

# Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

02  
7

B. Majed

Avec la collaboration de G. Poirier, M. Sampil



Rapport réalisé pour

la FNORS, la DREES, l'OFDT et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité



# Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

Bilal Majed<sup>1</sup>

Avec la collaboration de Gilles Poirier<sup>2</sup>, Madiou Sampil<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médecins chargés d'études à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

<sup>2</sup> Statisticien chargé d'études à l'ORS Nord – Pas-de-Calais

## Sommaire

---

<i>Introduction</i>	<i>p 7</i>
<i>Méthodologie</i>	<i>p 9</i>
<i>Résumé</i>	<i>p 11</i>
<b>CONNAISSANCES ACTUELLES SUR L'ALCOOLISME RÉGIONAL : SYNTHÈSE À PARTIR DES TABLEAUX DE BORD ALCOOL 1994 ET 2001</b>	<b>p 13</b>
La consommation d'alcool	p 13
La mortalité attribuée à la consommation chronique de boissons alcoolisées	p 14
Cirrhoses	p 14
Cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS)	p 14
Psychoses alcooliques	p 14
Triptyque alcool	p 14
Les comorbidités associées à la consommation chronique abusive de boissons alcoolisées	p 15
Les maladies neuro-psychiatriques	p 15
Les pathologies hépato-gastro-entérologiques	p 15
Les cancers	p 15
Les pathologies cardio-vasculaires	p 15
Les pathologies infectieuses	p 15
Le syndrome d'alcoolisation fœtale	p 15
Le recours aux soins de la population en difficulté avec l'alcool	p 15
L'alcoolisme dans les Programmes Régionaux de Santé et les structures spécialisées	p 15
L'alcool dans les structures hospitalières	p 16
Utilisation du système de soins et problèmes d'alcool	p 16
L'alcool en médecine libérale	p 16
<b>ANALYSE DES DONNÉES</b>	<b>p 19</b>
Description générale des patients	p 19
Âge et sexe : une majorité de femmes, la sur-représentation des sujets de plus de 65 ans	p 19
Répartition selon l'activité professionnelle et la situation par rapport à l'emploi : sur-représentation des cadres, des retraités, sous-représentation des chômeurs et des personnes sans emploi	p 20
Domicile et situation familiale : la majorité des patients vivent en couple et ont un domicile stable	p 21
Situations particulières : bénéficiaires de l'AAH, du RMI ou de la CMU	p 21
Patients bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD)	p 22
Motifs de recours aux soins : le 1 <sup>er</sup> motif de recours aux soins est l'hypertension artérielle, l'abus ou la dépendance à l'alcool arrivent en 23 <sup>ème</sup> position	p 23
Profil des consommateurs de tabac : près de 2 fois plus de fumeurs réguliers chez les hommes	p 26
Profil des consommateurs d'alcool : surconsommation des hommes par rapport aux femmes, notamment entre 35 et 64 ans	p 27

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

Les patients et l'alcool	p 31
Profession et statut par rapport à l'emploi	p 36
Situations particulières : RMI, AAH, CMU, minima sociaux sur-représentés	p 40
État de santé : surconsommation de soins	p 41
Situation familiale et profil général par rapport à l'alcool : le couple, facteur protecteur	p 42
Situation du domicile : la précarité du logement, facteur de risque	p 44
Modèle explicatif global du profil "alcool" à risque avec dépendance	p 45
Dans l'échantillon régional	p 45
Dans l'échantillon national	p 46
Motifs de recours aux soins selon le profil général par rapport à l'alcool	p 56
Prise en charge de la consommation excessive d'alcool	p 58
Profil général par rapport à l'alcool et la consommation de tabac	p 60
Profil général par rapport à l'alcool en fonction de la typologie ZAU (Zonage en Aires Urbaines)	p 61
 <i>Conclusion</i>	 <i>p 63</i>
 <i>Annexes</i>	 <i>p 67</i>
Annexe 1 : Variables caractérisant la consommation d'alcool et de tabac des patients	p 69
Annexe 2 : Résultats de l'analyse factorielle des correspondances simples	p 71
Annexe 3 : Questionnaire	p 73
Annexe 4 : Questionnaire DETA	p 77
Annexe 5 : Questionnaire AUDIT	p 79
Annexe 6 : Recommandations OMS pour une consommation à moindre risque	p 81
Annexe 7 : Cartes	p 83
Annexe 8 : Prévalence brute du profil alcool à risque avec dépendance dans les différentes régions françaises	p 85
Annexe 9 : Schéma récapitulatif	p 87
 <i>Bibliographie</i>	 <i>p 91</i>
 <i>Abréviations</i>	 <i>p 93</i>

## *Introduction*

---

Malgré la diminution de la consommation moyenne de boissons alcoolisées depuis les années 60, l'abus d'alcool, en raison de ses répercussions sanitaires et sociales, constitue toujours à l'heure actuelle un problème majeur de Santé Publique.

En France, près de 23 000<sup>1</sup> décès annuels sont directement attribuables à l'abus de consommation d'alcool (notamment cancers des VADS –Voies Aéro-Digestives Supérieures–, cirrhoses, alcoolodépendance). De manière globale, l'alcool est responsable d'un décès sur 9<sup>2</sup> ; l'ivresse est associée à environ 40 % des décès de la circulation, 25-35 % des accidents de voiture non mortels, 64 % des incendies et des brûlures et à 48 % des hypothermies et des cas de gelure<sup>3</sup>. Il est également incriminé dans 40 % des chutes et 50 % des homicides (victimes ou criminels)<sup>3</sup>.

Conscients de l'ampleur du problème de l'alcoolisme en France, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) ont été à l'origine d'une enquête nationale auprès des usagers du système de soins hospitalier et de la médecine libérale de ville.

Le volet concernant les patients hospitalisés a été confié aux services statistiques des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), alors que le volet concernant la médecine de ville a été pris en charge par les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) en partenariat avec l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral (URMEL).

Ce document présente les résultats de l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes de la région Nord – Pas-de-Calais ; région dans laquelle la proportion de patients ayant une consommation abusive de boissons alcoolisées avec dépendance, rencontrés en médecine générale, est la plus élevée de toutes les autres régions françaises.

---

<sup>1</sup> et <sup>2</sup> d'après le document du CFES (Comité Français d'Éducation pour la Santé) en 2001 "L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir". <http://www.cnamts.fr/fichiers/dp27092001.pdf>. L'Alcool comme cause directe et indirecte. Catherine Hill, Institut Gustave Roussy et Expertise Collective, INSERM 2001, données 1998. <http://www.inserm.fr/servcom/servcom.nsf/7f476b2583842f98c12569b400384eee/d46e896586af766880256acd0037d4bd?OpenDocument>.

<sup>3</sup> Source : : [http://www.alcoveb.com/french/info\\_gen/sante\\_soc/maladies/traumat/traumat.html](http://www.alcoveb.com/french/info_gen/sante_soc/maladies/traumat/traumat.html).



## Méthodologie

Après stratification suivant le sexe, l'ancienneté d'installation (année d'inscription à l'ordre des médecins) et la zone d'implantation (par tranche d'unité urbaine) des généralistes, a été réalisé un sondage en grappes avec échantillonnage à deux degrés sur la base du fichier ADELI ; la grappe étant la clientèle du médecin sondé, et l'unité statistique, le patient.

Les médecins participants ont été sélectionnés, dans chaque région, de manière aléatoire, puis enquêtés durant deux journées, choisies à partir de leur mois de naissance. Tous les patients, âgés de plus de 16 ans, vus par le médecin durant les deux jours de l'enquête, ont été inclus dans l'étude. Le questionnaire rempli durant la consultation ou la visite comportait un volet concernant les informations socio-démographiques, un volet de questions destinées au patient (notamment quant à sa consommation d'alcool) et enfin un volet pour les renseignements médicaux (relatifs au motif de consultation). Ainsi, le premier degré de l'échantillonnage est le tirage au sort du généraliste à enquêter, et le deuxième, le choix des deux journées d'enquête. Les médecins exclus de l'étude exercent en tant qu'homéopathe, acupuncteur et/ou angiologue. Les médecins remplaçants ont également été exclus de l'étude.

Un premier coefficient de pondération incluant un redressement par médecin ( $C_{1i}$ ) et par strate ( $C_{2SR}$ ) a été calculé :  $C_{SR} = (C_{1i}) \times (C_{2SR})$ . Mais les premières analyses réalisées sur le fichier national ont montré d'une part un pourcentage global de visites des médecins nettement inférieur aux chiffres habituellement publiés, et d'autre part un nombre d'actes par médecin inférieur aux valeurs attendues ; notamment pour les ré-

gions du Nord, régions à moindre densité médicale (à plus forte activité pour les généralistes). Un deuxième coefficient de pondération pour chaque région a donc été calculé à partir des données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)<sup>1</sup>. Ce coefficient ( $C_{DEF}$ ) tient compte de la pondération de l'ensemble des actes, des consultations et des visites (pour une même région).

Enfin, l'existence pour la majorité des régions de strates à effectif "nul", pouvant être une source d'erreurs non négligeables dans le calcul des intervalles de confiance, a conduit à ne pas prendre en compte la stratification dans l'analyse statistique. L'analyse dans chaque région a été faite comme si les grappes (médecins) étaient tirées au sort par sondage aléatoire simple, sachant que la fraction de sondage entre strate était uniforme et que la pondération tenait compte des taux de participation des médecins.

Enfin, plusieurs néo-variables concernant la consommation d'alcool et de tabac ont été construites permettant de mieux analyser le type d'usage des patients. Ces différentes variables sont explicitées en Annexe 1.

**Les principaux objectifs de cette enquête sont de :**

- **mesurer la prévalence des comportements d'alcoolisation excessive dans la population s'adressant aux médecins libéraux et au système de soins hospitalier ;**
- **étudier le lien entre les motifs de soins et la consommation excessive d'alcool.**

<sup>1</sup> Étude du mois de mars 2000, publiée dans "Point Stat n°33" "Une semaine d'activité des généralistes libéraux". Fivaz C, Le Laidier S. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Direction des Statistiques et des Études (DSE). Paris. FRA. 2001/09. Point stat n°33. <http://www.cnamts.fr/secu/fichiers/point33.pdf>.



La réalisation de cette enquête transversale à partir d'un échantillon représentatif de patients ayant recours aux soins en médecine générale a permis de mesurer la prévalence des comportements vis-à-vis de la consommation d'alcool (notamment l'usage à risque avec dépendance), d'étudier les caractéristiques socio-démographiques et d'analyser les motifs de recours des patients en difficulté avec l'alcool.

D'une manière globale, près d'un patient sur dix a un profil de consommation à risque avec dépendance dans la clientèle des médecins généralistes de la région Nord – Pas-de-Calais. L'analyse par sexe montre que, quelle que soit la classe d'âge décennale, les hommes ont une consommation d'alcool nettement plus importante que les femmes, notamment entre 35 et 64 ans.

Le profil "alcool" à risque avec dépendance est lié à la précarité socio-économique : bénéficiaires de minima sociaux, précarité de la situation par rapport à l'emploi, isolement social (vit seul) et précarité du logement. Les catégories socio-professionnelles les plus exposées à ce type de consommation d'alcool sont les ouvriers, les "sans profession" et les employés.

Les différents indicateurs relatifs à l'état de santé des patients (définis dans le questionnaire à travers la notion d'invalidité ou de longue maladie et le fait d'être bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une Affection Longue Durée –ALD–), liés au profil "alcool" à risque avec dépendance, sont sur-représentés dans cette population. À noter également, la survenue, d'une manière plus importante dans cette population, d'hospitalisations d'une durée supérieure à 24 heures en rapport avec des "accidents" ; ce constat est corrélé dans une certaine mesure à des épisodes d'alcoolisation aiguë.

Parmi toutes les régions françaises, le Nord – Pas-de-Calais a la plus importante prévalence brute de patients dont le profil "alcool" est à

risque avec dépendance : 9,5 % [7,6–11,7]. La prise en compte des différents facteurs explicatifs socio-démographiques et sanitaires (cités plus haut) du profil "alcool" à risque avec dépendance n'a pas permis d'expliquer le risque accru de l'abus d'alcool avec dépendance des patients rencontrés en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais. D'autres facteurs explicatifs peuvent être envisagés tels que le type de consommation d'alcool, le recours aux soins des populations en difficulté avec l'alcool ou l'importance et l'implication des autres structures de prise en charge de l'alcoolisme chronique. Ceci afin de tenter de mieux expliciter les disparités régionales quant à l'importance du profil à risque avec dépendance dans la clientèle des médecins généralistes.

