

Dr France Gayaudon*, Dr Pierre Sazerat**, Pr Pierre-Marie Preux***

* Médecin généraliste libéral, 14, place de La République, F-87400 Saint-Léonard-De-Noblat. Courriel : france.gayaudon@gmail.com

** Praticien hospitalier, Pôle addictologie, CH Esquirol, Limoges, France

*** Responsable du Centre d'épidémiologie, de biostatistique et de méthodologie de la recherche, CHU de Limoges, France

Reçu mars 2015, accepté décembre 2015

Mésusage d'alcool

Enquête sur les pratiques des médecins généralistes du Limousin

Résumé

Objectif : observer les pratiques des médecins généralistes du Limousin dans les mésusages d'alcool par rapport aux recommandations en vigueur en 2013. **Méthodes** : enquête basée sur un questionnaire complété par 365 médecins généralistes du Limousin. **Résultats** : 18,1 % des répondants interrogent tous les patients sur leur consommation d'alcool. 9,9 % utilisent les questionnaires de repérage. 57,3 % effectuent des sevrages ambulatoires, 15,0 % proposant un sevrage tabagique simultané. Pour le sevrage, les benzodiazépines ne sont utilisées que dans 45,0 % des cas et, dans de nombreux cas, un réducteur de l'appétence est instauré dès le début du sevrage (acamprosate dans 58,0 % des cas). L'acamprosate est également la molécule la plus utilisée en prévention des rechutes (31,1 %). Comparativement aux autres praticiens, ceux formés au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB), soit 8,5 % de notre population, dépistent plus systématiquement les femmes enceintes ($p = 0,001$), utilisent davantage les questionnaires de repérage ($p = 0,001$) et proposent plus souvent un sevrage tabagique simultané ($p = 0,014$). **Discussion** : les pratiques semblent perfectibles sur plusieurs points : dépistage, information du patient, sevrage tabagique simultané, etc. Les praticiens formés au RPIB semblent avoir une pratique plus proche des recommandations, encourageant son développement dans la région.

Mots-clés

Mésusage d'alcool – Repérage précoce et intervention brève – Médecine générale – Limousin – Baclofène.

Summary

Alcohol use disorder. Survey of general practitioners' practices in Limousin region

Purpose: observing whether General practitioners (GPs) in the French region Limousin were treating their patients with alcohol use disorders in accordance with recommendations in force in 2013. **Methods**: survey based on a questionnaire filled in by 365 GPs from Limousin. **Findings**: 18.1% of the respondents ask each patient about their alcohol consumption. 9.9% declared that they use screening questionnaires. 57.3% provide ambulatory withdrawal and, among them, 15.0% also propose a concomitant tobacco withdrawal. For withdrawal, benzodiazepines are only used in 45.0% of cases, and in many cases an anti-craving drug is prescribed at the beginning of withdrawal (acamprosate in 58.0% of cases). Acamprosate is also the main drug used to prevent relapsing (31.1%). Compared to the others, GPs who have been trained in alcohol screening and brief intervention (8.5% of our population) seem to ask pregnant women about their alcohol consumption more consistently ($p = 0.001$), use more screening questionnaires ($p = 0.001$) and propose a concomitant tobacco withdrawal more often ($p = 0.014$). **Interpretation**: several things in practices can be improved: alcohol screening, patient's information, concomitant tobacco withdrawal, etc. Practices of the GPs who have been trained in alcohol screening and brief intervention seem to be closer to recommendations, which is an argument to support its development.

Key words

Alcohol use disorder – Alcohol screening and brief intervention – General practice – Limousin – Baclofen.

D'après le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé publié en 2014 (1), l'usage nocif d'alcool serait directement ou indirectement impliqué dans 5,9 % des décès à l'échelle mondiale. 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 cinq millions de sujets, dont environ deux millions d'alcoolodépendants. L'alcool est la substance psychoactive la plus utilisée dans notre pays (2).

