

Dr Caroline Despres*, Mme Lise Demagny**, Mme Martine Bungener***

* Chercheuse associée, Institut de recherche et documentation en économie de la santé – IRDES, Paris, France. Courriel : despres@irdes.fr

** Chargée d'études quantitatives – CNRS, Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société – Cermes3, 7, rue Guy Môquet, F-94801 Villejuif Cedex. Courriel : demagny@vjf.cnrs.fr

*** Directrice de recherche – CNRS, Directrice adjointe du Cermes3, Villejuif, France. Courriel : bungener@vjf.cnrs.fr

Reçu mars 2011, accepté septembre 2011

Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolo-dépendant

Influence de la conférence de consensus de 1999

Résumé

Objectifs : face à l'hétérogénéité de la prescription et des modalités de sevrage du patient alcoolo-dépendant, la Société française d'alcoologie a organisé en 1999 une conférence de consensus pour promouvoir des recommandations de bonnes pratiques, notamment sevrage ambulatoire en première intention, préconisation médicamenteuse, accompagnement psychosocial. En l'absence de dispositif intégré d'évaluation de l'impact de la conférence, l'objet de l'article est de voir s'il est possible de déceler, cinq ans après la diffusion des recommandations, une évolution positive des pratiques de prescription de sevrage tant en médecine générale que dans les structures spécialisées. Méthode : elle repose sur l'analyse statistique comparative de données issues des dossiers médicaux de patients ayant effectué un sevrage en ville (326) ou en institution (153) en 1999 et 2005. Résultats : en médecine générale, on note entre 1999 et 2005 un engagement plus fort des médecins. Le nombre de patients sevrés a doublé en valeur absolue (49/97) et leur proportion par rapport aux patients déclarés alcoolo-dépendants est passée de 42 % à 47 %. On observe également une tendance à l'harmonisation des pratiques de sevrage, avec par exemple une augmentation, bien que non significative, des prescriptions de benzodiazépines (BZD, 56,3 % en 1999, 64,9% en 2005). De même, un accompagnement psychosocial est mis en place pour 25 % des patients au lieu de 13 %. Le mouvement d'adhésion aux recommandations s'avère très significatif pour les sevrages en milieu spécialisé. Ainsi, le taux de prescription de BZD seules ou associées est passé de 64,8 % en 1999 à 97,5 % en 2005, et la durée de traitement a été réduite de 13,2 à huit jours. Discussion : au-delà des limites méthodologiques, la discussion souligne les différences de patientèle entre généralistes et services spécialisés, ainsi que la spécificité mais aussi la complémentarité de leurs pratiques respectives.

Mots-clés

Alcool – Alcoolo-dépendance – Sevrage – Médecine générale – Service d'alcoologie – Conférence de consensus – Recommandations de bonnes pratiques – Évaluation des pratiques professionnelles.

Summary

Medical practices of withdrawal of alcohol-dependent patients. Influence of the 1999 consensus conference

Objectives: in the context of the heterogeneity of prescription and modalities of withdrawal of alcohol-dependent patients, the Société Française d'Alcoologie organized a consensus conference in 1999 in order to promote clinical practice guidelines, especially first-line outpatient withdrawal, drug recommendations, and psychosocial support. In the absence of an integrated device for evaluation of the impact of the conference, the purpose of this article was to try to detect, five years after publication of these guidelines, a favourable evolution of clinical practice in the field of withdrawal both in general practice and in specialized structures. Method: this study was based on comparative statistical analysis of data derived from the medical charts of patients undergoing outpatient (326) or inpatient withdrawal (153) in 1999 and 2005. Results: an increased commitment of general practitioners was observed between 1999 and 2005. The absolute number of weaned patients doubled (49/97) and their proportion compared to patients declared to be alcohol-dependent increased from 42% to 47%. A trend towards harmonization of withdrawal practices was also observed with, for example, a non-significant increase of prescription of benzodiazepines (BZD, 56.3% in 1999, 64.9% in 2005). Similarly, psychosocial support was set up for 25% of patients versus 13%. A very high level of compliance with guidelines was observed for withdrawal conducted in specialized units. The rate of prescription of BZD alone or in combination with other drugs increased from 64.8% in 1999 to 97.5% in 2005, and the mean duration of treatment decreased from 13.2 to eight days. Discussion: apart from the methodological limitations, the discussion emphasizes the different types of patients seen by general practitioners and specialized units, as well as the specificity and complementarity of their respective practices.

Key words

Alcohol – Alcohol dependence – Withdrawal – General practice – Addiction medicine unit – Consensus conference – Clinical practice guidelines – Professional practice evaluation.

L'alcool est de loin la substance psychoactive la plus consommée. Cette consommation est à l'origine d'un certain nombre de pathologies, de façon directe ou indirecte, et est impliquée dans de nombreux accidents et dans les comportements violents d'adultes comme de jeunes. Environ 9 % de Français présentent un mésusage d'alcool. La prise en charge des patients alcool-dépendants passe par un sevrage d'alcool. Celui-ci, prescrit dans le cadre d'une hospitalisation ou lors d'une consultation par un médecin généraliste ou spécialiste, est réalisé au moyen de médicaments neuroprotecteurs qui visent à protéger le cerveau des complications liées à l'interruption brutale de la consommation alcoolique, notamment le syndrome de sevrage. Le sevrage physique ne constitue que la première étape d'un processus thérapeutique qui, associé à une prise en charge psychosociale, doit amener la personne alcool-dépendante à l'abstinence définitive, objectif le plus souvent poursuivi.

En France, dans les années 1990, la prescription et les modalités de sevrage s'avéraient très hétérogènes et n'étaient pas souvent conformes aux données de la science (1, 2). L'objectif de la première conférence de consensus en 1999 (3), organisée par la Société française d'alcoologie (SFA) et parrainée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), était d'harmoniser les pratiques et de les rendre plus conformes aux données probantes. Elle inaugure une série d'autres conférences qui se dérouleront les années suivantes. L'objectif d'une conférence de consensus est de réaliser une synthèse des connaissances sur un thème choisi et de clarifier les controverses médicales, en s'appuyant notamment sur une analyse critique de la littérature. Elle repose sur des principes méthodologiques et organisationnels spécifiques.

La conférence de consensus de 1999 sur le sevrage alcoolique a été réalisée selon la démarche préconisée par l'ANAES. Elle a fait l'objet d'une lecture critique de la littérature scientifique et d'un recueil d'avis d'experts. À l'issue de cette phase, des recommandations ont été proposées, puis soumises à un débat public et, enfin, à une délibération du jury. Les recommandations retenues – sevrage ambulatoire en première intention, institutionnel en cas de dépendance grave, respect de la prévention médicamenteuse des accidents de sevrage, préconisation de molécules actives et de posologies, accompagnement psychosocial – ont été largement diffusées auprès des professionnels spécialisés et en direction des médecins généralistes (près de 40 000 documents papier, site de l'ANAES). Elles avaient explicitement la finalité de servir de référence à la pratique clinique. Toutefois, aucun dis-

positif d'évaluation de l'impact de la conférence sur les pratiques cliniques n'a alors été envisagé.