S'agissant de la consommation de tabac, il existe une disparité importante selon le sexe : les hommes sont de plus importants fumeurs réguliers que les femmes, quelle que soit la classe d'âge décennale. La consommation régulière de tabac diminue suivant les différentes classes d'âge décennales, mais près d'un homme sur deux est un fumeur régulier avant l'âge de 45 ans. Les patients ayant un profil de consommateur à risque avec dépendance sont les plus importants consommateurs de tabac (consommation régulière de plus de 5 cigarettes/jour).

Les motifs de consultation relatifs aux troubles psychiques, à l'abus d'alcool et de tabac, sont sur-représentés dans la population de patients évalués à risque avec dépendance. Ceci semble traduire la souffrance psychique de ces patients. Il est cependant difficile de déterminer quel trouble a engendré l'autre (l'abus d'alcool ou la souffrance psychique).

Malgré la sur-représentation du motif de recours "abus ou dépendance à l'alcool" dans la population de patients les plus en difficulté avec l'alcool, cette problématique n'est l'objet du recours aux soins que pour 35,4 % de ces patients. 87,7 % de ces patients à risque avec dépendance sont identifiés comme "ayant des problèmes avec l'alcool". 83,6 % des patients à risque ont bénéficié d'une in-

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

tervention de la part de leur médecin concernant leurs difficultés avec la consommation d'alcool. Ces chiffres traduisent un manque de sensibilisation et/ou un certain "non-dit", ou encore un déni des patients en difficulté avec la consommation d'alcool avec des stigmates de dépendance ; ceci en l'absence de consensus et de formation spécifique des médecins généralistes pour la prise en charge en alcoologie et en addictologie.

Enfin, dans cette étude nous avons rencontré la difficulté de l'identification des consommations d'alcool excessives sans notion de dépendance (profil à risque sans dépendance) notamment en confrontant les résultats du test DETA<sup>1</sup> (version française du questionnaire CAGE), la consommation d'alcool déclarée (variable USAGE) et l'avis du praticien ; ce

type de consommation étant souvent beaucoup moins perçu par le patient comme dommageable par rapport à une consommation excessive d'alcool accompagnée de dépendance.

Ainsi, nous avons constaté que le test DETA est plus efficace pour identifier les consommations à risque avec dépendance. Bien que moins efficace concernant la population à risque sans dépendance, il permet d'identifier près de la moitié des patients. Il est nécessaire de confronter le résultat du test DETA à l'importance et la fréquence de la consommation d'alcool actuelle. Cette démarche devrait permettre de mieux évaluer la problématique actuelle du comportement des patients (vis-à-vis de leur consommation d'alcool) et d'adapter la prise en charge.

---

<sup>1</sup> Questionnaire DETA :

Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ?

Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Une consommation abusive d'alcool peut être suspectée à partir de deux questions positives.

## ***Connaissances actuelles sur l'alcoolisme régional : synthèse à partir des Tableaux de bord Alcool 1994 et 2001***

### **La consommation d'alcool**

On relève la notion d'une diminution de la consommation d'alcool dans le monde depuis la fin des années 60, avec un ralentissement de la diminution depuis le milieu des années 80 et une stabilisation depuis le milieu des années 90.

La France est l'un des plus importants pays consommateurs d'Europe :

10,9 litres d'alcool pur/habitant/an en 1997 (contre 15,7 litres d'alcool pur/habitant/an en 1970) dont

- 60 l de vin/habitant/an ;
- 37,5 l de bière/habitant/an ;
- 2,4 l d'alcools distillés/habitant/an.

La diminution de consommation d'alcool pur est essentiellement liée à la baisse de la consommation de vin.

Au sein de l'hexagone (cartes en Annexe 10), la région Nord – Pas-de-Calais n'a ni le pourcentage de buveurs hebdomadaires le plus élevé, ni le nombre moyen de verres d'alcool par habitant le plus important. De plus, d'après le Baromètre Santé réalisé en 2000<sup>1</sup>, la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des douze derniers mois parmi les 12–75 ans dans la région Nord – Pas-de-Calais est loin d'être la plus importante de toutes les autres régions. De plus, la consommation d'alcool des jeunes, en termes de fréquence dans la région Nord – Pas-de-Calais, est inférieure aux autres régions françaises, quel que soit le sexe.

Les données concernant l'achat de produits alcoolisés ont été obtenues à partir des enquêtes SECODIP réalisées entre 1996 et 1998. Dans le Nord – Pas-de-Calais, le nombre de litres d'alcool achetés par an et par personne

est supérieur à la moyenne nationale et en nette progression entre 1996 et 1998 (surconsommation de 53 %, progression de 4 %). Le pourcentage de ménages acheteurs de produits alcoolisés est plus élevé dans le Nord – Pas-de-Calais qu'en moyenne en France, mais de manière beaucoup moins importante (surconsommation de 11 %). De plus, il n'existe pas de progression entre 1996 et 1998. Il est important de tenir compte, pour l'interprétation de ces résultats, de la proximité des frontières belges et anglaises. Cette dernière peut être à l'origine de l'achat de produits alcoolisés dans la région sans pour autant qu'ils y soient forcément consommés (par les non-résidents).

La consommation, issue du Baromètre Santé du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) réalisé entre 1993 et 1994, montre que 65,1 % de la population adulte du Nord – Pas-de-Calais est consommatrice d'alcool. Ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale, de même que le nombre moyen de verres d'alcool consommés par habitant est inférieur à la moyenne nationale.

L'un des facteurs explicatifs de la surconsommation de boissons alcoolisées est la diminution de leur prix et l'augmentation de la teneur en alcool :

- concernant le vin : le volume acheté par an et par personne dans le Nord est de 18,6 % supérieur à la moyenne nationale, alors que 87,5 des ménages de la région sont acheteurs contre 90,2 % en moyenne nationale ;
- concernant la bière : il existe une nette diminution des volumes vendus depuis les années 60, mais on relève une surconsommation du Nord – Pas-de-Calais par rapport à la France en termes de nombre de litres achetés par personne par an et de pourcentage de consommation des ménages (surconsommation de près de 96 %).

<sup>1</sup> Baromètre Santé 2000 du CFES. <http://www.cfes.sante.fr/index.asp?page=Barometres/Baro2000/Presentation/presentation.asp>.

Enfin, une étude concernant la consommation d'alcool des jeunes appelés et engagés en 1987 indique une sous-consommation des sujets de la région du Nord – Pas-de-Calais.

*Toutes ces données suggèrent l'existence d'une sous-consommation globale d'alcool accompagnée de l'existence d'une sous-population consommatrice d'une quantité importante d'alcool dans la région.*

### **La mortalité attribuée à la consommation chronique de boissons alcoolisées**

L'étude de la mortalité attribuée à la consommation chronique d'alcool retient les décès par :

#### **CIRRHOSES**

60 à 85 % des cirrhoses seraient d'origine alcoolique<sup>1</sup> ; ces chiffres incluaient les cirrhoses chroniques d'origine virale C. 10 à 15 % des sujets présentant un alcoolisme chronique développent une cirrhose ; sachant qu'il existe une période de latence (5 à 20 ans) inversement proportionnelle à la quantité d'alcool consommée durant une période donnée. Les femmes développent souvent, dans le premier temps d'une intoxication alcoolique chronique, une hépatopathie alcoolique pour un niveau de consommation inférieur aux hommes.

La survie à 5 ans des patients atteints de cirrhose hépatique, poursuivant leur intoxication, est de 50 % ; l'abstinence semble stabiliser les lésions et améliorer la survie.

Enfin, 60 % des hépatocarcinomes sont attribuables à l'alcoolisme chronique.

#### **CANCERS DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES (VADS)**

12 % de l'ensemble des décès par cancer sont associés à une consommation chronique d'alcool.

80 % des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures sont liés à l'alcoolisation chronique, sachant que d'autres facteurs de risques concomitants ont également été identifiés (tabac, exposition professionnelle, etc.).

#### **PSYCHOSES ALCOOLIQUES**

Elles sont considérées comme une cause de décès subsidiaire, dans les cas où survient un décès sans étiologie explicite associé à une notion de forte intoxication alcoolique.

#### **TRIPTYQUE ALCOOL**

Le triptyque alcool est constitué de plusieurs causes de décès liées à l'intoxication alcoolique chronique :

- les cirrhoses du foie et les hépatocarcinomes ;
- les cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx et larynx) ;
- et les psychoses alcooliques.

Il existe une surmortalité masculine (ratio = 2,3) pour le triptyque alcoolique, régional, national comme mondial : 8 % des décès chez les hommes sont en rapport avec le triptyque alcool contre 3,2 % chez les femmes. Cependant il existe, en France comme dans la région Nord – Pas-de-Calais, une baisse des décès en rapport avec la consommation chronique d'alcool (diminution de près de 20 % entre les périodes 86-89 et 94-97).

C'est entre 40 et 65 ans pour les hommes et 40 et 60 ans pour les femmes, que la mortalité du triptyque alcoolique est la plus importante.

Les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) pour le "triptyque alcool" par rapport à la France sont significativement supérieurs dans la région pour les hommes et les femmes :

- Période 1994-1997 hommes ICM à 171 % ; mortalité précoce < 65 ans Ratios Standardisés de Mortalité (RSM) à 190 %.
- Période 1994-1997 femmes ICM à 213 % ; mortalité précoce < 65 ans RSM à 320 %.

À noter que c'est bien l'ensemble du territoire de la région Nord – Pas-de-Calais qui est atteint par la surmortalité du triptyque alcool. Tous les Bassins de vie ont un ICM > 170 %. Les zones les plus touchées sont essentiellement le milieu urbain voire hyperurbain.

L'examen des aires de surmortalité suggère l'existence d'une forte discrimination sociale.

<sup>1</sup> Beaugrand M. La revue du praticien, 1997 ; tome 47,5 : 487-490.

## Les comorbidités associées à la consommation chronique abusive de boissons alcoolisées

Les comorbidités indexées comme les plus liées à une consommation chronique abusive d'alcool sont les suivantes :

### LES MALADIES NEURO-PSYCHIATRIQUES

Liées à l'intoxication chronique :

- complications dues aux carences vitaminiques (vit. B.) : syndrome de Korsakoff, encéphalopathie de Gayet Wernicke, polynévrites des membres inférieurs et névrite optique rétro-bulbaire ;
- complications dues à la toxicité de l'alcool : atrophie cérébrale, cérébelleuse, poly-névrite des membres inférieurs.

Liées à l'intoxication aiguë :

- ivresse et coma éthylique ;
- troubles dus au sevrage (delirium tremens, crises convulsives).

### LES PATHOLOGIES HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIQUES

Il s'agit principalement de la cirrhose hépatique, des varices œsophagiennes, des œsophagites et gastrites ulcéreuses, des pancréatites et de troubles de l'absorption intestinale responsables d'une carence vitaminique et protéique.

### LES CANCERS

L'implication de l'alcool dans la survenue des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS) a été montrée, sachant que le tabac a un effet synergique voire tout aussi important à la genèse de ces pathologies.

### LES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

Il s'agit de l'insuffisance cardiaque, de la cardiomyopathie alcoolique, du béribéri cardiaque et de l'hypertension artérielle.

### LES PATHOLOGIES INFECTIEUSES

Notamment en ce qui concerne la tuberculose, et d'autres infections pulmonaires bactériennes dont celles à pneumocoques, l'alcoolisme chronique constitue un terrain de fragilité pour les infections.

### LE SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE

Il existe une relation dose-effet entre le volume d'alcool absorbé par la mère et les conséquences sur le fœtus allant du déficit léger du niveau mental jusqu'au tableau de la grande embryo-fœtopathie alcoolique.

## Le recours aux soins de la population en difficulté avec l'alcool

Un rapport sur les pratiques addictives publié en 2000<sup>1</sup> rapporte que le système de soins proposé aux personnes en difficulté avec l'alcool est insuffisant et peu efficace ; ceci en raison de l'existence d'un certain déni social du problème de l'alcoolisme et du faible intérêt des décideurs pour celui-ci.

Le dispositif mis en place dans la région du Nord – Pas-de-Calais est décrit comme insuffisant par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et les PRS.

### L'ALCOOLISME DANS LES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ (PRS) ET LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES

En 1997, l'alcoolisme ne faisait pas partie, de manière spécifique, des cinq PRS entrepris dans la région. Il était compris dans le PRS "Conduites de Consommations À Risques" (CCAR) relatif notamment à la consommation de tabac et de drogues illicites. Il apparaissait clairement que la population cible pour ce PRS n'était pas la même selon le type de "consommation à risque".

Notons que le thème de l'alcool était abordé par le PRS "Challenge" concernant les cancers.

On comptabilisait 13 structures de type "Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie" (CCAA) ou apparentés dans la région. Les communes rurales étaient en situation de sous-accessibilité pour ces structures médico-sociales.

