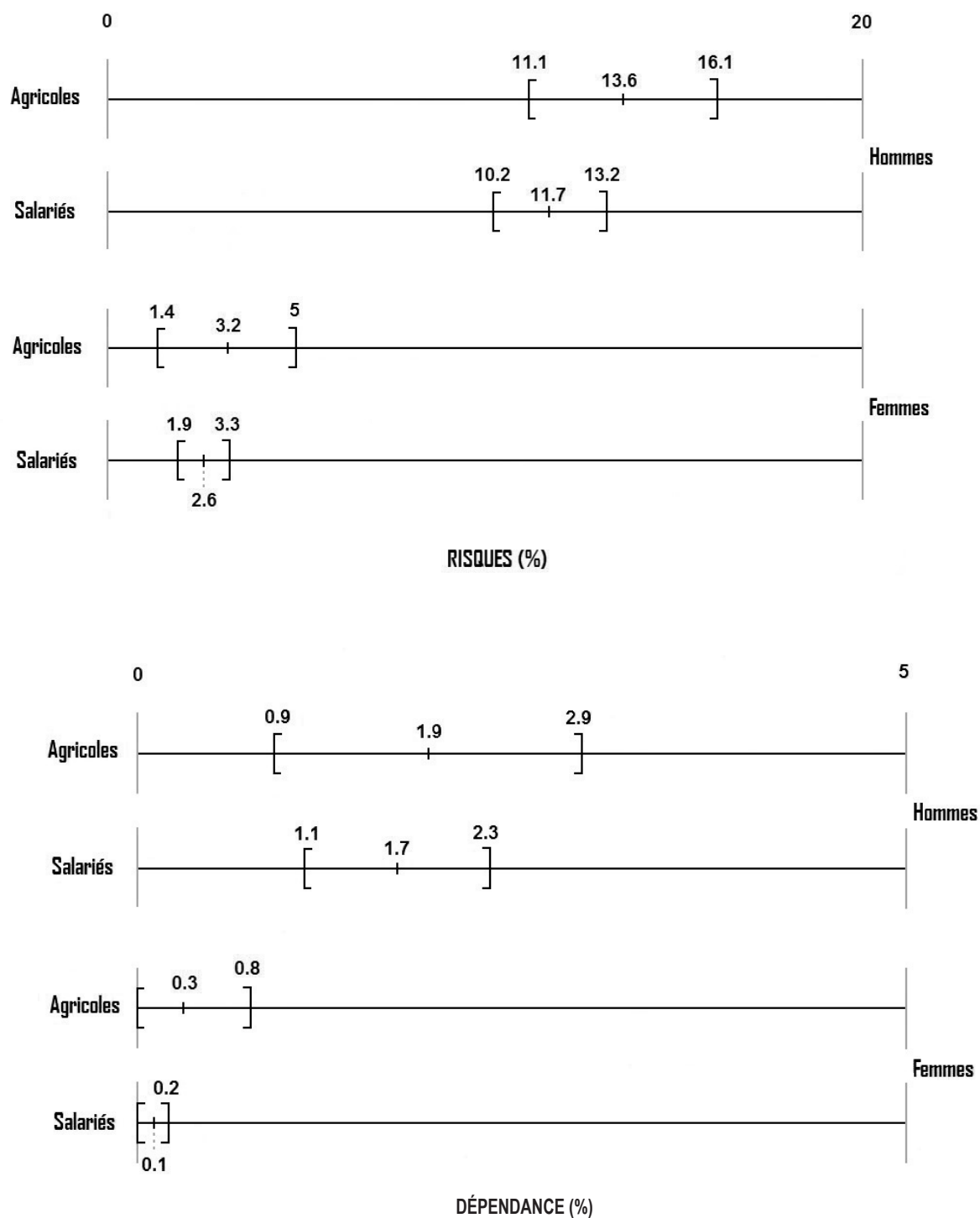