L'objectif de l'article est de voir s'il est possible de déceler, cinq ans après la diffusion des recommandations, une évolution des pratiques de prescription de sevrage, tant en médecine générale que dans les structures spécialisées, et si cette évolution va dans le sens préconisé par la conférence.

Méthodologie : un double recueil comparatif

Nous avons eu recours à une méthodologie comparative temporelle concernant les pratiques médicales antérieures et postérieures à la conférence de consensus. Ce choix répond à plusieurs contraintes. D'une part, aucun protocole d'évaluation n'avait été mis en place simultanément et les modalités propres de la conférence de consensus, impliquant l'organisation d'une conférence de presse et une large diffusion des recommandations, rendaient notamment impossible la constitution ultérieure d'un groupe témoin qui n'aurait pas connaissance des recommandations. D'autre part, cette méthode permettait également de surmonter l'écueil de l'absence de références relatives aux modalités de pratiques antérieures à la conférence de consensus (1999). Il s'agit de décrire des pratiques à deux moments distincts encadrant la période de diffusion de la conférence et de les mettre en regard des recommandations de la conférence de 1999.

Pour cela, nous avons choisi de mettre en place un protocole de recueil de données de type avant-après, susceptible d'approcher au plus près le contenu des prises en charge. Les deux années retenues sont 1999 et 2005. Les données recueillies sont celles contenues dans les dossiers de consultation établis par les médecins – qu'ils soient généralistes en cabinet de ville ou spécialistes en alcoologie exerçant en institution – lors d'un contact avec un patient présentant une pathologie alcoolique et relevant d'une indication de sevrage. Le recueil direct à partir de dossiers de routine vise à recueillir des données les plus objectives possibles. En comparant ces données entre les deux années, dans un contexte de large diffusion des recommandations de la conférence, nous cherchons à voir, d'une part, si des changements de pratique sont intervenus depuis cette diffusion et, d'autre part, dans quelle mesure l'approche thérapeutique du sevrage est, lors de ces deux moments précédant et suivant de quelques années la conférence, conforme ou non aux recommandations

formulées. Il faut cependant garder présent à l'esprit le fait que les données recueillies n'ont pas été à l'origine pensées et construites pour répondre à la question posée ici.

Par ailleurs, du fait des différences dans les conditions d'exercice en cabinet de ville ou en institution, ainsi que dans la forme des données rétrospectives de pratique disponibles, nous avons eu recours à deux protocoles d'enquête fondés sur les mêmes principes méthodologiques, mais spécifiques à chacun des deux groupes de médecins. De ce fait, il n'est pas possible de comparer sans précaution les pratiques dans les deux milieux considérés, chaque milieu ne pouvant être que son propre témoin.

Le sevrage en médecine de ville

Il n'existe pas en France de données de routine permettant de connaître les pratiques en médecine générale hormis l'existence de rares observatoires mis en place par des médecins généralistes eux-mêmes à des fins d'activité de recherche. La Société française de médecine générale (SFMG), créée en 1973, dispose à ce jour d'une base de données rétrospective mise en place en 1993, sans doute la plus complète et la plus structurée. Elle rassemble au total près de 600 médecins qui tous ne sont pas "actifs" simultanément (4, 5).

La base de données de la SFMG repose sur un dossier médical informatisé destiné à recueillir les informations relatives à chaque consultation selon des critères établis par ses membres. Ce recueil s'appuie sur un "dictionnaire des résultats de consultation" (DRC) en médecine générale, construit pour s'adapter aux conditions de pratique quotidienne des médecins généralistes. D'une part, intervenant en premier recours, le médecin généraliste n'est pas toujours en mesure de poser immédiatement un diagnostic précis qui entrerait alors dans le cadre normatif de la classification internationale des maladies (CIM). D'autre part, la classification doit pouvoir être renseignée en temps réel, lors de la consultation. À chaque consultation, le médecin adhérent saisit les éléments de son activité et les "résultats de consultation". La SFMG dispose donc de fichiers de ses médecins adhérents, d'un fichier de patient relié à chaque médecin et, pour chaque consultation, des résultats de consultation et des prescriptions reliés à chaque patient. La base de données collige 690 000 patients pour la période 1993 à 2008. 160 médecins environ adressent systématiquement leurs données. Volontaires, ils ne sont pas répartis de manière homogène sur le territoire. Leur participation s'inscrit toutefois pour la plupart dans la durée.

Une enquête INSERM s'appuyant sur les résultats de consultation de la base SFMG en 1994-1995 (6) montrait que, parmi ces résultats, l'alcoolisme figurait au 49^{ème} rang pour la tranche d'âge 15-39 ans, au 19^{ème} rang pour les 40-59 ans et au 83^{ème} pour les plus de 60 ans. Un quart des médecins n'avaient pas utilisé le résultat "alcoolisme".

Le recueil de données des pratiques de sevrage en médecine générale s'est fondé sur une extraction de la base de données pour les deux années considérées, 1999 et 2005. En l'absence du mot-clé "sevrage" dans le DRC, le critère d'extraction mis en œuvre pour les deux années sélectionnées, après discussion approfondie avec les responsables de la SFMG, a reposé sur la sélection de patients pour lesquels le résultat de consultation intitulé "Problème avec l'alcool" avait été mentionné au moins quatre fois au cours de l'année. Cette fréquence a été considérée comme significative de la volonté du généraliste d'entreprendre un suivi particulier de ce problème. Un courrier complémentaire a été adressé par courriel (avec une relance) aux 90 médecins des patients concernés par ces critères, leur demandant pour chacun d'eux de notifier ceux qui étaient alcoolodépendants et ceux qui avaient subi un sevrage au cours des périodes considérées et, dans l'affirmative, la date de début de sevrage.

Sur les 90 médecins contactés, 44 ont répondu, soit un taux de réponse de 49 %. Parmi les 46 non-répondants, certains étaient partis en retraite et d'autres n'étaient plus "actifs" dans la base au moment de l'interrogation par courriel en mars 2008. Nous disposons donc pour les deux années 1999 et 2005 de trois types de fichiers : un fichier de patients (âge, sexe, "statut", nombre de consultations) auquel s'ajoutent pour une part les indications du médecin traitant (sevré, alcoolodépendant) ; un fichier de consultations (date et résultats de consultation) ; un fichier de médicaments prescrits (nom et code CIP). Ces fichiers concernent un échantillon de patients suivis pour des problèmes avec l'alcool dont une partie seulement a bénéficié d'un sevrage. Nous pouvons dès lors décrire indirectement les pratiques en comparant les caractéristiques et les prescriptions des patients sevrés et non sevrés.

Le sevrage en milieu spécialisé

La seconde partie de l'étude concerne les sevrages réalisés en milieu spécialisé. Nous entendons par là les sevrages réalisés par des médecins spécialistes (psychiatres, hépatogastroentérologues), ou formés spécifiquement en alcoo-

logie et travaillant en institution. Le sevrage peut se faire tant en ambulatoire que dans le cadre d'une hospitalisation, alors appelé sevrage institutionnel. Nous avons procédé en deux étapes : un échantillonnage de 20 centres, puis, dans chacun des centres retenus et pour chacune des deux années, un recueil, selon une grille préétablie, d'informations contenues dans les dossiers de huit patients ayant effectué un sevrage au cours de l'année.