Les données disponibles à l'échelon national montraient, dans la population accueillie par

<sup>1</sup> Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Éditions Odile Jacob, 2000 ; 273 p.

les CCAA (anciens Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie-CHAA), une nette prédominance des hommes (trois/quatre). L'âge moyen était de 41 ans, sachant que les moins de 30 ans représentaient une part assez faible (15 à 23 %). Les catégories socio-professionnelles "ouvriers" et "employés" y étaient sur-représentées, ainsi que les différents indicateurs de la précarité (RMI, chômage, domicile précaire).

#### L'ALCOOL DANS LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES

La prise en charge hospitalière en alcoologie comptait (en 1999) 19 centres hospitaliers (345 lits) ; les villes étaient mieux dotées que les campagnes ; 80 % des lits pour les villes (71 % de la population) *versus* 17,7 % des lits pour les campagnes (11 % de la population).

#### UTILISATION DU SYSTÈME DE SOINS ET PROBLÈMES D'ALCOOL

L'étude RHCP2S (Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours ; réalisée en 1998 par l'ORS Nord – Pas-de-Calais<sup>1</sup>) met en évidence un gradient net entre la PCS (Profession et Catégorie Sociale), l'activité salariale et le niveau d'études de la personne de référence du ménage, et le fait d'être confronté à un problème d'alcool (représenté par le fait d'avoir tenté de diminuer ou d'arrêter sa consommation d'alcool).

Ceci reflète ce qui a déjà été décrit par des études françaises mais également anglosaxonnes et scandinaves, à savoir que la consommation excessive d'alcool est plus fréquente dans les populations les plus défavorisées.

La fréquence de recours aux soins par les ménages ayant eu à prendre en charge un problème d'alcoolisme est inférieure à celle des ménages n'ayant jamais rencontré de problème d'alcool.

Le sous-recours concerne autant la prise en charge de l'alcoolisme que les autres motifs de recours aux soins, ceci est probablement en lien avec les difficultés financières de ces populations.

<sup>1</sup> Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2000.

#### L'ALCOOL EN MÉDECINE LIBÉRALE

Parmi les différentes modalités de prise en charge (unités hospitalières spécialisées, Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie, milieu associatifs, centres de cure et de post-cure, Comités Départementaux de Prévention de l'Alcoolisme-CDPA), les médecins généralistes sont un des acteurs de la prise en charge de l'alcoolisme chronique.

Prescripteurs de cure de sevrage, notamment en ambulatoire, ils sont souvent investis dans le suivi de postcures, le traitement des complications et l'accompagnement médico-social de leurs patients.

Plusieurs études ont montré l'efficacité d'un bref entretien avec le médecin de patients ayant des difficultés avec l'alcool sur la réduction de la consommation de boissons alcoolisées<sup>2</sup>. Cependant, en l'absence de campagnes de sensibilisation et de formation spécifique des médecins libéraux, le dépistage de l'abus d'alcool par les médecins généralistes semble encore difficile. Une étude américaine<sup>3</sup> rapporte que seulement 41 % des médecins recherchent de manière régulière des difficultés avec l'alcool chez leurs patients. Plusieurs études européennes et américaines<sup>4</sup> mettent en évidence la difficul-

<sup>2</sup> – Flennig MF and all. *Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomised controlled trial in community-based primary care practices*. *Jama* April 1997 ; 277(13) : 1039-45.

– Drummond DC and all. *Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers*. *Lancet* Dec 1990 ; 336(8727) : 1384 et Fev 1991 ; 337(8736) : 295-6.

– Haggerty JL. *Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et conselling des buveurs à risque*. Université McGill Montréal (Québec). <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/clinique/pdfs/s6c42f.pdf>.

<sup>3</sup> – Duszynski KR and all. *Reported practices, attitudes and confidence levels of primary care physicians regarding patients who abuse alcohol and other drug*. *Md Med J* 1995 Jun ; 44(6) : 439-46.

<sup>4</sup> – Cleary PD and all. *Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population*. *Am J Med* Oct 1988 : 85(4) : 466-71.

– Aergeerts B and all. *Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependance in general practice population*. *Br J Gen Prat* Mar et Avr 2001 ; 51(465) : 315-6 ; 51(464) : 172-3.

– Brown RL and all. *Diagnosis of alcoholism in a simulated patient encounter by primary care physician*. *J Fam Pract* Sep 1987 ; 25(3) : 259-64.

– Commander MJ and all. *Pathways to care for alcohol use disorder*. *J Public Health Med*, Mar 1999 ; 21(1) : 65-9.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

té que rencontrent les médecins pour identifier une consommation excessive d'alcool chez leurs patients.

Notons également que la difficulté de dépister l'abus d'alcool des patients est dans une certaine mesure liée à la non-perception de son usage nocif par ces derniers.

De manière générale, les Français sous-estiment leur propre consommation d'alcool<sup>1</sup>. Ainsi, parmi les plus importants consommateurs (15 occasions de boire et plus par semaine), seul un buveur sur dix pense boire plus que la moyenne. La consommation excessive est également parfois accompagnée d'un

certain déni notamment lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre d'une consommation "positive" associée à la convivialité et la sociabilité<sup>2</sup>. S'ajoute à ces facteurs, le manque d'information concernant les seuils de consommation quotidienne d'alcool à partir desquels cette consommation présente des risques pour la santé. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le seuil se situe à 2 verres/jour pour les femmes et 3 verres/jour pour les hommes, alors que pour les Français ce seuil se situe en moyenne à 3,8 verres/jour pour les femmes et 4,9 verres/jour pour les hommes.

---

<sup>1</sup> Baudier F, Depinois M. *L'alcool, entre plaisir et problème*. 1999.

---

<sup>2</sup> Planck L, Sampil M. *Alcool et filières de prise en charge*. 1996.



## *Analyse des données*

L'échantillon est constitué de 1 972 patients de 67 médecins généralistes de la ré-

gion. Le taux de participation des patients est de 96,2 %.

**Tableau 1 : Population enquêtée**

Nombre de médecins participants	67
Nombre de patients enquêtés	1972
Moyenne de patients par médecin (brut)	29,4
Nombre de patients ayant accepté de répondre	1898 (96,2%)
Nombre de patients ayant refusé de participer à l'enquête	61 (3,1%)
Nombre de patients n'ayant pas participé à l'enquête par incapacité	13 (0,7%)

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

### Description générale des patients

#### ÂGE ET SEXE : UNE MAJORITÉ DE FEMMES, LA SUR-REPRÉSENTATION DES SUJETS DE PLUS DE 65 ANS

La population de l'échantillon est composée de 820 hommes et 1 098 femmes. L'âge moy-

en, d'une manière globale, est de 50,7 ans [49,2–52,3].

**Tableau 2 : Population de l'échantillon**

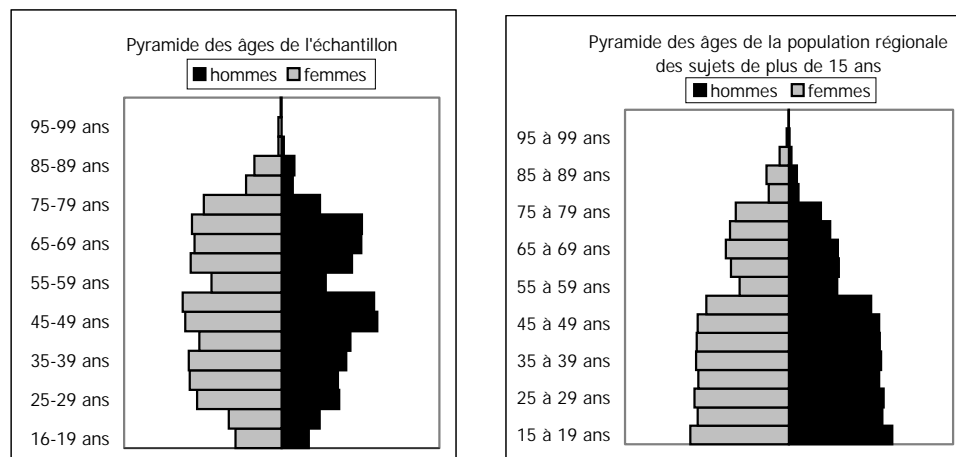
	Hommes	Femmes	Sexe inconnu
Effectifs bruts	820	1098	54
% redressés	41,3%	55,7%	3%
Intervalle de confiance	[38,7 – 44]	[52,9 – 58,4]	[1,8 – 5]
Âge moyen	50,5 ans	50,9 ans	54,3 ans
Intervalle de confiance	[48,7 - 52,3]	[49,1 – 52,7]	[33,7 – 74,9]

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

La population enquêtée est constituée en majorité de femmes, sachant que le dernier recensement des individus âgés de plus de 16 ans

pour la région Nord – Pas-de-Calais (INSEE, Rgp 1999), objectivait également une majorité de femmes (51,9 %).

**Graphiques 1 et 2 : Pyramide des âges de la population de l'échantillon (les plus de 16 ans) et de la population régionale (les plus de 15 ans)**



Source : INSEE, Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

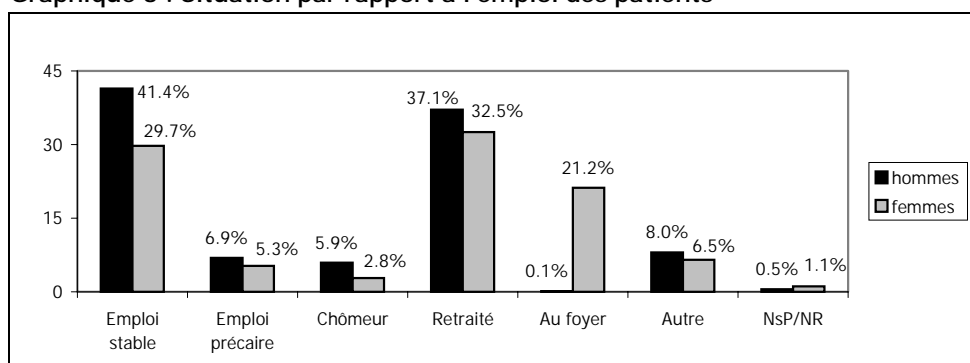
## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

Comparativement à la pyramide des âges des hommes et des femmes de la région, il existe, dans la clientèle des médecins généralistes, une sur-représentation des personnes âgées de plus de 65 ans (27,9 % *versus* 18,2 % dans la population régionale des plus de 15 ans). Parallèlement, il existe une sous-représentation des adultes jeunes (entre 16 et 30 ans), dans la population enquêtée : ils représentent 15,5 % des patients des généralistes âgés de plus de 16 ans, alors qu'ils sont près de 28,1 % dans la population régionale des plus de 15 ans.

sentation des adultes jeunes (entre 16 et 30 ans), dans la population enquêtée : ils représentent 15,5 % des patients des généralistes âgés de plus de 16 ans, alors qu'ils sont près de 28,1 % dans la population régionale des plus de 15 ans.

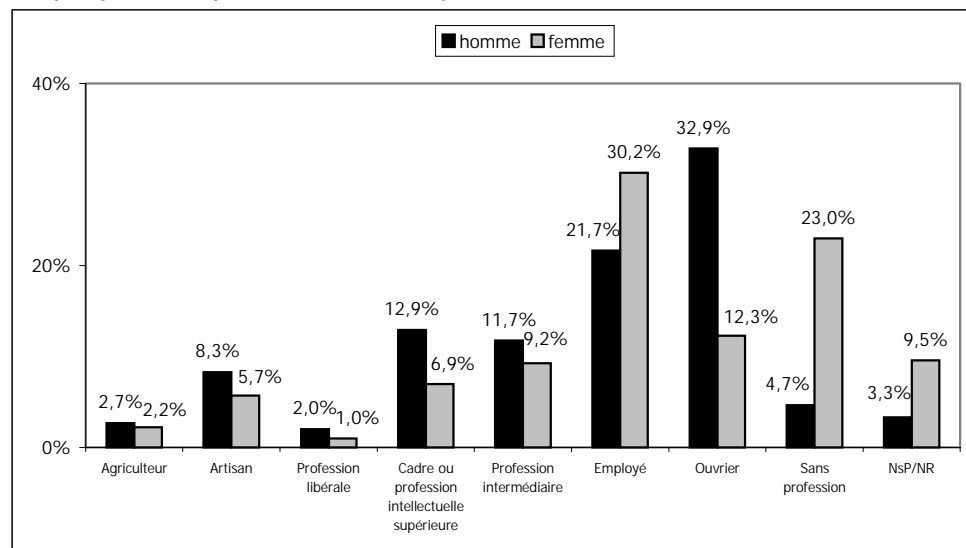
### RÉPARTITION SELON L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ET LA SITUATION PAR RAPPORT À L'EMPLOI : SUR-REPRÉSENTATION DES CADRES, DES RETRAITÉS, SOUS-REPRÉSENTATION DES CHÔMEURS ET DES PERSONNES SANS EMPLOI