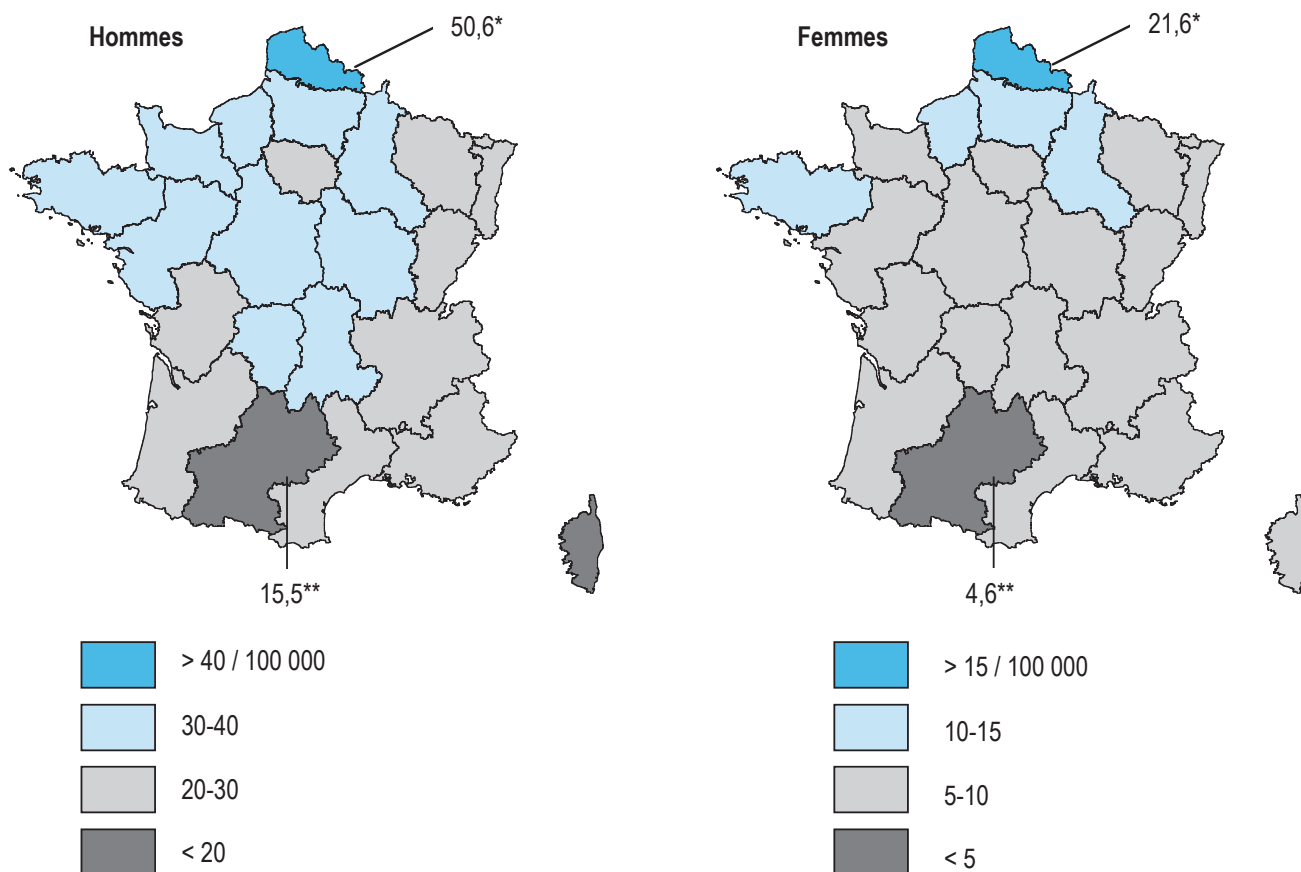