Les centres ont été sélectionnés sur la base d'un répertoire réalisé par la SFA en 2004 (7). Un courrier de la SFA leur a été envoyé, les sollicitant pour participer à l'étude. 200 centres ont répondu favorablement, soit un taux de réponse d'environ 40 %. Nous avons ensuite procédé à une sélection raisonnée des centres volontaires sur les critères suivants : répartition géographique diversifiée en fonction de la prévalence de l'alcoolisme, implication ou non dans la conférence des responsables des centres, profils variés des institutions.

Le protocole de recueil prévoyait le tirage au sort de huit dossiers par structure (quatre en 1999 et quatre en 2005). La consigne était de prendre le premier dossier du mois, un mois sur deux. Le choix d'un nombre limité de dossiers par centre se justifie par le fait que la question posée n'était pas d'apprécier ce que faisait chaque centre, mais de chercher à caractériser l'évolution générale vers des pratiques plus proches des recommandations.

Le masque de saisie comportait un grand nombre de variables à renseigner, tant sur le patient que sur les modalités de sa prise en charge. Au sujet du patient, les informations concernent sa situation socioéconomique, ses antécédents médicaux en lien éventuel avec le problème d'alcool, son histoire avec l'alcool. Les données sur le sevrage concernent les conditions dans lesquelles il a été réalisé (indications, degré de motivation, circonstances...), ses modalités (hospitalisation ou pas), les prescriptions médicamenteuses (nom des produits, leur nature, la durée de traitement) et la nature de l'accompagnement psychosocial éventuel, le déroulement de la prise en charge (incidents de sevrage), enfin, les propositions de suivi thérapeutique et les suites (orientation du patient à la sortie, type de suivi, récurrence éventuelle).

Le recueil de données en institution a été réalisé via le logiciel EpiData et les données issues des deux recueils ont fait l'objet d'une analyse statistique sur SPSS. Une partie des variables non suffisamment renseignées n'a pas été exploitée.

Résultats

Le sevrage en médecine de ville

Dans la base de données 1999 de la SFMG, selon les critères d'extraction, 58 médecins ont suivi un total de 286 patients déclarés concernés par un problème avec l'alcool et vus au moins quatre fois dans l'année pour ce motif, soit une moyenne de 4,9 patients par médecin. En 2005, 65 médecins ont suivi 364 patients avec en moyenne 5,6 patients par généraliste. 33 médecins sont présents dans les deux bases. En 2005, ceux-ci ont suivi 71 % de l'ensemble des patients. L'augmentation entre les deux années du nombre de médecins (32 nouveaux en 2005) ayant identifié des patients concernés par un problème d'alcool, ainsi que l'augmentation du nombre moyen de ces patients par généraliste peuvent résulter de multiples facteurs : une prévalence accrue ou un meilleur repérage de ces patients, une implication plus soutenue des médecins à leur égard, voire une modification de la liste des médecins "actifs" de la base : départ en retraite ; nouvelles adhésions.

Les patients concernés par un sevrage

Interrogés sur ces 650 dossiers de patients au sujet de leur dépendance et de l'effectivité d'un sevrage, 49 % des médecins ont répondu. Leurs réponses concernent au total pour les deux années 57 % des patients : soit 135 en 1999 (47 %) et 233 en 2005 (64 %) (figure 1).

Sur les deux années étudiées, le nombre de patients sevrés a doublé en valeur absolue, et leur proportion parmi les patients déclarés alcoolo-dépendants est passée de 42 % à 47 %. Parmi eux, un patient en 1999 et dix en 2005 (déclarés simultanément non alcoolo-dépendants et sevrés) ont suivi un sevrage antérieurement à l'année étudiée et sont encore surveillés fréquemment par leur médecin généraliste l'année en cours. Ces résultats suggèrent qu'entre les deux années, le problème de l'alcoolisme est plus largement discuté et pris en charge par une tentative de sevrage. La population déclarée alcoolo-dépendante est majoritairement masculine (tableau I) en cohérence avec la prédominance masculine des consommations à risque (8). Le sevrage concerne des patients en moyenne plus jeunes que les non-sevrés. Les femmes ont tendance à être plus âgées que les hommes en 1999 comme en 2005.

Une fréquentation accrue du médecin généraliste

En 1999 comme en 2005, les patients alcoolo-dépendants consultent en moyenne leur médecin généraliste plus

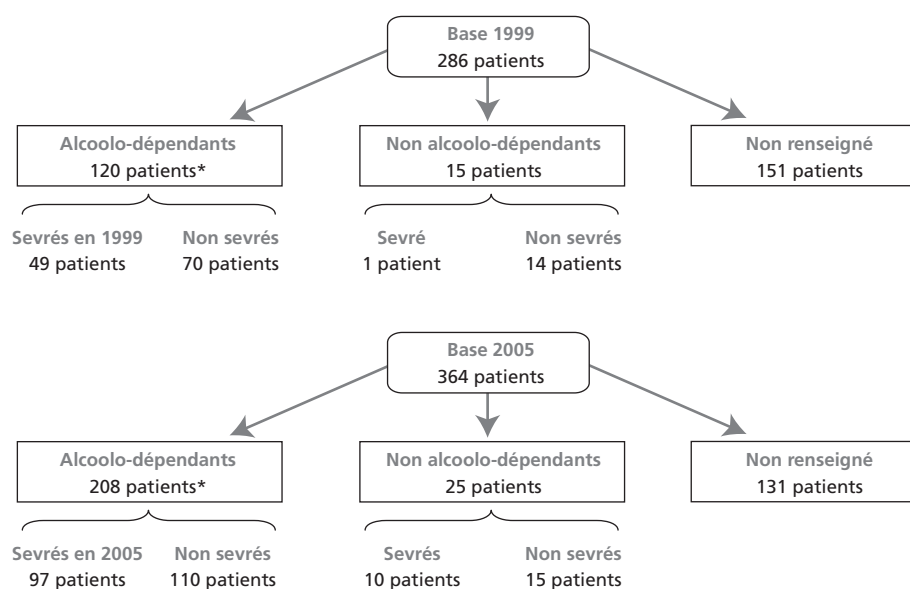


Figure 1. – Répartition des patients selon les critères d'extraction et les variables.

* dont un patient pour lequel nous ne savons pas s'il a subi ou non un sevrage d'où un écart de un avec les chiffres dessous.