**Graphique 3 : Situation par rapport à l'emploi des patients**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 4 : Répartition du statut professionnel**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

D'une manière globale, les patients ayant un emploi stable représentent 39,5 % [36,2–42,9], et les retraités 33,5 % [29,54–37,68], de la clientèle des médecins généralistes ; tandis que dans la population régionale de plus de 15 ans (recensement mars 1999), les retraités ne représentent que 19 %. Les chômeurs sont sous-représentés dans la clientèle des médecins généralistes : d'une manière globale, ils sont 4 % [3–5,4], tandis que dans

la population régionale ils constituent 9,3 % des sujets de plus de 15 ans. Les "cadres ou professions intellectuelles supérieures" et les employés sont sur-représentés dans la clientèle des médecins généralistes : respectivement 9,2 % [7,4–11,4] *versus* 4,5 % et 25,8 % [23,2–28,6] *versus* 15,1 % dans la population régionale ; tandis que les sujets sans emploi sont sous-représentés : 14,7 % [12,4–17,3] *versus* 30,1 % dans la

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

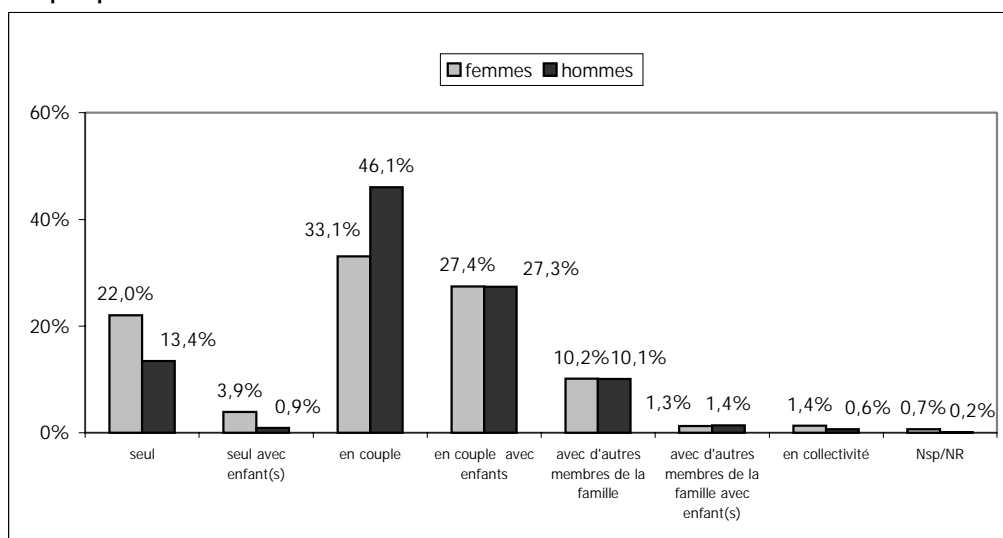
population régionale. Ces résultats sont à interpréter avec une certaine prudence puisque les données manquantes représentent 9,5 % [7,5–11,9] des réponses.

Il existe une nette sur-représentation des hommes dans les catégories "ouvrier", "cadre

ou profession intellectuelle supérieure" et "artisan" par rapport aux femmes ; ces dernières sont plus importantes dans les catégories "sans profession", "employé" et "données manquantes".

### DOMICILE ET SITUATION FAMILIALE : LA MAJORITÉ DES PATIENTS VIVENT EN COUPLE ET ONT UN DOMICILE STABLE

**Graphique 5 : Situation familiale**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

D'une manière globale, 95,1 % [93,2–96,5] des patients ont un domicile stable.

Les patients vivant en couple constituent une part importante de la clientèle des médecins généralistes : d'une manière globale, les pa-

tients en couple sans enfant représentent 38,6 % [35,5–41,8] et les patients en couple avec enfant(s) 27,4 % [23,7–31,4] de l'échantillon. Les patients qui vivent seuls sans enfant représentent 17,8 % [15,5–20,4] de la clientèle.

### SITUATIONS PARTICULIÈRES : BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH, DU RMI OU DE LA CMU

Globalement, 11 % [8,8–13,8] des patients bénéficient au moins de l'une de ces mesures d'aides sociales : Allocation Adulte Handicapé, Revenu Minimum d'Insertion, Couverture Maladie Universelle.

Les chiffres relatifs aux bénéficiaires des différentes aides obtenues dans l'échantillon, sont proches des taux observés dans la population régionale.

**Tableau 3 : Indicateurs de précarité dans l'échantillon versus la population régionale**

	échantillon	population régionale
RMI	5,6% [4 - 7,8]	4,6% (pop 25 à 65 ans ; recensement 1999)
AAH	2,3% [1,6 - 3,2]	2,3% (pop 20 à 65 ans ; recensement 1999)
CMU	7,6% [5,8 - 9,9]	7,5% (recensement population 1999)

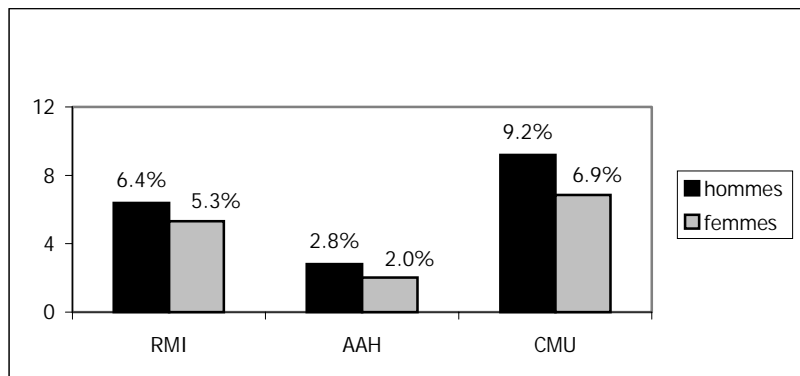
Source : INSEE, Rgp 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

13 % [9,9–16,9] des hommes, et 10,5 % [8–13,7] des femmes ont accès à l'une des différentes aides.

Ces différents critères considérés individuellement selon le sexe, montrent que les hommes bénéficient davantage que les femmes de ces différentes aides.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 6 : Patients bénéficiaires du RMI, de l'AAH et de la CMU**

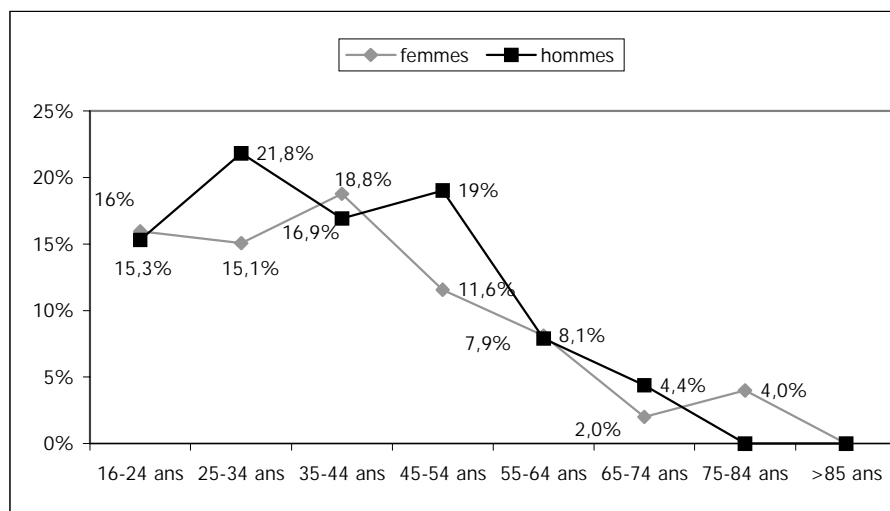


Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Ceci peut s'expliquer, en partie, par un cumul d'aides sociales (notamment RMI et CMU) plus important chez les hommes que chez les femmes. En effet, le cumul CMU et RMI concerne 4,7 % [2,7–7,9] des hommes, et 3,5 % [2,3–5,5] des femmes.

Le bénéfice d'au moins une des trois aides sociales semble principalement concerner les adultes de moins de 55 ans. 21,8 % des hommes âgés de 25 à 34 ans, et 18,8 % des femmes âgées de 35 à 44 ans, sont concernés par l'une de ces différentes aides ; reflétant une situation sociale difficile.

**Graphique 7 : Proportion de patients bénéficiant d'au moins une des aides sociales (AAH, RMI, CMU) suivant la tranche d'âge**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

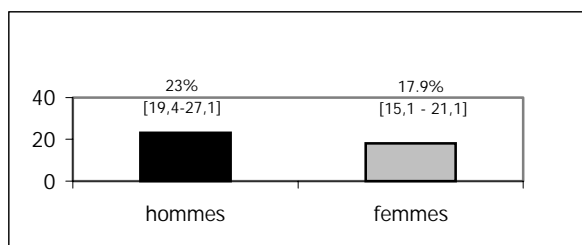
### PATIENTS BÉNÉFICIANT D'UNE EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR AU TITRE D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

Globalement, 19,5 % [17,1–22,1] des patients bénéficient d'une exonération du ticket modérateur dans le cadre d'une ALD. La proportion de ces patients est de plus en plus importante suivant la classe d'âge décennale,

pour les deux sexes. Elle est supérieure à 40 % chez les hommes, et à près de 30 % chez les femmes dans les tranches d'âge après 65 ans.

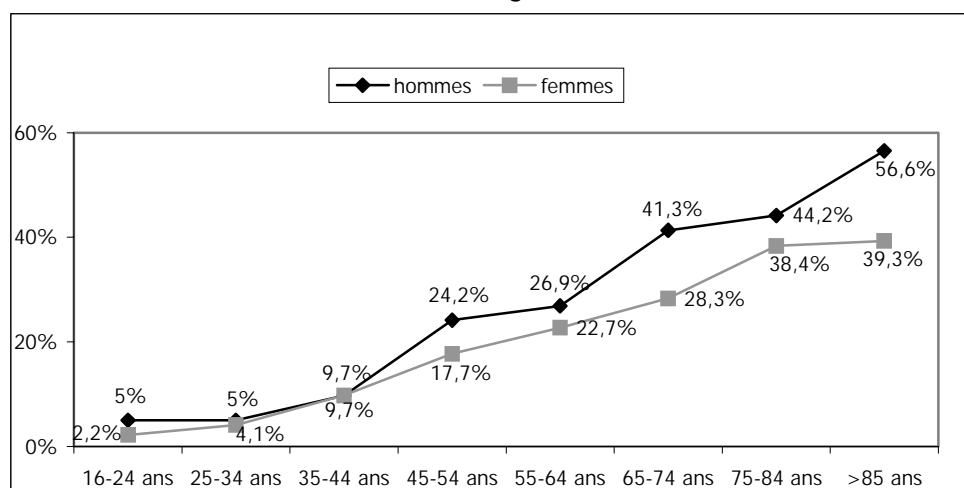
## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 8 : Patients bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD)**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 9 : Proportion de patients bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD suivant l'âge décennal**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

### MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS : LE 1<sup>ER</sup> MOTIF DE RECOURS AUX SOINS EST L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE, L'ABUS OU LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL ARRIVENT EN 23<sup>ÈME</sup> POSITION

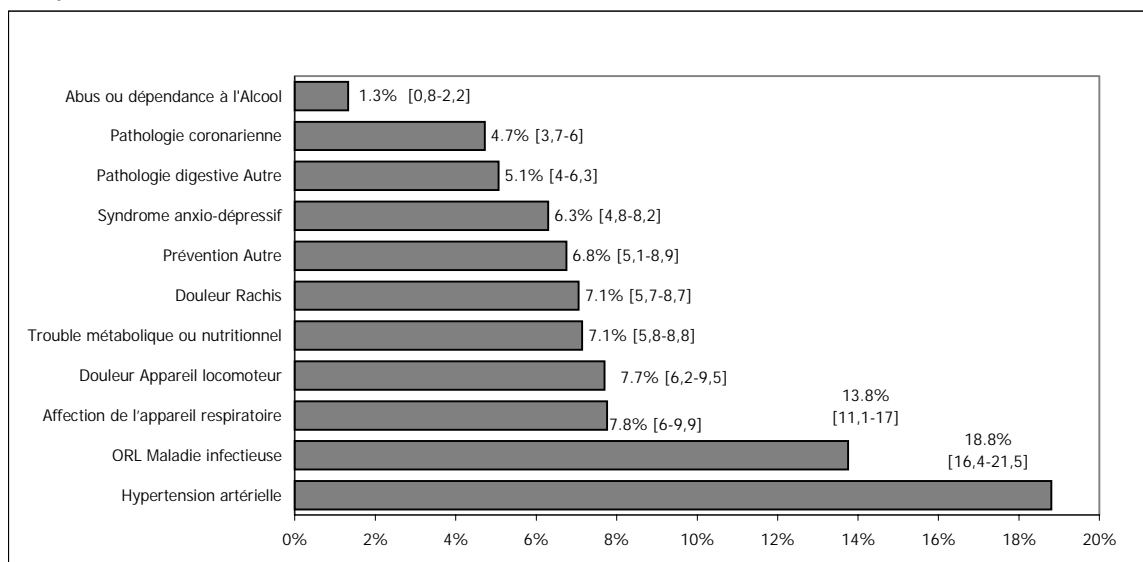
Les motifs de recours aux soins en médecine générale ont été regroupés en 20 chapitres (voir questionnaire en Annexe 5).