Annexe 1. – Questionnaire

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 – REPÉRAGE DES PATIENTS À RISQUE ALCOOL

- 5) À 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 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 souvent
 parfois 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 PRÉVENTION DES RECHUTES

- 14) Pratiquez-vous des sevrages ambulatoires ?
 oui non (RDV question 18)
- 15) Si oui, quelle(s) molécule(s) utilisez-vous préférentiellement lorsque vous **débutez** un sevrage ?
Réponse libre :
- 16) En prévention des rechutes, quel médicament utilisez-vous préférentiellement (une seule réponse)?
Réponse libre :
- 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 - BACLOFÈNE

- 19) Avez-vous déjà prescrit (ou renouvelé) du baclofène à vos patients alcooliques ?
 oui (RDV question 21)
 non (RDV question 24)
 vous en prescriviez avant mais avez décidé d'arrêter (RDV question 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 Espéral®)
 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 ?
Réponse libre :

E – POUR CONCLURE

- 24) Êtes-vous satisfait de la prise en charge de l'alcoolisme chez vos patients ?
 dans moins de 10 % des cas
 dans 30 à 49 % des cas
 dans 10 à 29 % des cas
 dans 50 % des cas ou plus

Afin de sensibiliser la population aux méfaits de l'alcool et permettre une réduction de la consommation, les pouvoirs publics et les experts en santé publique se mobilisent depuis des années, notamment pour promouvoir le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB). Les médecins généralistes occupent une place centrale dans l'accompagnement des malades et la prévention.

Les concepts en alcoologie sont en pleine évolution, comme en témoignent les modifications apportées à la 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), publiée en mai 2013 (3), ainsi que la publication de nouvelles recommandations par la Société française d'alcoologie (SFA) début 2015 (4). Le "buzz" baclofène a par ailleurs 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.

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, ainsi qu'à la place qu'occupait le baclofène dans les pratiques.

Méthodologie

L'objectif principal était d'observer comment les médecins généralistes du Limousin prenaient en charge les mésusages d'alcool chez leurs patients en 2013 par rapport aux recommandations en vigueur. L'objectif secondaire était d'évaluer la place du baclofène dans cette prise en charge.

Il s'agit d'une enquête menée auprès des médecins généralistes de la région Limousin entre novembre 2013 et mars 2014. Afin d'augmenter la puissance de l'étude, il n'y a pas eu de sélection d'échantillon au préalable. Ainsi, tous les médecins généralistes libéraux ou mixtes de la région Limousin (802 au total) ont reçu un questionnaire par voie postale, accompagné d'une enveloppe retour pré-timbrée et libellée. La liste des médecins concernés par l'étude a été établie à partir des données fournies par les différents Conseils de l'Ordre des médecins (Creuse, Corrèze, Haute-Vienne et Conseil national).

L'élaboration du questionnaire (annexe 1) a nécessité plus d'un an de travail, entre 2012 et 2013, et une

lecture approfondie des références et recommandations en alcoologie afin de sélectionner les questions les plus pertinentes pour répondre à nos objectifs. Les questions se voulaient courtes et faciles de compréhension, au maximum fermées afin de limiter le biais de mesure et faciliter l'analyse statistique.

Un premier envoi de 30 questionnaires "tests" a été réalisé en novembre 2013 afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions (questionnaires intégrés dans l'analyse statistique). La seule modification apportée suite à cet envoi a été le rajout de la question 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. Seules les réponses reçues avant l'annonce de la RTU du baclofène (le 14 mars 2014) ont été prises en compte. Aucune relance n'a été effectuée dans l'intervalle.

Les données ont été anonymisées puis collectées sous la forme d'un tableur réalisé avec le logiciel OpenOffice.org[®] version 3.3.0, puis l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du 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 ou de formation au RPIB. Les résultats des variables quantitatives sont exprimés sous forme de moyenne \pm écart-type ou médiane, ceux des variables qualitatives sous forme de pourcentage. Les comparaisons des variables qualitatives ont été réalisées par des tests du χ^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 était de 0,05.