Tableau I : Caractéristiques démographiques (Base SFMG)

Profil des patients	Base 1999			Base 2005		
	Sevrés	Non sevrés	χ^2	Sevrés	Non sevrés	χ^2
Sexe : homme	63 %	69 %	ns	71 %	81 %	ns
Âge moyen	46 ans	49 ans	ns	47 ans	55 ans	s
Âge moyen des hommes	45 ans	50 ans	ns	46,5 ans	56 ans	s
Âge moyen des femmes	47 ans	48 ans	ns	50 ans	52 ans	ns
Ensemble	49	70		97	110	

Tableau II : Résultat de consultation "Problème avec l'alcool" (Base SFMG)

Items du résultat de consultation "Problème avec l'alcool"	Base 1999					Base 2005				
	Sevrés		Non sevrés		χ^2	Sevrés		Non sevrés		χ^2
	Effectif	%	Effectif	%		Effectif	%	Effectif	%	
Dépendance - psychologique	30	68,2	22	40,7	s	45	50,6	40	38,8	ns
- physique	20	45,5	12	22,2	s	35	39,3	31	30,1	ns
Problème évoqué par - le médecin	8	18,2	13	24,1	ns	29	32,6	43	41,7	ns
- le patient	36	81,8	34	63,0	s	61	68,5	40	38,8	s
Réalcoolisation (rechute)	14	31,8	5	9,3	s	27	30,3	17	16,5	s
Ensemble	49		70			97		110		

Données manquantes : cinq sevrés en 1999, huit sevrés et sept non sevrés en 2005.

fréquemment que la population française (4,9 fois par an). Cependant, si en 2005 les patients ayant subi un sevrage voient plus souvent leur médecin généraliste (8,8 fois) que les autres (sept fois), ce qui n'était pas le cas en 1999 (7,8 versus 7,7), cette hausse de fréquence n'est pas significative. L'objet de ces consultations peut être d'inciter au sevrage, de l'accompagner, voire de traiter les comorbidités associées.

Comorbidités et indications au sevrage en médecine générale

Les résultats de consultation mentionnés dans les dossiers permettent de décrire plus finement les profils des patients ayant bénéficié d'une indication de sevrage (tableau II). Ainsi, les mentions de troubles psychiques ou du comportement ne sont pas significativement différentes entre

les patients sevrés ou non. L'existence d'une dépression est également sans incidence sur les probabilités de sevrage. Par contre, la notification d'un problème professionnel apparaît significativement plus fréquente chez les patients sevrés, comme l'indication de rechutes antérieures (ré-alcoolisation), témoignant de tentatives multiples avant de réussir. L'évocation spontanée de leur problème avec l'alcool à leur généraliste caractérise également de façon significative les patients qui entreprennent une démarche de sevrage. À l'inverse, l'évocation du problème par le médecin n'est pas significativement différente entre les deux groupes. Même si la démarche des généralistes ne suffit pas pour engager leurs patients dans un processus de sevrage, ils abordent le sujet plus fréquemment en 2005 qu'en 1999. En revanche, les mentions de dépendances psychologique et physique discriminantes en 1999 pour les patients sevrés ne le sont plus en 2005. Elles pourraient témoigner d'un élargissement des indications de sevrage. Si le tabagisme n'a pas d'incidence, la toxicomanie, chez les plus jeunes, agit comme un obstacle au sevrage.

L'évolution des prescriptions

Afin de mieux cerner les molécules prescrites lors du sevrage, nous avons comparé les prescriptions médicales respectives des patients déclarés sevrés et des patients non sevrés en 1999 puis en 2005. En 1999 comme en 2005, les patients sevrés sont significativement plus nombreux à prendre des benzodiazépines (BZD) et des médicaments de maintien de l'abstinence (MMA). Dans la base de 2005, la prescription de méprobamate (Équanil®) est significativement plus fréquente pour les patients sevrés versus ceux non sevrés. En 1999 comme en 2005, on n'observe pas de différence significative pour les prescriptions de neuroleptiques et de vitamines (tableau III). On peut signaler aussi que la dizaine de patients sevrés antérieurement et encore suivis par leur généraliste en 2005 reçoit moins de prescription de BZD et plus, en moyenne, de MMA.

L'évolution des pratiques médicales de sevrage entre les deux années

Pour les patients sevrés au cours des deux années, les prescriptions de BZD (56,3 % en 1999, 64,9 % en 2005) et de MMA (41,7 % en 1999, 46,4 % en 2005) ne présentent pas de variations significatives, même si une tendance à l'augmentation est observée en 2005, en accord avec les recommandations de la conférence de consensus. En 1999, l'acamprosate (Aotal®) est le produit le plus prescrit alors qu'en 2005 la naltrexone (Révia®) s'impose. Les neuroleptiques les plus fréquemment prescrits au cours des deux années sont la cyamémazine (Tercian®) et la rispéridone (Risperdal®). Concernant les BZD, il s'agit de l'alprazolam (Xanax®), du clorazépate dipotassique (Tranxène®), du diazépam (Valium®) et du bromazépam (Lexomil®). Les vitamines les plus prescrites sont toujours les vitamines B1, B6, le Nicobion® (vitamine PP) et le magnésium. L'hydratation est régulièrement mentionnée dans les précisions du traitement et fait ainsi partie intégrante du sevrage. Une fois la phase de sevrage médicamenteuse achevée, 25 % des dossiers de patients sevrés en 2005 font état d'une orientation vers d'autres professionnels (souvent sans autre précision) versus 13 % pour les non-sevrés, révélant une différence significative que l'on n'observait pas en 1999 et suggérant la mise en place d'un accompagnement psychosocial.

Le sevrage en milieu spécialisé

Les centres spécialisés impliqués

Les données collectées proviennent de 20 centres volontaires répartis sur huit régions : huit en Île-de-France, quatre dans le Pas-de-Calais, trois en Bretagne, un en Lorraine, un en Bourgogne, un en Languedoc-Roussillon, un en Provence-Alpes-Côte d'Azur et un à la Réunion. Les centres visités sont des services hospitaliers (hospitalisation

Tableau III : Répartition des prescriptions en 1999 et 2005 (Base SFMG)

Classes médicamenteuses prescrites	Base 1999					Base 2005				
	Sevrés		Non sevrés		χ^2	Sevrés		Non sevrés		χ^2
	Effectif	%	Effectif	%		Effectif	%	Effectif	%	
Benzodiazépines	27	56,3	25	36,2	s	63	64,9	51	46,4	s
Méprobamate	15	31,3	15	21,7	ns	33	34,0	13	11,8	s
Neuroleptiques	10	20,8	12	17,4	ns	16	16,5	21	19,1	ns
Médicaments de maintien de l'abstinence	20	41,7	15	21,7	s	45	46,4	28	25,5	s
Vitamines	15	31,3	13	18,8	ns	29	29,9	25	22,7	ns
Ensemble	49	100,0	70	100,0		97	100,0	110	100,0	

Données manquantes : un sevré et un non sevré en 1999.

classique ou hôpital de jour) et des centres de cure ambulatoire. Les services hospitaliers sont des unités autonomes en alcoologie ou addictologie, ou il peut s'agir de lits dédiés dans un service de psychiatrie, de gastroentérologie ou de médecine interne. Certains services assurent une interliaison en psychiatrie. Quelques services assurent à la fois le sevrage et les soins de suite (accompagnement psychosocial). Plusieurs centres ambulatoires n'ont pas pu être inclus dans l'étude car nous ne pouvions accéder aux dossiers (souvent non classés par année).