L'abus ou la dépendance à l'alcool se situent en 23<sup>ème</sup> position des motifs de recours aux soins en médecine générale. Parmi les dix motifs les plus fréquents figurent l'hypertension artérielle (1<sup>ère</sup> position), les pathologies

coronariennes (10<sup>ème</sup> position), les pathologies infectieuses Oto-Rhino-Laryngologiques (2<sup>ème</sup> position), les douleurs de l'appareil locomoteur (par exemple les douleurs dégénératives de l'arthrose) et les douleurs rachidiennes (lombalgies chroniques...), les troubles métaboliques et nutritionnels (le diabète, l'obésité...) et les troubles anxio-dépressifs.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 10 : Situation de l'alcool par rapport aux 10 motifs de recours aux soins les plus fréquents**



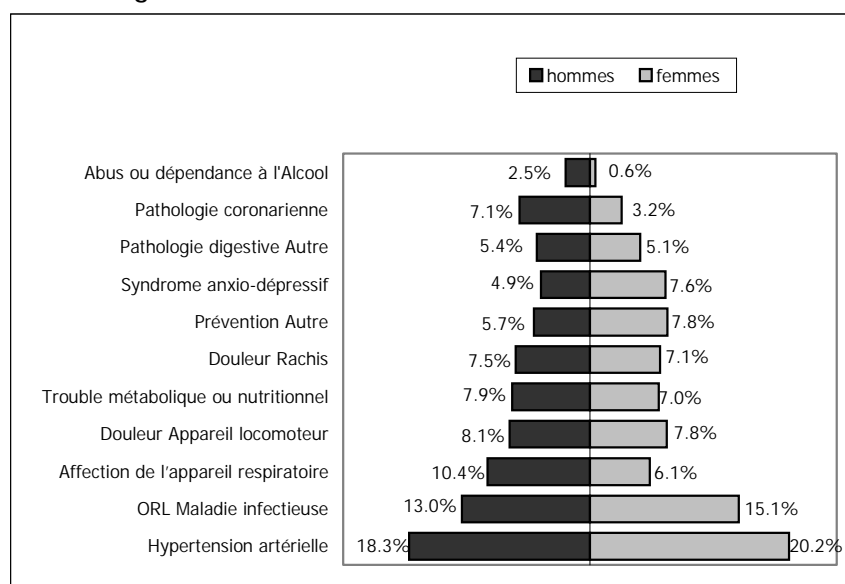
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Suivant le sexe, on relève des différences pour plusieurs motifs de consultation. Les hommes ont un recours aux soins plus important concernant l'abus ou la dépendance à l'alcool (OR=4,5 [1,8–11,4]), les affections touchant l'appareil respiratoire (OR=1,8 [1,2–2,7]) et les pathologies coronariennes (OR=2,3 [1,4–3,8]), sachant que ces deux dernières pathologies sont également liées à l'intoxication tabagique. Les femmes consultent plus fréquemment leur médecin traitant

pour des troubles anxio-dépressifs (OR=1,59 [1,04–2,42]).

L'OR ou Odds Ratio est une mesure de risque. Dans certaines conditions, son estimation est proche de celle du Risque Relatif (RR), et il est alors possible de les confondre. Un OR supérieur à 1 signifie un sur-risque ; à l'inverse, un OR inférieur à 1 correspond à un sous-risque.

**Graphique 11 : Motifs de consultation des patients suivant le sexe, en médecine générale**



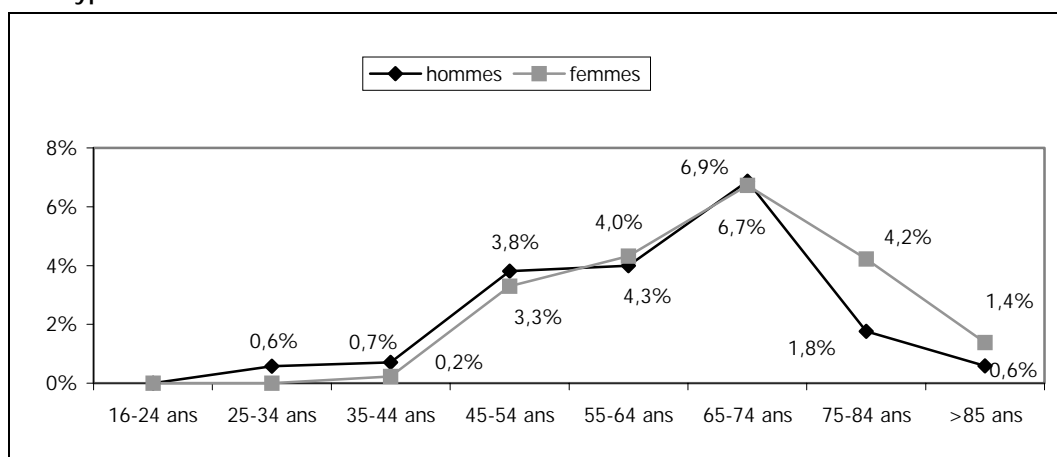
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

A ensuite été étudiée la répartition suivant la classe d'âge décennale des hommes et des femmes ayant sollicité leur médecin pour quel-

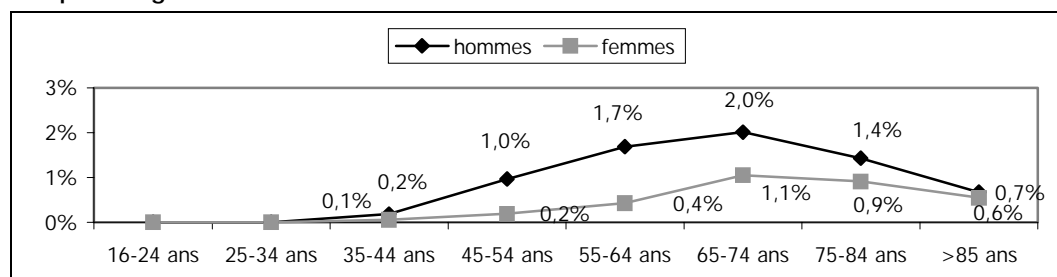
ques motifs de recours aux soins parmi les plus fréquents.

**Graphique 12 : Répartition suivant l'âge des patients ayant eu recours aux soins pour une hypertension artérielle**



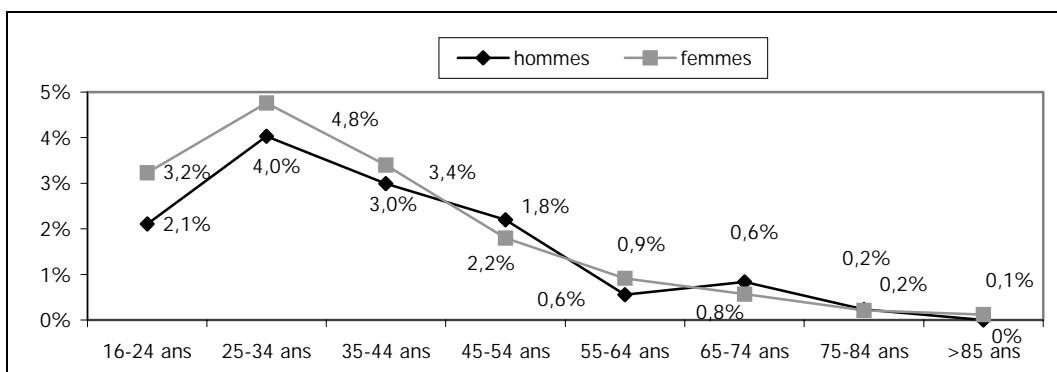
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 13 : Répartition suivant l'âge des patients ayant eu recours aux soins pour une pathologie coronarienne**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

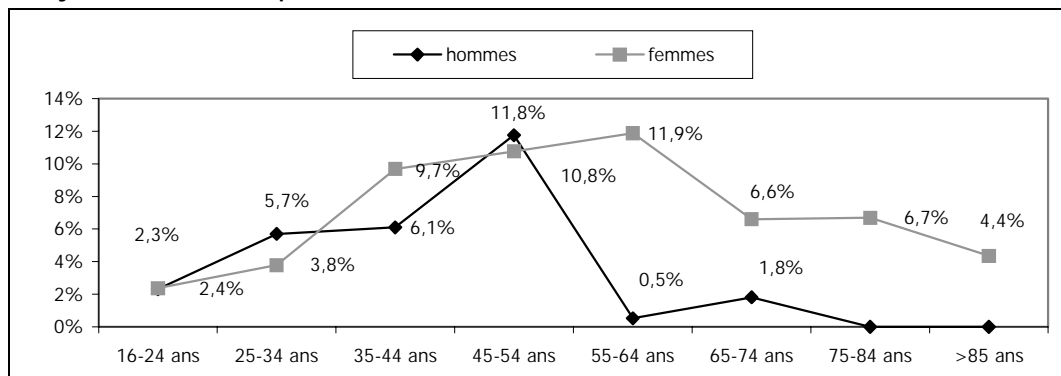
**Graphique 14 : Répartition suivant l'âge des patients ayant eu recours aux soins pour une infection ORL**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 15 : Répartition suivant l'âge des patients ayant eu recours aux soins pour un syndrome anxio-dépressif**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Il apparaît que le recours aux soins pour l'hypertension artérielle et/ou pour la pathologie coronarienne concerne principalement l'adulte après 45 ans. Les hommes consultant pour ces pathologies sont en moyenne plus jeunes que les femmes. Pour le motif hypertension artérielle, l'âge moyen des hommes est de 62,8 ans [60,7–64,9], tandis que celui des femmes est de 67,3 ans [65,3–69,4]. Pour le

motif pathologie coronarienne, l'âge moyen des hommes est de 67,6 ans [64,3–71,1], tandis que celui des femmes est de 72,8 ans [68,6–76,9]. Il en est de même pour les syndromes anxio-dépressifs (44,8 ans pour les hommes [41,7–47,9] ; 53,3 ans pour les femmes [49,9–56,8]). Enfin, les pathologies infectieuses oto-rhino-laryngologiques semblent plutôt concerner les adultes jeunes.

### PROFIL DES CONSOMMATEURS DE TABAC : PRÈS DE 2 FOIS PLUS DE FUMEURS RÉGULIERS CHEZ LES HOMMES

Cinq profils de consommateurs de tabac ont été individualisés à partir du questionnaire (variable "TABAC") :

**Tableau 4 : Consommation de tabac**

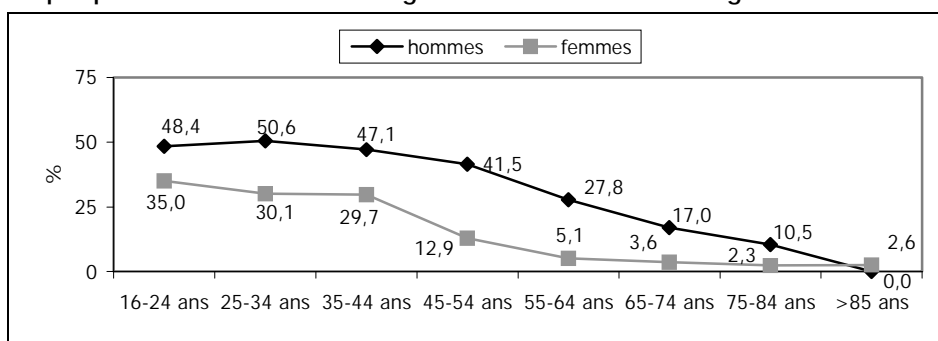
	hommes	femmes	NsP/NR	Total
<b>Non-fumeurs</b>				
% redressés	24,1%	67,1%	1,7%	47,4%
intervalles de confiance	[20,9 - 27,6]	[63,1 - 70,9]	[0,2 - 11,9]	[44,2 - 50,6]
effectifs bruts	199	735	1	935
<b>Ex-fumeurs</b>				
% redressés	29%	7,9%	0	16,4%
intervalles de confiance	[24,1 - 34,4]	[5,9 - 10,6]		[13,9 - 19,2]
effectifs bruts	241	86	0	327
<b>Fumeurs occasionnels</b>				
% redressés	10,1%	6,8%	3,3%	8%
intervalles de confiance	[7,2 - 13,9]	[5 - 9,2]	[0,9 - 11,3]	[6,1 - 10,5]
effectifs bruts	89	76	2	167
<b>Fumeurs réguliers</b>				
% redressés	34,1%	15,6%	1,2%	22,8%
intervalles de confiance	[29,5 - 39]	[13 - 18,6]	[0,1 - 9,1]	[19,9 - 26]
effectifs bruts	270	173	1	444
<b>Inclassables (non réponse)</b>				
% redressés	2,8%	2,5%	93,8%	5,3%
intervalles de confiance	[1,4 - 5,6]	[1,4 - 4,5]	[80,9 - 98,2]	[3,7 - 7,7]
effectifs bruts	21	28	50	99

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Les hommes sont de plus importants fumeurs réguliers que les femmes : OR=2,8 [2,2–3,6].