Résultats

Taux de participation et caractéristiques de la population étudiée

365 questionnaires sur les 802 envoyés (dont trois envois injustifiés) ont pu être analysés, soit un taux de

participation par rapport à la population cible (799) de 45,7 %. Les caractéristiques de la population étudiée ont été regroupées dans le tableau I. Notre échantillon était représentatif de la population cible, sans différence significative en termes d'âge ($p = 0,65$) ou de sexe ($p = 0,22$) (5). Le taux de réponse a été inférieur en Haute-Vienne (H-V. ; 41,5 %) par rapport à la Corrèze (Cor. ; 48,0 %) et la Creuse (Cre. ; 54,5 %), cette différence n'étant pas significative ($p = 0,25$).

Repérage précoce et intervention brève

60 praticiens (16,4 %) ont déclaré avoir des notions sur le RPIB, parmi lesquels 31 (8,5 % de la population totale) ont eu une formation pratique. 254 personnes (69,6 %) ont estimé que moins d'un patient sur dix était dans une problématique de mésusage d'alcool : 14 ont fait une estimation de 1 %, 70 de 2 à 3 % et 170 de 4 à 10 %. Neuf personnes (2,5 %) ont affirmé que plus d'un tiers de leur patientèle était concerné par ce problème et 81 (22,2 %) ont fait une estimation transitoire de 11 à 30 %. L'estimation du mésusage a été supérieure dans la Creuse ($p = 0,017$).

En moyenne, les praticiens ont déclaré commencer le dépistage à l'âge de $20,1 \pm 8,1$ ans, avec une différence significative entre les trois départements : Cor. $2 = 22,4 \pm 9,5$ ans ; Cre. = $19,9 \pm 7,1$ ans ; H-V. = $18,7 \pm 7$ ans ($p = 0,019$). 66 praticiens (18,1 %) ont déclaré interroger tous les patients sur leur consommation d'alcool, 281 (77,0 %) en cas de suspicion de mésusage.

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée (n = 365)

	Variable	Effectif	%
Âge	< 30 ans	3	0,8
	31-40 ans	31	8,5
	41-50 ans	74	20,3
	51-60 ans	160	43,8
	> 61 ans	96	26,3
	Réponses manquantes	1	0,3
Sexe	Hommes	253	69,3
	Femmes	112	30,7
Département d'exercice	Haute-Vienne	177	48,5
	Corrèze	122	33,4
	Creuse	66	18,1
Diplôme spécialisant en addictologie/alcoologie	Non	356	97,5
	Oui	5	1,4
	Réponses manquantes	4	1,1

Pendant la grossesse, 218 praticiens (59,7 %) ont déclaré interroger toutes les patientes sur leur consommation d'alcool : 74,3 % des femmes médecins vs 58,3 % des hommes ($p = 0,017$). Les praticiens formés au RPIB interrogeraient plus systématiquement les femmes enceintes ($p = 0,001$), de même que les jeunes praticiens : 84,8 % des moins de 40 ans les interrogeraient "toutes" vs 48,4 % des plus de 61 ans ($p = 0,012$).

Modalités pratiques du repérage et de l'information du patient

36 praticiens (9,9 %) ont déclaré utiliser les questionnaires de repérage. 61,1 % ont déclaré n'utiliser aucun support d'information écrite, 24,7 % des brochures en libre-service, 17,8 % des posters et 13,7 % des brochures remises en mains propres. Les praticiens formés au RPIB utiliseraient plus les questionnaires de repérage ($p < 0,001$), les posters ($p = 0,040$) et les brochures remises en mains propres ($p = 0,040$). Les brochures en libre-service seraient plutôt utilisées par les Creusois ($p = 0,005$) et les praticiens âgés de moins de 40 ans ($p = 0,014$). Les Corrèziens seraient statistiquement moins nombreux que les Creusois ou les Hauts-Viennois à utiliser les supports d'information écrite ($p = 0,039$).