Les modalités de classement des dossiers varient en fonction des hôpitaux ; il en est de même pour la structure et le contenu de ces dossiers. Dans quelques services, le suivi des patients est protocolisé, tant dans la part de sevrage médical que dans celle de l'accompagnement psychosocial. Dans ce cas, les dossiers sont moins fournis. Ces protocoles (recueillis lors des entretiens) sont plus ou moins conformes aux recommandations. Les dossiers accessibles au chercheur pour les années considérées étaient en grande majorité des dossiers de patients hospitalisés (sevrage institutionnel). Dans deux centres, nous avons eu accès à des données de consultation. Au total, les données recueillies sont issues de 153 dossiers de patients ayant suivi un sevrage ambulatoire (26 patients) ou institutionnel (127 patients) et concernent 74 patients en 1999 et 79 patients en 2005.

Les patients concernés

La population des patients ayant effectué un sevrage en milieu spécialisé est majoritairement masculine, les hommes représentant 79 % des patients en 1999, 73 % en 2005. L'âge moyen à la date d'hospitalisation ou du rendez-vous de consultation est de 43 ans en 1999 et 45 ans en 2005. Vivant seuls pour plus de la moitié d'entre eux, ces patients appartiennent majoritairement aux classes moyennes et défavorisées (emplois à faible niveau de revenus ou absence d'emploi). 17 % d'entre eux ne disposent pas d'un logement personnel.

La comorbidité et les conditions du sevrage

Les trois quarts des patients ont déjà suivi un ou plusieurs sevrages antérieurs, soit 78 % en 1999 et 72 % en 2005, écart non significatif (taux de non-réponse : 19 % en 1999 et 27 % en 2005). Ces chiffres apparaissent considérablement plus élevés que dans d'autres études : par exemple, 41 % pour des sevrages hospitaliers dans l'étude de Terrade (9). Il s'agissait, pour une majorité des cas aussi bien en 1999 qu'en 2005, de sevrages hospitaliers (les sevrages ambulatoires sont plus rarement notifiés ; plus

intégrés dans la routine quotidienne, les patients ont tendance à moins se les rappeler). Le nombre moyen de sevrages antérieurs notifiés est de 1,9 en 1999 versus 2,2 en 2005 ($p > 0,05$). En 1999 comme en 2005, la comorbidité concerne une forte majorité de patients. Les troubles psychiatriques ou neurologiques touchent 44 % des patients en 1999 et 51 % en 2005 ($p > 0,05$) pour lesquels nous disposons de cette information. Le tabagisme associé concerne 83 % des patients en 1999 et 69 % en 2005 (plus du tiers des dossiers ne sont pas renseignés). Cette différence n'est pas significative entre les deux années. L'existence d'une dépendance physique grave à l'alcool, justifiant notamment d'un sevrage institutionnel plutôt qu'ambulatoire, est rarement notifiée dans les dossiers. En 1999 comme en 2005, les sevrages sont le plus souvent programmés (88 % en 1999 et 93 % en 2005). 13 patients au total sur les deux années ont été pris en charge suite à des signes de delirium tremens, alors qu'ils étaient hospitalisés dans d'autres services dans lesquels la prévention des accidents de sevrage n'était pas réalisée.

La décision de suivre un sevrage émane le plus souvent de la personne elle-même (88 % en 1999 et 83 % en 2005) et est plus rarement prise sous la pression de la famille ou du milieu professionnel explicite (10 % en 1999 et 13 % en 2005), ou sous contrainte judiciaire ou sociale (2 % en 1999 et 4 % en 2005).

L'évolution des prescriptions et les molécules utilisées dans le sevrage

Le taux de prescription de BZD seules ou associées est passé de 64,8 % en 1999 à 97,5 % en 2005 (tableau IV). Les BZD les plus prescrites sont le diazépam puis l'oxazépam (Seresta®). Elles sont le plus souvent associées à un MMA ; le nombre de patients a pratiquement triplé en six ans. Les prescriptions de MMA sont passées d'un tiers environ à plus de la moitié (de 33,8 % à 55,7 %). À l'inverse, la prescription de neuroleptiques seuls a disparu des pratiques médicales dans les dossiers analysés en 2005. Elle est toujours associée à une BZD et presque toujours associée à un MMA en 2005. Dans deux cas, nous ne disposons d'aucune information justifiant de cette prescription de neuroleptiques. Dans tous les cas (sauf deux), il existe une pathologie psychiatrique associée. La durée de traitement a été réduite de 13,2 jours à huit jours. La durée d'hospitalisation a été également réduite, mais à un moindre degré. La durée moyenne du séjour passe de 18,6 jours en 1999 à 15,1 jours en 2005. Les autres éléments concernant la prise en charge figurent dans le tableau V.

Tableau IV : Répartition des modalités de sevrage en 1999 et en 2005 (Base SFA)

Classes médicamenteuses prescrites	Base 1999		Base 2005		χ^2 (base 1999/2005)
	Effectif	%	Effectif	%	
Benzodiazépines	48	64,8	77	97,5	s
Méprobamate	8	10,8	7	8,9	ns
Neuroleptiques	25	33,8	10	12,7	s
Médicaments de maintien de l'abstinence	25	33,8	44	55,7	s
Ensemble	74	100,0	79	100,0	

Données manquantes en 1999 et en 2005 : Benzodiazépines : 3 %, Méprobamate : 17 %, Neuroleptiques : 14 %, Médicaments de maintien de l'abstinence : 8 %.

Tableau V : Évolution des autres dimensions de la prise en charge (hors traitement par psychotropes – Base SFA)

Classes médicamenteuses prescrites	Base 1999		Base 2005		χ^2 (base 1999/2005)
	Effectif	%	Effectif	%	
Accompagnement psychosocial	36	48,6	43	54,4	ns
Hydratation	32	43,2	29	36,7	ns
Vitaminothérapie	49	66,2	47	59,5	ns
Sevrage tabagique	2	2,7	4	5,1	ns
Ensemble	74	100,0	79	100,0	

Données manquantes en 1999 et en 2005 : Accompagnement psychosocial : 35 %, Hydratation : 26 %, Vitaminothérapie : 11 %, Sevrage tabagique : 33 %.

L'hydratation n'est pas systématiquement notifiée, plutôt intégrée dans la formation du personnel infirmier pour qui proposer à boire au patient en sevrage devient une pratique de routine (cf. entretiens). La prescription de vitamines concerne souvent l'association de B1 et de B6. Dans certains hôpitaux, les conditionnements disponibles ne permettent pas de prescrire la vitamine B1 seule. Lorsque ces deux vitamines sont associées, la conférence recommande d'ajouter la vitamine PP, ce qui n'est cependant pas systématique en 2005. L'accompagnement psychosocial est explicitement noté dans la moitié des dossiers institutionnels, mais il fait fréquemment l'objet de protocoles de services. Il est exceptionnel lors d'un sevrage résidentiel que le patient n'ait pas été vu au moins une fois par un psychiatre, ou un psychologue, et une assistante sociale. Aucun accident de sevrage n'a été signalé dans les dossiers analysés.