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 16 : Consommation régulière de tabac suivant l'âge**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

On constate que la consommation régulière de tabac diminue suivant les différentes classes d'âge ; sachant que la proportion de fu-

meurs réguliers est toujours plus importante chez les hommes quelle que soit la classe d'âge (sauf pour la tranche d'âge ">85ans").

### PROFIL DES CONSOMMATEURS D'ALCOOL : SURCONSOMMATION DES HOMMES PAR RAPPORT AUX FEMMES, NOTAMMENT ENTRE 35 ET 64 ANS

Selon le score "usage"

Ce score a été construit à partir des questions relatives à la consommation déclarée d'alcool. Il permet de distinguer, parmi les usa-

ges à risque, les patients ayant une consommation régulière excessive des patients ayant une consommation ponctuelle élevée.

**Tableau 5 : Alcool : type d'usage**

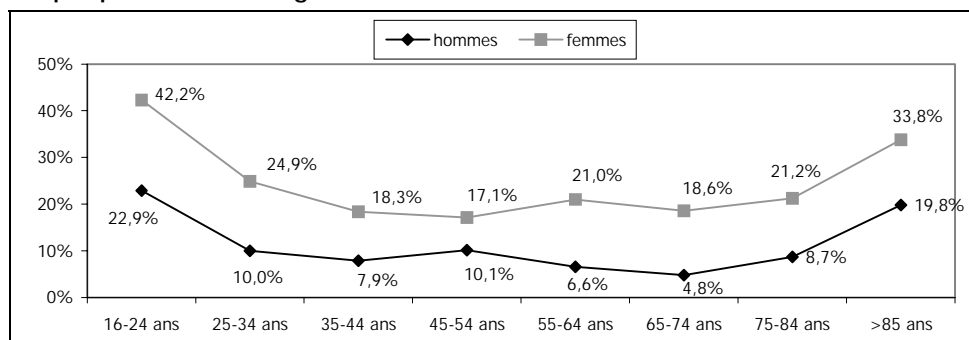
	hommes	femmes	NsP/NR	Total
<b>non - usage</b>				
% redressés	8,9%	21,8%	0	15,8%
intervalles de confiance	[6,6-12]	[16,9-27,6]		[12,6-19,6]
effectifs bruts	74	234	0	308
<b>usage non à risque</b>				
% redressés	64,1%	68,5%	4,5%	64,8%
intervalles de confiance	[58,8-69]	[63,2-73,4]	[1,5-12,6]	[60-69,3]
effectifs bruts	526	754	3	1283
<b>usage ponctuel à risque</b>				
% redressés	12%	3,1%	0	6,7%
intervalles de confiance	[9,3-15,5]	[2-4,7]		[5,2-8,6]
effectifs bruts	99	34	0	133
<b>usage régulier à risque</b>				
% redressés	11,2%	3,7%	0	6,7%
intervalles de confiance	[8,8-14,2]	[2,4-5,5]		[5,3-8,4]
effectifs bruts	90	43	0	133
<b>inclassable (NSP)</b>				
% redressés	3,8%	2,9%	95,5%	6%
intervalles de confiance	[2,3-6]	[1,7-5]	[87,4-98,5]	[4,2-8,6]
effectifs bruts	31	33	51	115

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Les hommes ont un usage à risque ponctuel (OR=3,4 [2,1-5,3]), et régulier (OR=4,3 [2,8-6,6]) plus important que les femmes.

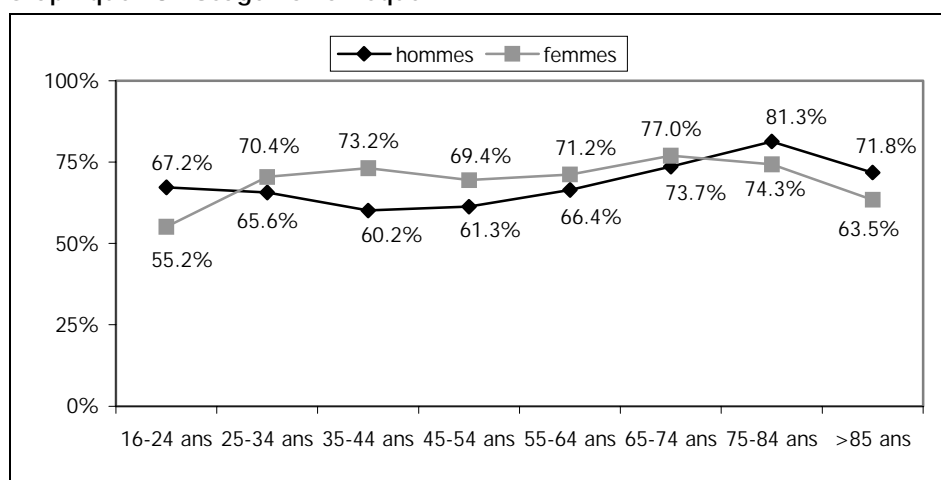
## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 17 : Non usage**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 18 : Usage non à risque**

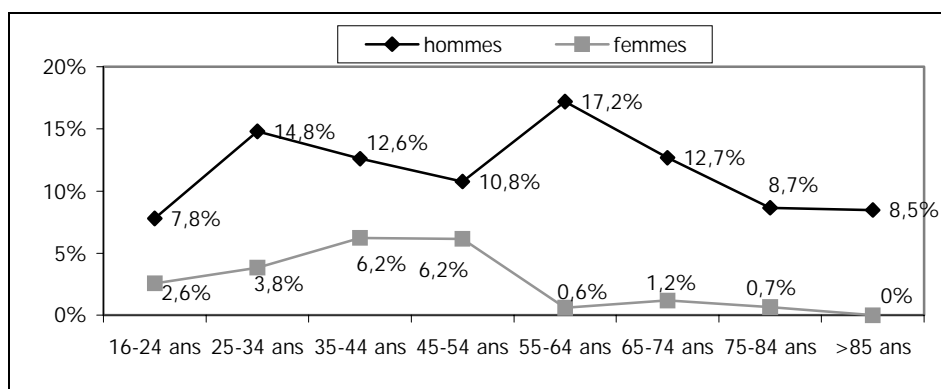


Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

La proportion de femmes ne consommant pas de boissons alcoolisées est constamment supérieure à celle des hommes, quelle que soit la classe d'âge. Pour ce qui est de la consommation régulière et ponctuelle à risque, les pro-

portions chez les hommes sont relativement plus importantes, hormis après 75 ans pour l'usage à risque. L'usage régulier à risque est maximal chez les hommes de 35 à 54 ans.

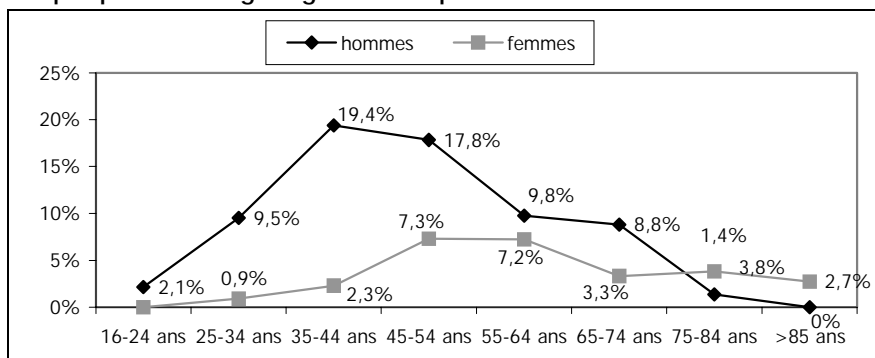
**Graphique 19 : Usage ponctuel à risque**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 20 : Usage régulier à risque**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002

### Selon la notion de dépendance à l'alcool (variable DEPEND)

Cette variable reflète l'existence d'au moins un critère de dépendance à l'alcool présent dans le questionnaire : d'une part, l'existence chez le patient de la notion d'une consomma-

tion alcoolique matinale et/ou quotidienne de plus de sept verres ; d'autre part, l'existence de signes de dépendance physique rapportés par le médecin traitant.

**Tableau 6 : Alcool : existence d'au moins un critère de dépendance**

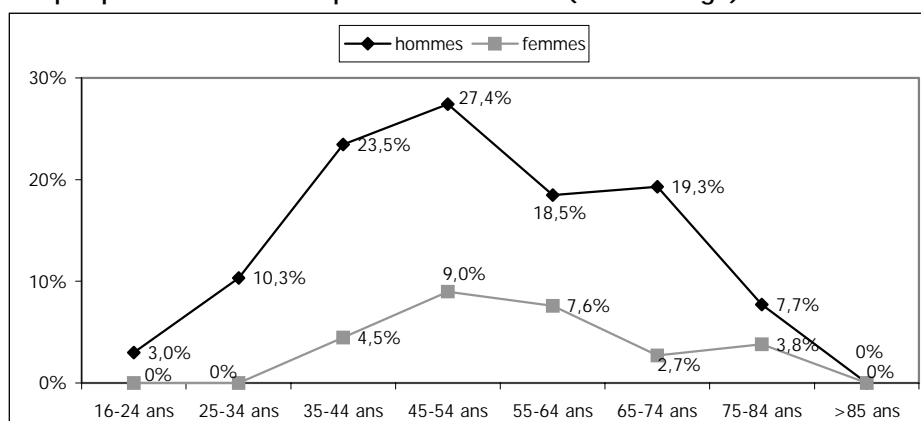
	homme	femme	NsP/NR	Total
<b>Absence de dépendance à l'alcool</b>				
% redressés	79%	92,8%	4,9%	84,5%
intervalles de confiance	[75-82,5]	[90,3-94,7]	[1,2-18,6]	[81,6-87]
effectifs bruts	651	1016	3	1670
<b>Existence d'au moins un signe de dépendance à l'alcool</b>				
% redressés	17,6%	4%	0	9,5%
intervalles de confiance	[14,4-21,4]	[2,7-5,9]		[7,6-11,7]
effectifs bruts	141	47	0	188
<b>Inclassable (NSP)</b>				
% redressés	3,4%	3,2%	95%	6%
intervalles de confiance	[2-5,6]	[2-5,2]	[81,4-98,8]	[4,4-8,2]
effectifs bruts	28	35	51	114

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Les hommes présentent au moins un des trois signes de dépendance à l'alcool nettement plus fréquemment que les femmes : OR=5,2 [3,5–7,6]. D'une manière globale, la tranche d'âge des

45-54 ans comprend le plus de patients ayant au moins un critère de dépendance (18 % [13,4–23,6]), sachant que la proportion d'hommes (27,4 %) est beaucoup plus importante que la proportion de femmes (9 %).

**Graphique 21 : Patients dépendants à l'alcool (suivant l'âge)**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

### Profil général des patients par rapport à l'alcool

Ce score a été construit à partir des questions portant sur la notion de dépendance à l'alcool, l'importance de la consommation et de l'avis clinique du médecin. Il permet de si-

tuer les patients de manière concomitante par rapport à la notion de dépendance à l'alcool et à la notion de consommation à risque.