197 praticiens (54 %) ont déclaré délivrer "souvent" une information orale sur les risques liés à l'alcool et/ou seuils à ne pas dépasser, 148 (40,6 %) "parfois", dix (2,7 %) "au moins une fois à chaque patient" et huit (2,2 %) "jamais". Les praticiens ayant des notions sur le RPIB délivreraient plus "souvent" une information orale ($p = 0,023$), différence non significative en cas de formation supplémentaire ($p = 0,218$).

Sevrage ambulatoire et recours au spécialiste

209 praticiens (57,3 %) ont déclaré effectuer des sevrages ambulatoires : 71,2 % des Creusois vs 49,2 % des Corrèziens et 58,2 % des Hauts-Viennois ($p = 0,014$). Parmi eux, 15,0 % ont déclaré proposer un sevrage tabagique simultané. Les praticiens ayant des notions ($p < 0,001$) ou formés ($p = 0,014$) au RPIB seraient plus nombreux à proposer un sevrage tabagique concomitant.

206 praticiens (56,4 %) ont déclaré avoir recours au spécialiste après une ou plusieurs rechutes, 148 (40,6 %)

dès le repérage d'un mésusage, 115 (31,5 %) en cas de contre-indication au sevrage ambulatoire. Les femmes ont déclaré avoir plus volontiers recours à un avis spécialisé dès le repérage d'un mésusage (56,9 % vs 35,0 % des hommes ; $p < 0,001$). Les Creusois seraient moins nombreux à demander un avis dès le début : 25,0 % vs 52,5 % des Corrèziens et 39,5 % des Hauts-Viennois ($p = 0,003$). Ils auraient plus recours au spécialiste en cas de contre-indication au sevrage ambulatoire : 44,4 % vs 22,5 % des Corrèziens et 34,9 % des Hauts-Viennois ($p = 0,007$). Le recours au spécialiste au début de la prise en charge diminuerait à mesure que l'âge augmente : 76,5 % des moins de 40 ans vs 33 % des plus de 61 ans ($p < 0,001$).

Stratégie médicamenteuse et place du baclofène

Les traitements utilisés dans le sevrage et en prévention des rechutes par les 209 praticiens effectuant des sevrages ambulatoires ont été répertoriés dans le tableau II. Nous n'avons pas retrouvé de tendance de prescription statistiquement significative en termes de sexe, département d'exercice, âge, notion ou formation au RPIB. Le baclofène, dans le sevrage comme en prévention des rechutes, paraissait tout de même plus utilisé par des hommes, Corrèziens, âgés de plus de 61 ans.

175 praticiens (48,0 % de la population totale) ont déjà utilisé le baclofène dans l'alcoolodépendance. Les Corrèziens apparaissent ici majoritairement prescripteurs : 60,3 % vs 50,0 % Creusois et 39,2 % des Hauts-Viennois ($p < 0,001$). Parmi eux, 81 (46,3 %) ont déclaré être le plus souvent à l'initiative du traitement, 102 (58,3 %) ont affirmé qu'il s'agissait du spécialiste, 39 (22,3 %) que c'était le patient. 52,7 % des hommes vs 27,7 % des femmes ont déclaré être à l'initiative du traitement ($p = 0,003$). A contrario, 74,5 % des femmes vs 51,9 % des hommes ont déclaré qu'il s'agissait du spécialiste ($p = 0,007$). Au niveau départemental, les praticiens creusois seraient plus souvent personnellement à l'initiative du traitement (58,8 % vs Cor. : 34,2 % et H-V. : 52,2 % ; $p = 0,025$). En Corrèze, les spécialistes seraient majoritairement à l'origine du traitement (72,6 % vs Cre. : 35,3 % et H-V. : 53,6 % ; $p = 0,001$).