Discussion

Une démarche exploratoire qui s'efforce de faire parler des données élaborées dans un autre cadre

Tenter de cerner a posteriori un éventuel impact de recommandations de bonnes pratiques sur les pratiques médicales effectives pose plusieurs problèmes méthodologiques importants. Une telle tentative procède généralement en

plusieurs étapes. Il s'agit dans un premier temps de disposer ou de recueillir les pratiques à différents moments et d'analyser si elles évoluent dans le sens préconisé. Le caractère rétrospectif d'une telle démarche pose d'emblée la question de la disponibilité et de l'adéquation des données antérieurement disponibles. Il s'agit ensuite de vérifier si l'on peut imputer une variation positive au programme ou à l'action préconisée, ce qui est souvent encore plus problématique. Il s'agit donc bien ici, faute d'un protocole ad hoc élaboré au moment même de la conférence de consensus, d'une tentative d'utiliser au mieux des données existantes, recueillies en routine, avec leurs limites et insuffisances propres, et d'en extraire les informations qu'elles sont susceptibles de fournir pour documenter au moins partiellement la question initialement posée et pour laquelle aucune autre réponse n'est possible.

Parmi les limites de ces résultats, une première porte sur la non-représentativité des données collectées, empêchant leur généralisation sans précaution. Concernant le recueil en médecine générale, les médecins adhérents ont un profil spécifique et participent plus souvent à des études (10). En outre, la liste des médecins actifs dans la base évolue chaque année, même si ce n'est qu'à la marge. De même, les centres spécialisés enquêtés étaient volontaires, et les dossiers les plus accessibles se rapportaient majoritairement à des sevrages résidentiels. Toutefois, ces contraintes étant les mêmes pour les deux années étudiées, cette li-

mite n'entache pas a priori la validité de leur comparaison et donc les tendances observées.

Une seconde limite porte sur le contenu hétérogène des dossiers médicaux analysés. En médecine générale, l'inexistence du mot-clé "sevrage" dans les résultats de consultation de la base SFMG a conduit à recueillir rétrospectivement auprès du médecin traitant l'information concernant le sevrage, ouvrant la question de ce que chaque médecin entend par sevrage. Nous avons donc comparé les patients déclarés sevrés à ceux non sevrés, en cherchant à caractériser les différences de pratiques entre ces deux populations, sans négliger le fait que leurs profils différents, obligeant à une interprétation prudente. Par ailleurs, il est difficile d'analyser l'ensemble du contexte et de reconstituer historiquement les informations, notamment la durée du sevrage ou encore les comorbidités, nombreuses chez ces patients. Cet historique peut plus facilement être reconstitué à partir des dossiers hospitaliers. Lors de sevrages prescrits en consultation d'alcoologie, les données des dossiers ont été complétées par des entretiens téléphoniques reposant alors sur les discours des médecins, c'est-à-dire sur ce qu'ils déclarent faire et sur ce qui constitue leur attitude "moyenne". Au moyen de relance, on peut cependant recueillir aussi les circonstances (s'il y a lieu) qui les conduisent à s'écarter des recommandations.

Les patients pris en charge en médecine générale et en institution sont différents

La surreprésentation masculine observée dans les deux populations, pour chacune des années, est à rapporter à la prévalence plus élevée de l'alcoolodépendance chez les hommes et, plus globalement, à la prévalence plus élevée chez eux des consommations à risque (11). Le ratio moins marqué chez les patients traités en médecine générale suggère une préférence des femmes pour un sevrage ambulatoire (moins visible a priori et compatible avec la poursuite d'une vie familiale et professionnelle). On peut se demander s'il reflète aussi une attention particulière des généralistes à leur égard. Les patients sevrés en médecine de ville sont en moyenne plus âgés, et l'écart est encore accru avec la population de l'enquête SFA de Palle et al. (12). Cet écart suggère que les patients les plus âgés sont moins enclins à s'engager dans un sevrage en institution. En accord avec les indications d'un sevrage institutionnel, nos données confirment la forte proportion, dans ce cadre, de personnes en situation de précarité sociale et professionnelle, ou isolées. De même, ces sevrages concernent en moyenne des cas plus lourds, plus dépendants, avec un

parcours médical comprenant un nombre élevé de sevrages antérieurs, une association fréquente avec des troubles psychiatriques ou neurologiques, indices de difficultés sociales et d'insertion (même si leur ampleur, 51 % en 2005 versus 85 %, n'atteint pas celle mentionnée par Palle et al.).

L'évolution des pratiques de sevrage et l'adéquation aux recommandations

En dépit des limites méthodologiques déjà évoquées, l'analyse des résultats permet d'avancer certaines réponses : une tendance à l'amélioration des pratiques de sevrage en médecine générale et des évolutions plus significatives pour les sevrages en milieu spécialisé.

Un engagement accru des médecins généralistes sur les problèmes d'alcool

Le recueil auprès des médecins généralistes montre une augmentation entre les deux années du nombre de patients suivis pour des problèmes avec l'alcool. En l'absence de données validant une prévalence accrue de ces problèmes, on peut y voir l'effet d'une plus grande sensibilisation des médecins généralistes et une réduction de leurs difficultés à évoquer un éventuel problème d'alcool avec leurs patients (13, 14). Cette évocation au cours d'une consultation est plus fréquente en 2005, tant du fait du médecin que des patients. En 1999, les patients déclarés comme ayant fait un sevrage en médecine générale ne sont pas significativement plus suivis que ceux non sevrés (nombre de consultations par patient dans l'année), alors que c'est le cas en 2005. Entre les deux années, les médecins généralistes semblent donc plus engagés dans la prescription et la prise en charge du sevrage. Le différentiel de consultations peut concerner les différentes étapes du processus : la période préalable au sevrage, occasion pour le médecin de tenter de convaincre ou d'écouter son patient qui aborde le sujet lui-même (occurrence, a priori plus favorable à un futur engagement du patient dans un processus de sevrage) ; le sevrage lui-même ; son suivi pour accompagner le maintien de l'abstinence. Conformément aux données de la littérature qui considèrent que, du point de vue du patient, le médecin généraliste n'apparaît pas comme le principal moteur de la démarche (9, 15), on retrouve en 2005 une proportion supérieure et significative de patients ayant abordé eux-mêmes la question parmi les sevrés.

Des modalités de sevrage moins disparates

Les évolutions observées entre 1999 et 2005 révèlent un processus d'harmonisation des pratiques (diversité des

molécules prescrites), l'adéquation du type de psychotropes (BZD de première intention), l'association à des vitamines et à l'hydratation, et la prescription d'un accompagnement psychosocial.

En médecine générale, les prescriptions tendent à se rapprocher des recommandations de la conférence. Les BZD sont plus fréquemment prescrites dans l'échantillon des sevrés. Cela va dans le sens d'une molécule électivement prescrite pour le sevrage. Il en est de même pour les prescriptions de MMA (Aotal®, Révia®). Toutefois, le méprobamate est plus fréquemment prescrit chez les sevrés, ce qui va à l'encontre des recommandations de la conférence qui prône d'abandonner ce produit dans l'indication de sevrage. Lors des entretiens, certains spécialistes ont confirmé la persistance d'une prescription de ce produit en l'absence de comorbidité chez des patients qu'ils suivent et qui avaient subi un sevrage antérieur par leur médecin généraliste. Pour les autres molécules, notamment les neuroleptiques, il n'y a pas de différence significative entre patients sevrés et non sevrés, renvoyant peut-être à la présence de comorbidités. On constate enfin qu'en 2005, les médecins généralistes orientent plus fréquemment leurs patients en cours de sevrage vers d'autres intervenants.