**Tableau 7 : Alcool : profil général**

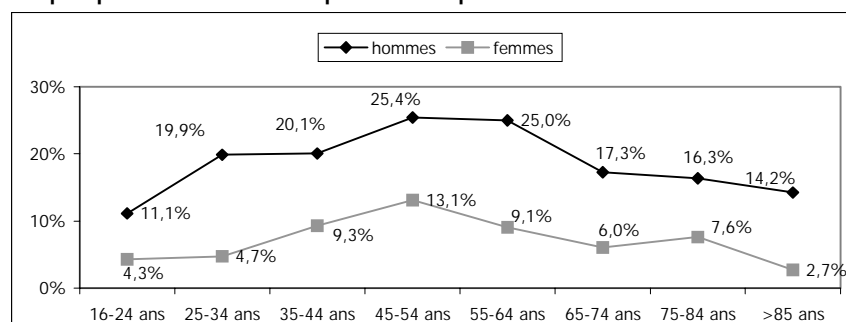
	hommes	femmes	NsP/NR	Total
<b>profil sans risque</b>				
% redressés	58,3%	84%	3,3%	71%
intervalles de confiance	[54-62,6]	[80,6-86,8]	0,9-11,3]	[67,5-74,2]
effectifs bruts	475	921	2	1398
<b>profil à risque sans dépendance</b>				
% redressés	19,4%	7,5%	0%	12,2%
intervalles de confiance	[15,9-23,4]	[5,8-9,8]		[10,2-14,6]
effectifs bruts	165	81	0	246
<b>profil à risque avec dépendance</b>				
% redressés	17,6%	4%	0%	9,5%
intervalles de confiance	[14,4-21,4]	[2,7-5,9]		[7,6-11,7]
effectifs bruts	141	47	0	188
<b>profil inclassable (Nsp)</b>				
% redressés	4,7%	4,5%	96,7%	7,3%
intervalles de confiance	[3,1-6,9]	[3,1-6,5]	[88,7-99,1]	[5,5-9,6]
effectifs bruts	39	49	52	140

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

De manière globale, les patients ayant un profil à risque avec dépendance représentent 9,5 % de la clientèle. "Le profil à risque avec dépendance" est nettement plus important pour les hommes : OR=5,2 [3,5–7,7] ; parallèlement, le "profil sans risque" est relativement plus fréquent chez les femmes (OR=4,6 [3,6–5,9]).

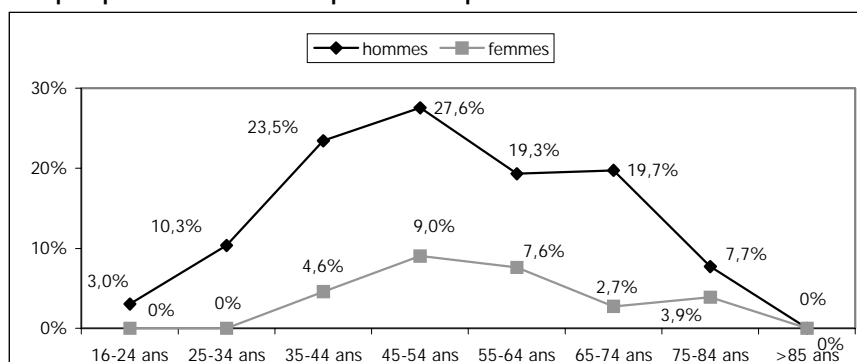
Non seulement les différences suivant le sexe sont importantes, mais également suivant les classes d'âge décennales, concernant notamment le profil à risque avec dépendance à l'alcool qui atteint 27,6 % [20,6–35,8] pour la classe des 45-54 ans chez les hommes, alors qu'il représente, chez les femmes de la même tranche d'âge, 9,1 % [5–15,7].

**Graphique 22 : Profil à risque sans dépendance**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 23 : Profil à risque avec dépendance**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool

Concernant la consommation d'alcool, l'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications ni dommages.

L'usage nocif (à risque) est caractérisé par une consommation susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance : les autres, la société. Les dommages liés à la consommation de substances psychoactives peuvent être liés à la fois :

- aux substances elles-mêmes ;
- aux modalités de la consommation ;
- aux comorbidités aggravées par la consommation ;
- au contexte social et culturel.

Cette notion recoupe celle de la consommation excessive.

Enfin, la dépendance, en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet, se traduit par l'impossibilité de s'abstenir de la consommation de substances psychoactives<sup>1</sup>.

Afin d'apprécier l'existence d'une consommation excessive d'alcool, le questionnaire DETA (ou CAGE, composé de quatre questions codées 0 ou 1, q18a à q18d), simple d'utilisation, a été inclus dans le questionnaire. Celui-ci permet un dépistage simple d'une consommation à risque actuelle ou ancienne. D'autres questionnaires existent (MAST–Michigan Alcoholism Screening Test), mais sont plus adaptés pour le dépistage de l'alcool-dépendance grave et non pour la consommation excessive<sup>2</sup>. Le questionnaire DETA est issu du questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, composé de dix questions codées de 0 à 4) de l'Organisation Mondiale de la Santé dont le seuil de détection (fixé à partir de 10 points/40) a, en moyenne, une spécificité de 98 % et une sensibilité de 80 %<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Éditions Odile Jacob, 2000 ; 273 p.

<sup>2</sup> Haggerty JL. *Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et counselling des buveurs à risque*. Université McGill Montréal (Québec). <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/clinique/pdfs/s6c42f.pdf>

<sup>3</sup> – la sensibilité d'une méthode diagnostique de dépistage pour une maladie est la proportion de sujets classés

Dans notre échantillon, d'une manière globale, selon le questionnaire DETA (seuil fixé à 2), 15,2 % [12,9–17,8] des patients sont évalués comme ayant, ou ayant eu des difficultés avec l'alcool (consommation excessive). Selon le sexe, 25,7 % [22,1–29,8] des hommes et 7,4 % [5,5–9,9] des femmes sont évalués comme ayant une consommation à risque. La détection des personnes en difficulté avec l'alcool par le questionnaire DETA confronté à l'appréciation du médecin traitant de l'existence d'un problème avec la consommation d'alcool du patient est satisfaisante, sachant que les médecins se sont prononcés après la soumission du questionnaire au patient.

Tableau 8 : Cohérence entre le test DETA et l'avis clinique du médecin

sensibilité	68,30%
spécificité	89,98%
aire sous la courbe ROC	0,81 [0,78 - 0,84] <sup>4</sup>

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

À partir de la fréquence de consommation, des différentes questions concernant la notion de dépendance, du questionnaire DETA et de l'avis du médecin traitant, ont été construits des indicateurs permettant une analyse plus précise du comportement des patients par rapport à leur consommation d'alcool. Le profil général des patients par rapport à l'alcool

"malades" (par la méthode diagnostique) parmi tous les sujets réellement atteints de la maladie ;

– la spécificité d'une méthode diagnostique est la proportion de sujets classés "non-malades" parmi les sujets non atteints par la maladie ;

– la courbe ROC (Receiver Operator Characteristic) est un moyen d'exprimer la relation entre la sensibilité et la spécificité d'un test diagnostique par la représentation graphique d'un point dont la sensibilité est son ordonnée et la proportion de faux positifs (1-spécificité) son abscisse. Le fait de varier le seuil de dépistage d'un test entraîne une variation de la sensibilité et de la spécificité (par conséquent des faux positifs). La représentation des différents points (seuils) en fonction de leur sensibilité et des faux positifs (1-spécificité) permet d'obtenir la courbe ROC. L'estimation de l'aire sous cette courbe exprime la puissance du test à dépister les sujets "malades" d'une part et sa capacité à ne pas classer des sujets "non atteints de la maladie" comme "malades" (faux positifs). Une estimation de l'aire sous la courbe supérieure à 0,75 permet de conforter l'idée de la bonne puissance du test diagnostique.

<sup>4</sup> L'OR ou Odds Ratio est une mesure de risque. Dans certaines conditions, son estimation est proche de celle du Risque Relatif (RR), et il est alors possible de les confondre. Un OR supérieur à 1 signifie un sur-risque ; à l'inverse, un OR inférieur à 1 correspond à un sous-risque.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

(variable PROFGEN) informe dans le cadre d'une consommation à risque sur la notion de dépendance ; la variable USAGE caractérise l'importance et la fréquence de la consommation d'alcool des patients permettant ainsi de distinguer les consommations à risque ponctuelles des consommations à risque régulières.

Il paraît pertinent de rechercher la correspondance entre chaque profil général par rapport à l'alcool des patients et le type d'usage (par le biais d'une analyse factorielle des correspondances<sup>1</sup>). L'avis du médecin sur le patient par rapport à l'alcool a également été utilisé dans cette analyse, ceci afin de permettre de mieux évaluer la cohérence de ces deux scores vis-à-vis de l'avis du praticien.

Dans le cadre d'une Analyse Factorielle des Correspondances :

- L'axe 1 oppose les patients dont le profil général par rapport à l'alcool est sans risque, ayant un usage "non-à-risque" ou un "non-usage", jugés "sans problème par rapport à l'alcool" par leur médecin traitant, à ceux qui ont un profil à risque dont l'usage de l'alcool est à risque de manière ponctuelle ou régulière ; ces patients sont évalués par le praticien comme "ayant un problème avec l'alcool" d'une manière nettement plus fréquente.

- L'axe 2 oppose les patients ayant un profil à risque sans dépendance dont l'usage de l'alcool est plutôt "ponctuel à risque" à ceux ayant un profil à risque avec dépendance dont l'usage de l'alcool est régulièrement à risque. Ces derniers présentent plus souvent des signes de dépendance physique lors du recours au soin. La correspondance entre les différents profils de patients par rapport à l'alcool et leurs types d'usage des boissons alcoolisées est cohérente. De plus, elle est en corrélation avec l'avis du médecin généraliste (Résultats AFC en Annexe 2).

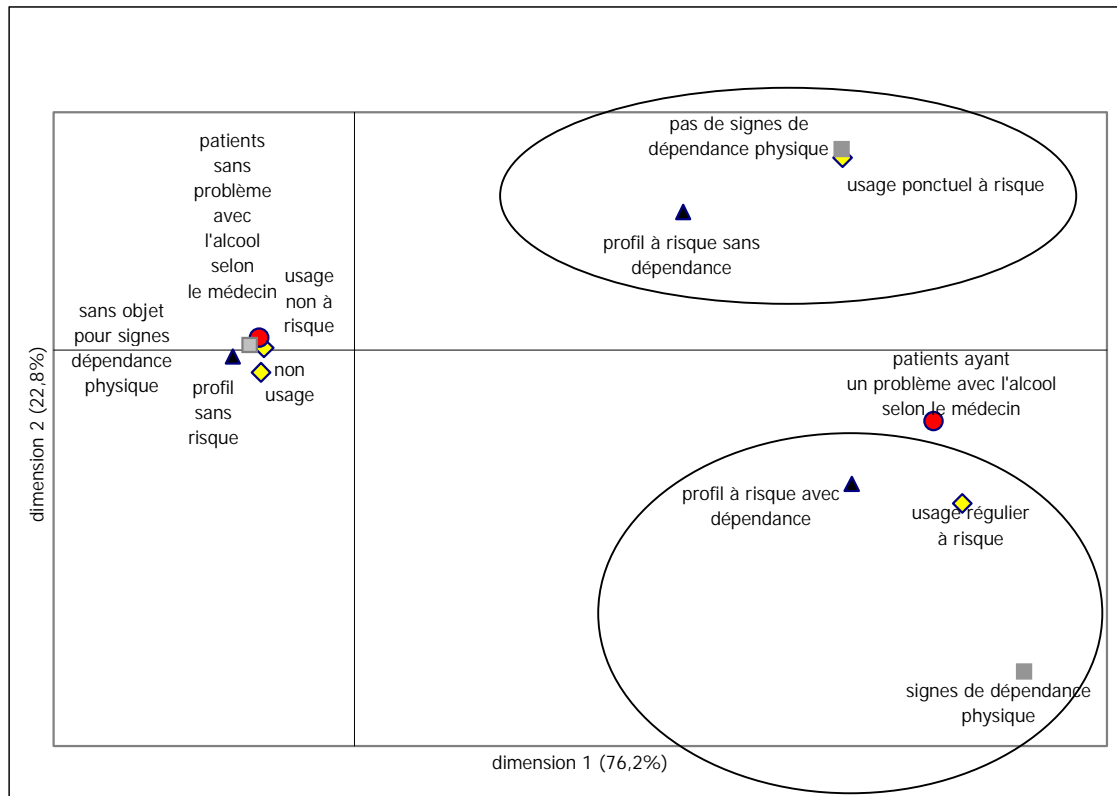
Globalement, un usage ponctuel à risque est plus souvent témoin d'un profil général par rapport à l'alcool à risque sans dépendance ; alors qu'un usage régulier à risque reflète d'une manière plus fréquente un profil général par rapport à l'alcool à risque avec dépendance. De plus, ces patients montrent d'une manière plus fréquente des signes physiques de dépendance.