Les praticiens âgés de moins de 40 ans seraient les moins nombreux à instaurer le traitement de leur propre chef : 6,7 % vs 52,2 % en moyenne au-delà de cet âge ($p = 0,006$). 90 praticiens (51,4 %) ont déclaré utiliser le baclofène après échec d'un traitement classique, 26

Tableau II : Traitements utilisés dans le sevrage et en prévention des rechutes (n = 209)

	Traitement	Effectif	%
Molécules sevrage	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
Molécules prévention des rechutes	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
	Réponses manquantes	42	20,1

(14,9 %) en dernier recours. 68 (38,9 %) l'utiliseraient parfois en première intention. La posologie maximale moyenne utilisée était de 86,4 mg/j ($\pm 68,3$ mg/j) avec une posologie minimale de 20 mg/j et maximale de 400 mg/j (mentionnée par un praticien).

Discussion

Analyse des principaux résultats

- Objectif principal : prise en charge des mésusages d'alcool par rapport aux recommandations en vigueur

Notre étude a montré qu'une faible part de la population médicale du Limousin possédait des notions sur le RPIB (16,4 %), la part de praticiens formés au RPIB étant encore plus faible (8,5 %). Nous sommes loin de l'objectif de la circulaire de 2006 (6) visant 75 % de praticiens formés au RPIB à cinq ans.

Plus des deux tiers de nos praticiens ont estimé que moins de 10 % de leur patientèle était dans une problématique de mésusage d'alcool, et près d'un quart (23,0 %) ont fait une estimation de 1 à 3 %. Ces don-

nées peuvent signifier à la fois un défaut de repérage et une sous-évaluation du problème. Une étude menée en 2007 dans le cadre de l'évaluation de la faisabilité du RPIB en Gironde montrait que 22,2 % des patients repérés présentaient un mésusage d'alcool, 41,0 % de ces mésusages étant méconnus du médecin auparavant (7).

Seuls 18,1 % des médecins ont déclaré effectuer un dépistage systématique de la consommation d'alcool. Ces résultats sont superposables au 6^e volet du Baromètre santé médecin généraliste réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES (8) où 23,0 % des médecins déclaraient aborder la consommation d'alcool "au moins une fois avec chaque patient".

Dans notre étude, 77,0 % des praticiens n'interrogeaient les patients qu'en cas de suspicion de mésusage. Parmi eux, la moitié a déclaré interroger également les patients ayant un mésusage connu. Il conviendrait de rappeler l'importance d'évaluer régulièrement les patients, même ceux ayant un mésusage connu, car le mésusage d'alcool évolue sur un continuum et la consommation est susceptible d'évoluer, de façon favorable ou défavorable.

Nos praticiens ont déclaré aborder plus volontiers la consommation d'alcool avec les femmes enceintes, surtout les jeunes praticiens ($p = 0,012$) et les femmes ($p = 0,017$). Nos chiffres corroborent ceux d'une étude menée en 2010 en Limousin (9) où 62,9 % des femmes déclaraient avoir reçu une information sur le thème "grossesse et alcool" pendant leur grossesse. Cette étude rapportait également que 18,4 % des femmes interrogées avaient consommé de l'alcool pendant leur grossesse. Nous sommes loin de l'objectif zéro alcool chez la femme enceinte. 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 ont également montré que les praticiens n'interrogeaient pas suffisamment les jeunes (40,4 % ne dépisteraient pas les patients de moins de 18 ans), alors que les consommations excessives répétées (cinq verres ou plus en une même occasion, trois fois dans le mois) touchent 18 % des jeunes limousins (10) et que les pratiques de *binge drinking* et autres jeux à boire sur les réseaux sociaux (dont le mortel Nekomination sur Facebook® en 2014) progressent chez des populations de plus en plus jeunes.