Figure 1. – Comparaison des fréquences de consommation à risque et de dépendance (selon le score AUDIT) dans deux études françaises en médecine préventive.



Taux moyen national : Hommes : 27,8 / 100 000, Femmes : 8,7 / 100 000.

* Taux régional le plus élevé.

** Taux régional le plus bas.

Figure 2. – Taux de mortalité standardisés par cirrhose du foie (28).

Conclusion

Une première expérience d'intervention brève "multifocale"

La fréquence de l'association entre de nombreux facteurs de risque est connue depuis longtemps, elle a même été mesurée aux États-Unis, où, parmi les quatre facteurs de risques suivants : consommation excessive d'alcool, tabagisme, obésité, défaut d'activité physique, 57,4 % de la population de plus de 18 ans en présentent deux ou plus (17 % trois et 3 % les quatre) (29). Cela a fait naître un débat dans le milieu de la médecine préventive. On sait en effet l'efficacité des interventions brèves en matière de consommation excessive d'alcool, mais ne doit-on pas étendre le champ de l'intervention à l'ensemble des com-

portements à modifier? Cette suggestion pose de nombreuses questions auxquelles cette étude n'est pas à même de répondre, comme celle de la durée, du style relationnel, de l'efficacité d'une intervention qui ne serait plus centrée sur un comportement, mais sur l'ensemble du mode de vie. Ce que l'expérience du Pas-de-Calais permet de dire, de façon pragmatique, c'est qu'une intervention portant à la fois sur les comportements alimentaires et sur la consommation d'alcool est faisable et acceptable, et qu'elle peut légitimement être confiée à des diététiciennes.

L'action menée par la MSA du Pas-de-Calais a manifestement rencontré le public auquel elle s'adresse. Les choix stratégiques (lien avec le conseil diététique, évaluation initiale par questionnaire, restitution et conseil auprès de tous, confié aux diététiciennes) ont été en partie validés, mais une réflexion doit s'engager pour simplifier la procédure du

repérage, de façon que les diététiciennes n'engagent pas leur entretien sous la forme d'un interrogatoire, comme l'y poussaient les difficultés de remplissage de l'AUDIT : cela va en effet à l'encontre des principes de l'approche motivationnelle. L'AUDIT-C (questionnaire formé par les trois premières questions de l'AUDIT) (30) pourrait être une alternative, mais n'est pas validé en français, et son usage dans les autres langues européennes montre des interprétations discordantes. Le FACE, qui est un hétéroquestionnaire, pourrait faire l'objet d'une enquête de validation en autoquestionnaire et en représenter une autre.

La poursuite de l'expérience s'appuiera sur un travail d'amélioration du savoir-faire relationnel des intervenantes, et sur la mobilisation des médecins généralistes que la restitution du bilan et de l'intervention permet d'associer à une véritable dynamique communautaire. ■

Remerciements. – Les auteurs souhaitent remercier M. Jean-Pierre Lemaire, de la MSA du Pas-de-Calais, pour son aide dans le traitement des données, l'équipe du CépIdc-INSERM et le Dr Éric Jouglu pour nous avoir transmis un tableau actualisé des données de mortalité par région, et Mme Virginie Dorvault, documentaliste du programme BMCM, pour les cartes et les figures.

P. Michaud, C. Devos, H. Treppoz

Risque alcool et comportement alimentaire. Repérage précoce et interventions brèves en population rurale