En milieu institutionnel spécialisé, on observe une évolution favorable des pratiques conforme aux recommandations, notamment une harmonisation plus prononcée des pratiques de sevrage. L'utilisation de BZD seules ou associées devient quasi-systématique. La prescription de neuroleptiques n'apparaît plus qu'en association avec les BZD. Conformément aux recommandations, la durée de prescription a été réduite ; les traitements de moins de sept jours ont fortement augmenté passant de 12,2 % à 32,9 %. Un autre tiers concerne des durées en réduction progressive, mais encore supérieures à sept jours. Les prescriptions vitaminiques ou de MMA demeurent hétérogènes, notamment dans les durées et les doses.

Le sevrage, entre implication du médecin généraliste et pratique spécialisée

Une temporalité distribuée entre généralistes et spécialistes

Les données recueillies le confirment : un premier sevrage n'est que rarement efficace. La plupart des patients s'inscrivent dans un processus long de prise en charge du problème avec l'alcool, au cours duquel les tentatives successives ont des effets cumulatifs et accroissent les

probabilités de réussite. Les recommandations stipulent de commencer par un sevrage en médecine générale, ce qu'entérinent les résultats de l'enquête SFA de Palle et al. (12). Par cette recommandation, la conférence de consensus suppose la reconnaissance conjointe d'un partage temporel des tâches et une coordination entre médecine générale et médecine spécialisée. Or, les conditions d'une telle coopération sont particulièrement mal résolues dans notre pays du fait de leur inscription dans un modèle médical fortement hiérarchisé et historiquement marqué par la distance et la défiance (16). Dés lors, médecins généralistes et institutions spécialisées fonctionnent de façon trop souvent indépendante et sans transfert organisé d'informations sur les patients (17, 18). La distance entre médecine générale et médecine de spécialité apparaît néanmoins plus réduite en alcoologie qu'ailleurs. Un déficit de reconnaissance matérielle et symbolique, que divers auteurs (19-21) reconnaissent aux médecins généralistes, serait ressenti aussi par les médecins alcoologues au sein des institutions hospitalières. Plusieurs d'entre eux rencontrés lors du recueil en milieu hospitalier ont souligné leur statut dévalorisé par rapport aux autres spécialités médicales, l'alcoologie étant reconnue comme compétence et non comme spécialité. La trajectoire professionnelle de certains a débuté comme généraliste avant l'acquisition d'une expertise dans le domaine de l'alcoologie. À cet égard, les conférences de consensus constituent pour eux un enjeu majeur, signifiant que les pratiques en alcoologie s'appuient sur de l'*evidence-based medicine*.

En médecine générale, le sevrage s'inscrit au sein d'une prise en charge multiforme

Les résultats de consultation issus des dossiers de médecine générale, s'ils ne permettent pas d'identifier d'emblée un sevrage, montrent a contrario que le suivi d'un problème avec l'alcool s'inscrit pour la plupart des patients, notamment dépendants, dans une temporalité longue (22) et dans un environnement pathologique souvent lourd (23). Lorsque le médecin généraliste s'affronte à une problématique de sevrage, il a affaire à un patient qui reste profondément immergé dans son environnement quotidien. La démarche médicale qu'il lui propose n'intègre pas la rupture symbolique et organisationnelle du cadre de vie qu'impose un sevrage institutionnel et s'inscrit dans la logique de suivi ordinaire mené par le médecin traitant. De ce fait, le processus de sevrage entrepris par les médecins généralistes reste inséré dans les formes dominantes d'action en médecine libérale et de la relation patient-médecin, ce qui peut influencer sur les pratiques comme sur les prescriptions et entraîner certains écarts vis-à-vis

des règles et normes préconisées. Ces écarts sont alors justifiés par les généralistes soit par leur volonté de permettre aux patients de continuer à accomplir leurs tâches quotidiennes, soit par leur expérience clinique. C'est le cas par exemple pour le non-recours au sevrage simultané du tabac, les généralistes faisant souvent état d'une expérience d'échec de ces sevrages (23).

Généralistes, spécialistes : activités spécifiques et rapport aux normes

Ces arguments sont les mêmes que ceux mis en évidence dans les travaux portant sur l'observance par les médecins généralistes des recommandations de bonnes pratiques cliniques (RPC). Ainsi, Bachimont et al. (24) montrent à propos des RPC sur la prise en charge du diabète de type 2 que, si les médecins ont bien connaissance de leur existence, en revanche ils disent avoir des difficultés à les appliquer scrupuleusement car elles répondent mal à leurs besoins en pratique quotidienne. "Ça dépend des patients et de leur comportement." L'explication est à chercher dans l'obligation pour eux d'établir des priorités d'action entre approches relationnelle et technique pour répondre aux besoins de prise en charge globale de leurs patients, parmi lesquelles le suivi de pratiques codifiées n'est pas prioritaire (17, 25). Le travail en médecine générale se caractérise par l'établissement de compromis et l'adaptation des critères d'efficacité espérée pour un patient donné (26) avec lequel il faut constamment négocier, ce que Trépos et al. (27) définissent comme induisant une appropriation imparfaite des recommandations pour concilier les "modèles sacrés" de la médecine (ceux définis par les spécialistes) et le "sale boulot" que rencontre la pratique ordinaire. Les généralistes ne contestent pas ou peu leur utilité car elles réduisent l'incertitude (28) : "les experts qui produisent les recommandations n'ont pas toujours une vision pratique de [leur] quotidien" (27). Ainsi, la faible prescription de thiamine est justifiée par son non-remboursement par l'Assurance maladie et l'expérience pratique d'une faible observance.

Malgré la diversité des experts mobilisés qui fait souvent une place à la médecine générale, l'expérience enseigne que les RCP sont majoritairement définies selon les cadres d'exercice institutionnels. Et, dans le cas présent, on constate bien dès 1999 une anticipation par les institutions spécialisées et les membres de la SFA des pratiques recommandées, minimisant ainsi mécaniquement l'écart à franchir pour s'y conformer, ce que confirment les entretiens. Néanmoins, pour tous, spécialistes comme généralistes, les RPC viennent objectiver leurs pratiques

médicales quotidiennes, ce qui conduit à réinterroger les principes d'action qui les guident et, potentiellement, à les renforcer tout autant qu'à les modifier. L'une des questions posées est de savoir comment ces nouvelles règles de pratique vont s'articuler avec le jugement clinique qu'elles viennent guider (29).

Conclusion

En dépit de l'absence de données spécifiquement élaborées pour répondre à la question posée, les résultats obtenus permettent de repérer certaines évolutions des pratiques de sevrage alcoolique entre 1999 et 2005. En milieu spécialisé d'alcoologie, les pratiques évoluent dans le sens préconisé par la conférence de consensus. Les résultats minimisent cependant la transformation des prescriptions que de nombreux alcoologues avaient anticipée et qui marquait déjà leurs pratiques en 1999. Et, malgré leur préconisation hors dépendance, les surveillances simples sans traitement restent exceptionnelles.