La méthode plébiscitée par nos praticiens pour aborder le thème de l'alcool serait la communication verbale. En effet, moins de 10 % des praticiens ont déclaré utiliser les questionnaires de repérage et moins de 40 % les supports d'information écrite. Dans le Baromètre santé de l'INPES (8), 13,0 % des praticiens déclaraient utiliser des questionnaires d'aide au repérage. Les femmes étaient plus nombreuses à les utiliser, différence non retrouvée dans notre étude. Ces résultats peuvent s'expliquer par le manque de temps ou de reconnaissance financière des consultations de prévention, souvent plus longues.

Une étude publiée en 2011 (11) a montré que le nombre de patients sevrés en ambulatoire avait doublé en valeur absolue entre 1999 et 2005. Dans notre étude, 57,3 % des praticiens ont déclaré effectuer des sevrages ambulatoires. Cette proportion était encore plus importante dans le département de la Creuse ($p = 0,014$), la problématique alcool y étant plus importante, et les structures de soins spécialisées en alcoologie plus rares.

Le Baromètre santé de 2009 (8) indique que 76,6 % des médecins généralistes prennent eux-mêmes en charge leurs patients pour un problème lié à l'alcool, seuls (à 17,0 %) 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 cette problématique. La fréquence des sevrages augmente avec l'âge des praticiens d'après cette étude, tendance que nous n'avons pas retrouvée.

Au niveau du sevrage d'alcool en pratique, la proposition d'un sevrage tabagique simultané est préconisée (en l'absence de contre-indication) par la conférence de consensus de 1999 (12). Cette recommandation paraît peu suivie puisque 15 % seulement de nos praticiens effectuant des sevrages ambulatoires ont déclaré le proposer.

Dans notre étude, la molécule la plus citée pour l'initiation du sevrage a été l'acamprosate, devant les benzodiazépines (pourtant recommandées en première intention) et la naltrexone. Les réducteurs de l'appétence, seuls ou en association avec une benzodiazépine comme l'ont précisé certains praticiens, sembleraient donc utilisés dès l'initiation du sevrage. Ces résultats étonnants pourraient soulever un problème, fréquemment évoqué, de compréhension du terme "sevrage". Or, afin d'éviter toute erreur d'interprétation, nous avons

dans notre questionnaire formulé deux questions bien distinctes : l'une sur l'initiation du sevrage, l'autre sur la prévention des rechutes. Ainsi, il ne s'agit certainement pas d'une erreur de compréhension, mais bien d'une pratique courante.

Parmi les benzodiazépines, la plus citée dans le sevrage, conformément aux recommandations en vigueur avant les nouvelles recommandations 2015 de la Société française d'alcoologie – SFA (4), a été l'oxazépam (largement devant le diazépam et clorazébate). Le baclofène est arrivé en quatrième position, cité par 18,2 % des praticiens. Les antidépresseurs seraient utilisés par un praticien sur dix, ce qui n'est pas préconisé par les recommandations mais peut facilement s'expliquer 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 a été la plus citée, devant la naltrexone et le baclofène. Dans l'étude sus-citée (11), 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* a publié en 2014 une méta-analyse (13) 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.

D'après nos résultats, les pratiques en alcoologie seraient donc perfectibles sur beaucoup de points. Notons que les recommandations sembleraient mieux suivies par les médecins formés au RPIB : dépistage des femmes enceintes plus systématique, utilisation plus fréquente des questionnaires de repérage et supports d'information écrite, proposition plus fréquente d'un sevrage tabagique associé. 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 permis d'améliorer leurs pratiques. Le simple fait d'avoir des notions sur le RPIB semblerait bénéfique : information du patient sur les risques liés à l'alcool et/ou seuils à ne pas dépasser ($p = 0,023$) et proposition d'un sevrage tabagique simultané ($p = 0,001$) plus fréquentes.