Alcoologie et Addictologie 2008 ; 30 (3) : 229-239

Références bibliographiques

- 1 - Michel E, Drouard S, Le Toullec A, Hatton F. Mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique. Situation en 1993 et tendances évolutives. In : Got C, Weill J. L'alcool à chiffres ouverts. Consommations et conséquences : indicateurs en France. Chap. 7. Paris : Seli Arslan, 1997 : 131-187.
- 2 - Dehaene P, Samaille-Villette C, Boulanger-Fasquelle P, Subtil D, Delahousse G et al. Diagnostic et prévalence du syndrome d'alcoolisme foetal en maternité. *La Presse Médicale* 1991 ; 20 : 1002.
- 3 - Michaud P, Dewost AV, Fouilland P. "Boire moins c'est mieux" : comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins ? *La Presse Médicale* 2006 ; 35 : 831-839.
- 4 - Michaud P, Dewost AV, Fouilland P, Arfaoui S, Fauvel G. France. In : Heather N. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care: Report on phase IV: Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. Geneva : World Health Organization, 2006 : 131-144 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf).
- 5 - Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JF, Grant M. Development of the Alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumptions-II. *Addiction* 1993 ; 88 : 791-804.
- 6 - Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O et al. The alcohol use disorder identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res* 2005 ; 29 (11) : 2001-2007.
- 7 - Arfaoui S, Dewost AV, Demortière G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire "FACE". *Rev Prat Méd Gén* 2004 ; 18 : 201-205.
- 8 - Gornell MK, Saunders JB, Burns L, Hardcastle DM, Sumich M. Dissemination of early intervention for harmful alcohol consumption in general practice. *Health Promotion J Australia* 1994 ; 4 : 65-69.
- 9 - INPES. Alcool, ouvrons le dialogue : faire le point. Vanves : INPES, 2002 (<http://www.cfes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/475.pdf>).
- 10 - INPES. Alcool, ouvrons le dialogue : réduire sa consommation. Vanves : INPES, 2002 (<http://www.cfes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/476.pdf>).
- 11 - Michaud P, Batel P, Gache P, Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *Rev Prat Méd Gén* 2003 ; 17 : 281-289.
- 12 - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé. Programme national Nutrition Santé 2001-2005. Paris : Ministère de l'emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé, 2001.
- 13 - INPES. Alcool : ouvrons le dialogue (Dossier). Vanves : INPES, 2001 (<http://www.inpes.sante.fr>).
- 14 - Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983 ; 51 : 390-395.
- 15 - Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993 ; 88 : 315-336.
- 16 - Demortière G, Michaud P, Dewost AV. Consommation excessive d'alcool chez les salariés : du repérage précoce à la prise en charge. Évaluation après formation de 40 médecins du travail au repérage et à l'intervention. *Documents pour le médecin du travail* 2005 ; 102 : 215-223.
- 17 - Kunz V, Michaud P, Toubal S, Lobban G, Demortière G. Risque alcool en milieu de travail. Repérage systématique à l'aide de l'AUDIT (étude EIST-f). *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (4) : 317-326.
- 18 - Puukka K, Hietala J, Koivisto H, Anttila P, Bloigu R, Niemelä O. Additive effects of moderate drinking and obesity on serum gamma-glutamyl transferase activity. *Am J Clin Nut* 2006 ; 83 (6) : 1351-1354.
- 19 - Seitz HK. Additive effects of moderate drinking and obesity on serum gamma-glutamyl transferase. *Am J Clin Nut* 2006 ; 83 (6) : 1252-1253.
- 20 - Van de Walle JP, Delahaye F, Pierrard B, Milon H. Consommation d'alcool et consommation de sel : deux variables étroitement liées. *La Presse Médicale*, 1991 ; 20 (31) : 1491-1493.
- 21 - World Advertising Research Center. World drink trends 2005. Henley-on-Thames : WARC, 2005.
- 22 - INSERM. Alcool : effets sur la santé. Expertise collective. Paris : La Documentation française, 2001.
- 23 - Hill C. Alcool et risque de cancer. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2000 ; 30 : 14-18.
- 24 - Organisation Mondiale de la Santé. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Genève : OMS, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en/index.html>).
- 25 - Jouglu É, Rican S, Pequignot F, Le Toullec A. Disparités sociales de mortalité. *Rev Prat* 2004 ; 54 (20) : 2228-2232.
- 26 - Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France comporte néanmoins des faiblesses structurelles et est menacée de détériorations. In : Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France. Rapport général. Paris : La Documentation française, 1994 : 75-171.
- 27 - Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France. II – Les inégalités et disparités de santé en France. Paris : La Documentation française, 2002.
- 28 - CépIdc-INSERM. Taux de mortalité standardisés régionaux par sexe, pour les cancers des VADS et psychoses et cirrhoses alcooliques. Années de 2001 à 2003. Le Vésinet : CépIdc-INSERM, septembre 2006.
- 29 - Fine LJ, Stephane Philogene G, Gramling R, Coups EJ et al. Prevalence of multiple chronic Disease risk factors. 2001 National health survey. *Am J Prev Med* 2004 ; 27 (2S) : 18-24.
- 30 - Bush K, Kivlahan DR, McDonnell M.B., Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C). *Arch Intern Med* 1998 ; 158 : 1789-1795.