Les pratiques de sevrage en médecine générale semblent augmenter en fréquence, comme cela a été préconisé, et tendre globalement à se conformer aux recommandations. Elles restent cependant plus hétérogènes, et certaines prescriptions jugées inadaptées semblent persister (notamment le méprobamate), ce qui rejoint les propos de médecins alcoologues qui déplorent une persistance de crises de delirium tremens hors milieux spécialisés. Ces résultats plaident pour une moins bonne connaissance de la conférence par les médecins généralistes, mais les écarts peuvent aussi s'expliquer par des contraintes liées à leur cadre d'exercice. Leur interprétation doit ainsi tenir compte du fait que les prescriptions analysées ne sont pas toutes faites dans le cadre du sevrage, mais peuvent être liées à des comorbidités antérieures. Et les prescriptions en ambulatoire doivent s'adapter aux patients qui doivent pouvoir continuer à mener leur vie familiale et professionnelle.

L'un des résultats importants reste la montée en charge de l'implication des médecins généralistes auprès de leurs patients ayant un problème avec l'alcool, même si la population de généralistes investiguée est sûrement plus sensibilisée au respect des bonnes pratiques que l'ensemble. La place du médecin généraliste reste essentielle dans la prévention et le repérage des problèmes avec l'alcool malgré leurs difficultés de prise en charge. Il apparaît dès lors important qu'ils se sentent et soient reconnus comme un maillon essentiel d'un processus au long cours, un premier sevrage constituant l'amorce de ce processus,

l'inscription du patient dans un espace thérapeutique et le passage souvent nécessaire vers un sevrage ultérieur efficace. ■

Remerciements. – Au Pr Martine Daoust qui a été à l'origine de ce projet et a participé avec la SFA à l'élaboration du protocole de recherche.

À la SFA, pour son soutien financier et son aide pour l'enquête en milieu institutionnel.

À la SFMG et plus particulièrement aux Drs Olivier Kandel et Philippe Boissnault pour leur aide aux différentes phases du recueil de données : en premier lieu, à la définition des critères d'inclusion des dossiers de patients, ainsi qu'au choix de variables pertinentes et exploitables statistiquement ; en second lieu, à l'extraction des données de la base et à l'interrogation par courriel des médecins généralistes concernés, étape pilotée par Mme Catherine Veneau.

Ce projet a bénéficié du soutien financier de la MILDT et de l'INSERM.

C. Despres, L. Demagny, M. Bungener
Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolodépendant.
Influence de la conférence de consensus de 1999
Alcoologie et Addictologie 2011 ; 33 (4) : 333-344

Références bibliographiques

- 1 - Saitz R, Mayo-Smith MF, Roberts MS, Redmond HA, Bemard DR, Calkins DR. Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial. *JAMA* 1994 ; 272 (7) : 519-523.
- 2 - Le Bars Y, Orcels S, Balmès JL. Syndromes de sevrage alcoolique en milieu hospitalier : enquête nationale. *Alcoologie* 1999 ; 21 (2) : 317-320.
- 3 - SFA, ANAES. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Conférence de consensus du 17 mars 1999. *Alcoologie* 1999 ; 21 (25) : 15-2205.
- 4 - Duhot D, Kandel O, Boissnault P, Hebbrecht G, Arnould M. L'observatoire de la Médecine générale. Un réseau et une base de données au service de la médecine générale en France. *Primary Care* 2009 ; 9 (2) : 41-45.
- 5 - Clerc P, Boissnault P, Hebbrecht G. Développement d'un entrepôt de données en médecine générale. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2003 ; 51 (5) : 553-554.
- 6 - INSERM. Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance. Expertise collective. Paris : Édition INSERM, 2003.

- 7 - SFA. Annuaire des structures de soins en alcoologie. 5^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : Princeps Éditions, 2004.
- 8 - Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? *Questions d'économie de la Santé (IRDES)* 2008 ; (129).
- 9 - Terrade P. Attentes des patients alcoolodépendants vis-à-vis de leur médecin généraliste avant et après le sevrage : étude auprès de 199 patients pris en charge pour sevrage dans quatre centres de référence [Thèse de médecine]. Poitiers : Université de Poitiers, 2009.
- 10 - Chevrel K. General practitioners' prescribing decision-making, the case for proton pump inhibitors in France, working papers [Ph. D]. Londres : London school of Economics and political science, 2011.
- 11 - Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Latil E, Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale. *Questions d'économie de la Santé (IRDES)* 2005 ; (97).
- 12 - Palle C, Daoust M, Houchi A, Kusterer M. Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés. *Alcoologie et Addictologie* 2010 ; 32 (1) : 15-23.
- 13 - Pouchain D, Huas D, Druais P, Pas L, Wolf B. Implication des médecins généralistes dans la prévention. *Rev Prat Méd Gén* 1998 ; 12 : 31-37.
- 14 - Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions, attitudes et pratiques des médecins généralistes français concernant l'alcool. *Rev Prat Méd Gén* 2002 ; 16 : 1488-1492.
- 15 - ANPA. Consultants des CCAA 2002. Rapport. Paris : ANPA, 2002.
- 16 - Bungener M, Demagny L, Holtehdahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? *Pratiques et Organisation des Soins* 2009 ; 40 (3) : 191-196.
- 17 - Bungener M, Baszanger I. Chapitre 1 : Médecine générale, le temps des redéfinitions. In : Baszanger I, Bungener M, Paillet A, Éditeurs. Quelle médecine voulons-nous ? Paris : Éditions La Dispute, 2002 : 19-34.
- 18 - Bungener M, Poisson-Salomon AS. Travailler et soigner en réseau. Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne. Paris : Éditions INSERM, Coll. Questions en santé publique, 1998.
- 19 - Arliaud M. Les médecins. Paris : La Découverte, 1987.
- 20 - Baszanger I, Bungener M. Heureux, moi non plus, 20 ans d'enquête : regard sur les médecins généralistes. *Le Généraliste* 1995 ; (N° Spécial 20 octobre) : 7-12.
- 21 - Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes : Éditions Presses de l'EHESP, 2010.
- 22 - Kiritzé-Topor P, Paréja JP. Répondre à une demande de sevrage alcoolique. Les sevrages itératifs. *Alcoologie* 1999 ; 21 (25) : S56-S60.
- 23 - Roy C. Audit de pratique sur la tenue du dossier médical en médecine générale : test de faisabilité dans un cabinet, sur la prise en charge des patients dépendants de l'alcool [Thèse de médecine]. Poitiers : Université de Poitiers, 2006.
- 24 - Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences Sociales et Santé* 2006 ; 24 (2) : 75-103.
- 25 - Urfalino P, Bonetti E, Bourgeois I et al. Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein. Rapport de recherches. Centre de sociologie des organisations (CNRS), Union régionale des médecins libéraux du Poitou-Charentes, 2001.
- 26 - Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. *Revue Française des Affaires Sociales* 2005 (1) : 103-125.
- 27 - Trépos JY, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2008 ; 56 (45) : S221-S229.
- 28 - Castel P, Merle I. Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins, Sociologie du travail 2002 ; 44 (3) : 337-355.
- 29 - Nurok M, Henckes N. Pre-hospital emergency work and values: a fluctuating economy. *Social Science and Medicine* 2009 ; 68 : 504-510.