- Objectif secondaire : place du baclofène dans la prise en charge des patients alcoolodépendants

Rappelons que notre étude a été effectuée avant la mise en place de la RTU du baclofène. On estime que 51 244 patients ont été traités par baclofène pour dépendance à l'alcool en France entre 2007 et 2012 (14). Le baclofène occupait fin 2013-début 2014 une place de choix dans la prise en charge médicamenteuse des problèmes liés à l'alcool, puisque notre étude a montré qu'il était utilisé aussi bien dans l'initiation du sevrage que dans l'aide au maintien de l'abstinence.

48,0 % de notre population aurait déjà prescrit ou renouvelé du baclofène dans les problèmes d'alcool, et 38,9 % des prescripteurs ont déclaré y avoir parfois recours en première intention, ce qui était contraire aux mises en garde de l'ANSM. On peut suspecter une certaine influence des médias sur la prescription de baclofène puisque 22,3 % des praticiens ont déclaré que c'était le patient qui était le plus souvent à l'initiative de ce traitement.

Les médecins corréziens et creusois seraient plus nombreux que ceux hauts-viennois à prescrire du baclofène ($p < 0,001$), les Corrèziens souvent suite à une prescription initiale par un spécialiste ($p = 0,001$), les Creusois souvent de leur propre chef ($p = 0,025$). L'existence de structures de soins spécialisées en alcoologie, dont le réseau d'alcoologie de Haute-Corrèze, pourrait expliquer en partie cette différence.

Notre étude a montré que les praticiens prenant personnellement l'initiative du traitement étaient majoritairement des hommes ($p = 0,003$), Creusois ($p = 0,025$), âgés de plus de 40 ans ($p = 0,006$).

La posologie maximale prescrite serait en moyenne de 86,4 mg/j, mais une vingtaine de prescripteurs dépasseraient la posologie maximale de 100 mg/j mentionnée dans les RCP du baclofène. Un quart des praticiens ne se sont pas prononcés 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 serait que certains praticiens ne font que renouveler un traitement instauré par le spécialiste et ne se sont donc pas sentis concernés par cette question. D'après une étude rétrospective publiée en 2013 et portant sur des données recueillies entre 2007 et 2011 (15), la posologie moyenne prescrite de baclofène était de 24,9 mg/j (72,3 mg/j au 90^e percentile). Ces chiffres

sont difficilement comparables aux nôtres puisque notre questionnaire portait sur la posologie maximale et non sur la posologie moyenne utilisée. Néanmoins, on peut suspecter l'utilisation de doses plus importantes au moment de notre étude, probablement du fait de l'approche de la RTU.

En 2014, la SFA a publié une étude sur la prescription hors AMM de baclofène par ses membres (16). Sur les 296 participants, 74,5 % ont déclaré utiliser le baclofène dans les problèmes d'alcool, avec une posologie maximale de $188 \pm 93,3$ mg/j. Ces chiffres sont nettement supérieurs aux nôtres, ce qui paraît normal puisque les participants étaient tous des membres de la SFA, spécialisés en alcoologie.

Notre étude conforte toutefois l'hypothèse que la prescription de baclofène n'intéresse pas seulement les spécialistes en alcoologie, mais une bonne partie des médecins de premiers recours que sont les médecins généralistes, et que leurs avis et prescriptions doivent être pris en compte.

Points forts et limites de notre étude

La force principale de notre étude est son caractère inédit. En effet, aucun travail ne s'était jusqu'alors intéressé aux pratiques en alcoologie chez les médecins généralistes du Limousin. L'autre point fort de notre étude est le taux de réponse particulièrement élevé. Bien que notre échantillon soit représentatif de la population cible, on peut regretter une sous-représentation des médecins hauts-viennois par rapport à la population médicale du Limousin (5).

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 au vu du nombre important de répondants.

Toujours en raison du choix méthodologique, il existe un possible biais de mesure : les réponses au questionnaire étant déclaratives, elles sont basées sur la compréhension des questions et la sincérité des réponses. Nous avons essayé de limiter 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 regretter que seul le versant médicamenteux ait été étudié concernant le sevrage et la prévention des rechutes. En effet, il aurait été intéressant de voir comment les praticiens accompagnaient les patients et leur famille, notamment au niveau social et psychologique, d'autant que peu d'études s'y sont intéressées. 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.

Conclusion

Malgré des biais inévitables liés principalement au choix méthodologique d'une enquête basée sur un questionnaire, cette étude, prenant en compte l'avis de près de la moitié des médecins généralistes libéraux ou mixtes de la région Limousin, apporte un maximum de pistes pour améliorer l'accompagnement de nos patients en difficulté avec l'alcool. Notre étude présente par ailleurs un instantané de "l'histoire du baclofène", dont l'avenir reste incertain, notamment avec l'arrivée du nalméfène.

Elle pourra donc servir de référence pour de futures études sur l'évolution des pratiques médicales et de la stratégie médicamenteuse en alcoologie, susceptibles d'évoluer grandement grâce à la publication récente des nouvelles recommandations de bonne pratique dans le mésusage de l'alcool et l'objectif de réduction de la consommation admis par celles-ci (4). ■

Remerciements. – Aux membres du jury de thèse : Pr Marc Auriacombe (président), Dr Philippe Castera (rapporteur), Dr Jacques Dubernet, Pr Gérard Ducos, Dr Bérangeire Gelot, Dr Philippe Nubukpo. À tous les médecins généralistes ayant participé à l'étude.

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt en rapport avec ce travail.

F. Gayaudon, P. Sazerat, P.-M. Preux
Mésusage d'alcool. Enquête sur les pratiques des médecins
généralistes du Limousin

Alcoologie et Addictologie. 2016 ; 38 (1) : 27-35

Références bibliographiques

- 1 - World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Genève : WHO ; 2014. p. 376 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1).
- 2 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Expertise collective. Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : Les éditions Inserm ; 2003.
- 3 - Aubin HJ, 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 et Addictologie*. 2013 ; 35 (4) : 309-5.
- 4 - Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique 2014. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (1) : 5-84.
- 5 - Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas régional de démographie médicale. Région Limousin. 3^e édition. Paris : CNOM ; 2013.
- 6 - 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*. 2006 ; (2006-11) : annonce n°34.
- 7 - Castera P, Maurat F, Fleury B, Demeaux JL. Peut-on repérer en routine les mésusages d'alcool ? *Médecine*. 2007 ; 3 (7) : 330-3.
- 8 - Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2011 ; 59 (5) : 285-94.
- 9 - Poirot S, Sazerat P. État des lieux de la consommation d'alcool des femmes enceintes en Limousin [mémoire de sage-femme]. Limoges : Université de Limoges ; 2010.
- 10 - Rouchaud A. Les addictions en Limousin. État des lieux. Limoges : ORS du Limousin ; 2014.
- 11 - Despres C, Demagny L, Bungener M. Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolo-dépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999. *Alcoologie et Addictologie*. 2011 ; 33 (4) : 333-44.
- 12 - Société Française d'Alcoologie, Haute Autorité de Santé. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant. Conférence de consensus. Paris : HAS ; 1999.
- 13 - 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 ; 311 (18) : 1889-900.
- 14 - Weill A, Chaignot C, Ricordeau P, Alla F, Allemand H. Baclofène, données du SNIIRAM, point de vue de la CNAMTS. In : Place du baclofène aujourd'hui dans la lutte contre l'alcoolisme ; 3 juin 2013 ; Hôpital Cochin Paris.
- 15 - Dupouy J, Fournier JP, Jouanjus É, Palmaro A, Poutrain JC, Oustric S, Lapeyre-Mestre M. Baclofen for alcohol dependence in France: Incidence of treated patients and prescription patterns. A cohort study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013 ; 24 (2) : 192-9.
- 16 - Rolland B, Paille F, Fleury B, Cottencin O, Benyamina A, Aubin HJ. Off-label baclofen prescribing practices among French alcohol specialists: results of a national online survey. *PLOS ONE*. 2014 ; 9 (6) : e98062.