---

<sup>1</sup> L'analyse factorielle des correspondances est une méthode d'analyse statistique des données qualitatives. Elle permet de mieux illustrer le lien entre deux variables qualitatives en explicitant l'association des différentes modalités des deux variables par le biais d'une représentation graphique comportant le plus souvent deux axes. Cette analyse permet également de représenter sur le graphique d'autres variables qualitatives, appelées variables supplémentaires, qui permettent de décrire l'association entre les deux variables qualitatives initiales faisant l'objet de cette analyse (aide à l'interprétation). Dans notre cas, les deux variables qualitatives sont la variable USAGE (relative à l'importance et à la fréquence de consommation des boissons alcoolisées) et la variable PROFGEN (relative au profil "alcool" général des patients incluant le type de consommation à risque ou non et la notion de dépendance) ; les variables supplémentaires sont l'avis du médecin concernant l'existence "d'un problème avec l'alcool des patients" et l'existence de signes physiques de dépendance chez les patients (évalués par le praticien). La représentation graphique permet ainsi de mieux comprendre l'association entre le type d'usage et le profil général par rapport à l'alcool des patients et de décrire cette association à travers l'avis du médecin concernant la consommation d'alcool et l'existence de signes de dépendance.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 24 : Analyse des Correspondances Simples entre le profil général Alcool et la notion d'usage, étayée par l'avis du médecin**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

En ce qui concerne la sous-population de patients ayant un profil à risque sans dépendance, les praticiens sont assez partagés quant à l'existence "d'un problème avec l'alcool" : seulement 38,8 % de ces patients sont repérés comme ayant des difficultés avec l'alcool par les généralistes. On peut constater par ailleurs que, d'une manière globale, l'usage ponctuel à risque (près de 41 % des patients de cette population) n'est évalué par les médecins libéraux qu'une fois sur deux dans le cadre d'une consommation d'alcool problématique.

De plus, on constate que dans la sous-population de patients évalués à risque sans notion de dépendance par rapport à leur consommation d'alcool, près de 45 % ont déclaré une consommation d'alcool en termes de fréquence et/ou d'importance qui leur attribue un usage de l'alcool non à risque ou un non-usage.

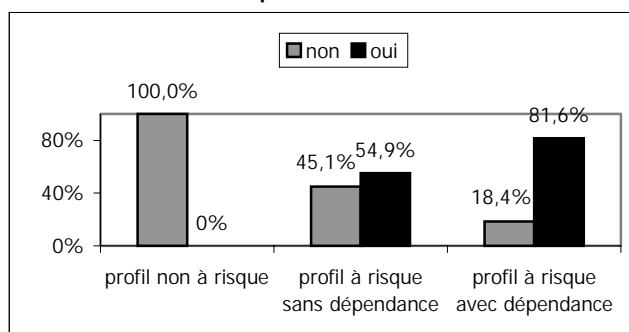
Ainsi est-il difficile de rapporter cette incohérence à un problème de déni dans la mesure où certains patients ont été classés dans cette sous-population en raison d'un test "positif" au questionnaire DETA, témoin d'une probable consommation excessive d'alcool antérieure et/ou en rapport avec l'avis de leur médecin sur leur consommation d'alcool (q21a).

De plus, seulement 54,9 % des patients ayant un profil à risque sans dépendance sont positifs au test DETA *versus* 81,6 % dans la population évaluée à risque avec dépendance.

Même si, d'une manière globale, le test DETA est satisfaisant pour dépister les patients en difficulté avec l'alcool (ayant un problème avec l'alcool selon le médecin), il semble plus efficace pour le dépistage des consommations abusives d'alcool accompagnées de signes de dépendance. Concernant la cohérence du score DETA par rapport à l'avis du praticien sur la consommation d'alcool du patient, elle est plus importante dans la population ayant une consommation abusive avec dépendance (schéma récapitulatif en Annexe 11).

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 25 : Proportion de patients positifs au test DETA suivant le profil "alcool"**



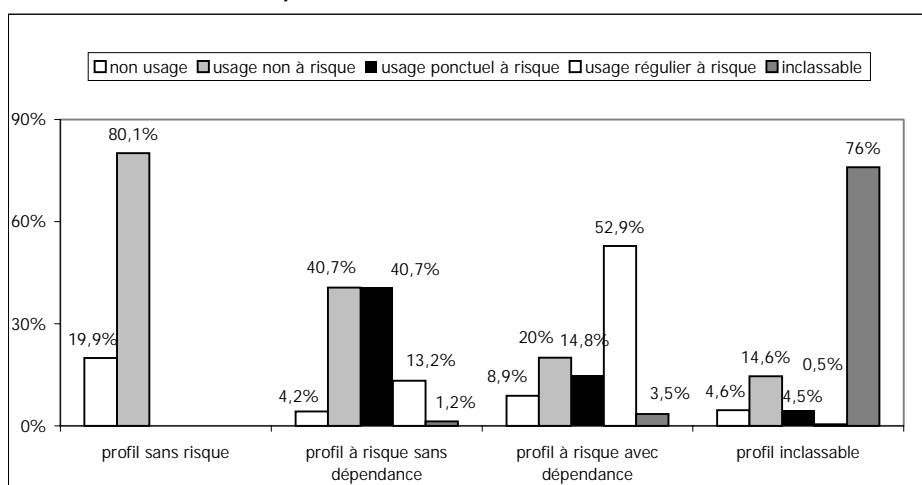
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Tableau 9 : Sensibilité et spécificité du test DETA pour le dépistage des profils Alcool à risque**

profil "alcool"	sensibilité	spécificité	aire sous la courbe ROC
profil à risque sans dépendance	54,3%	90,7%	0,72 IC 95% [0,69 -0,76]
profil à risque avec dépendance	81,2%	91,9%	0,87 IC 95% [0,84 -0,89]

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 26 : Répartition des différents types d'usage des boissons alcoolisées suivant le profil Alcool**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

<sup>1</sup> – la sensibilité d'une méthode diagnostique de dépistage pour une maladie est la proportion de sujets classés "malades" (par la méthode diagnostique) parmi tous les sujets réellement atteints de la maladie ;

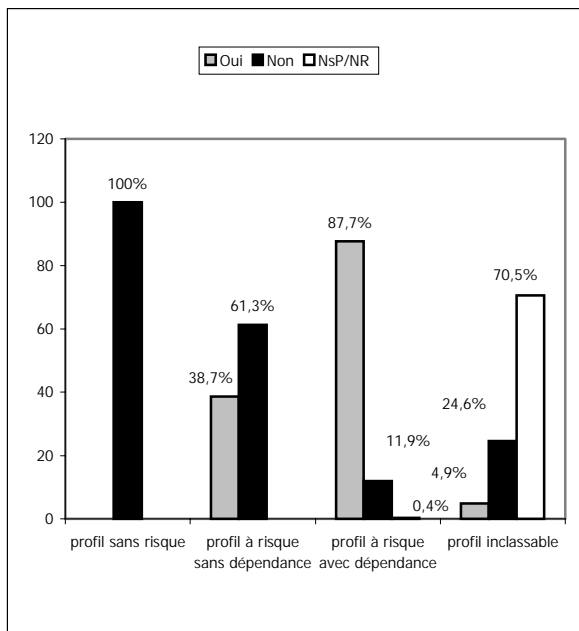
– la spécificité d'une méthode diagnostique est la proportion de sujets classés "non-malades" parmi les sujets non atteints par la maladie ;

– la courbe ROC (Receiver Operator Characteristic) est un moyen d'exprimer la relation entre la sensibilité et la spécificité d'un test diagnostique par la représentation graphique d'un point dont la sensibilité est son ordonnée et la proportion de faux positifs (1-spécificité) son abscisse. Le fait de varier le seuil de dépistage d'un test entraîne une variation de la sensibilité et de la spécificité

(par conséquent des faux positifs). La représentation des différents points (seuils) en fonction de leur sensibilité et des faux positifs (1-spécificité) permet d'obtenir la courbe ROC. L'estimation de l'aire sous cette courbe exprime la puissance du test à dépister les sujets "malades" d'une part et sa capacité à ne pas classer des sujets "non atteints de la maladie" comme "malades" (faux positifs). Une estimation de l'aire sous la courbe supérieure à 0,75 permet de conforter l'idée de la bonne puissance du test diagnostique.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 27 : Évaluation de "l'existence d'un problème avec l'alcool" par le praticien, suivant le profil Alcool des patients**

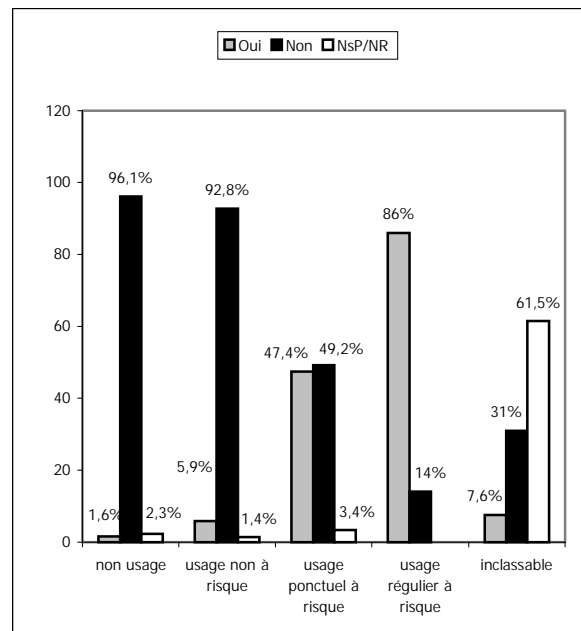


Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

S'agissant de la sous-population de patients ayant un profil général par rapport à l'alcool à risque avec dépendance, on relève également une proportion non négligeable de sujets ayant déclaré une consommation d'alcool en termes de fréquence et/ou d'importance qui leur attribue un usage de boissons alcoolisées non à risque ou un non-usage : 28,9 %. Cependant, les critères d'affectation des patients dans cette sous-population prennent en compte l'existence d'au moins un signe de dépendance à l'alcool ; dépendance définie par la variable DEPEND ("avoir déjà eu besoin de consommer de l'alcool le matin pour être en forme" et/ou l'existence de signes physiques à l'examen clinique de dépendance à l'alcool et/ou de consommation quotidienne de plus de sept verres). De plus, 87,7 % de ces patients ont été évalués en difficulté avec l'alcool par les médecins généralistes. Ceci nous a amenés à imputer cette incohérence entre l'usage de l'alcool et le profil général par rapport à l'alcool comportant la notion de dépendance dans une plus large mesure que précédemment au déni d'une consommation abusive actuelle chez ces patients.

Les incohérences, difficilement interprétables, concernant l'usage de l'alcool des patients évalués ayant un profil à risque sans dépendance reflètent la difficulté à identifier clairement les consommations excessives en l'absence, à l'heure actuelle, de consensus sur le plan international.

**Graphique 28 : Évaluation de "l'existence d'un problème avec l'alcool" par le praticien, suivant le type d'usage des patients**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Les difficultés d'identification des patients ayant un profil alcool à risque **sans dépendance** par le test DETA et les praticiens d'une part, et les règles d'affectation des patients dans cette sous-population (pouvant être liée à une consommation abusive antérieure) d'autre part, sont à l'origine d'une imprécision non négligeable concernant l'appréciation des conduites d'alcoolisation à risque actuelles de ces patients et des éventuelles conséquences sur l'état sanitaire.

En revanche, pour les patients ayant un profil alcool à risque **avec dépendance**, la mesure du comportement par rapport à l'alcool est plus précise et plus dommageable pour l'état de santé. En effet, le repérage de ces patients par les généralistes et le test DETA est satisfaisant et cohérent. Les conséquences négatives sur l'état de santé imputables à l'alcool sont plus importantes pour les consommations abusives dans le cadre d'une dépendance.

Nous avons ainsi tenté de modéliser ce profil en l'opposant aux deux autres réunis (modèles de régression logistique) à partir des différents indicateurs socio-démographiques présents dans le questionnaire.

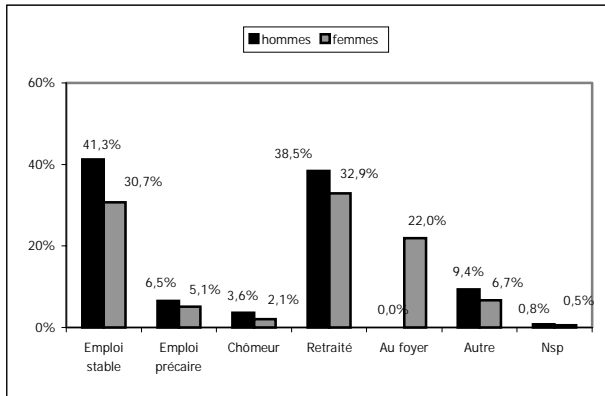
Il est important de souligner que compte tenu des proportions pour les profils à risque avec ou sans dépendance (respectivement 12,2 % n=246 et 9,5 % n=188), et de l'existence de plus de 5 % des patients dont le profil est inclassable, la précision des estimateurs pour ces sous-populations est plus faible.

# Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

## PROFESSION ET STATUT PAR RAPPORT À L'EMPLOI

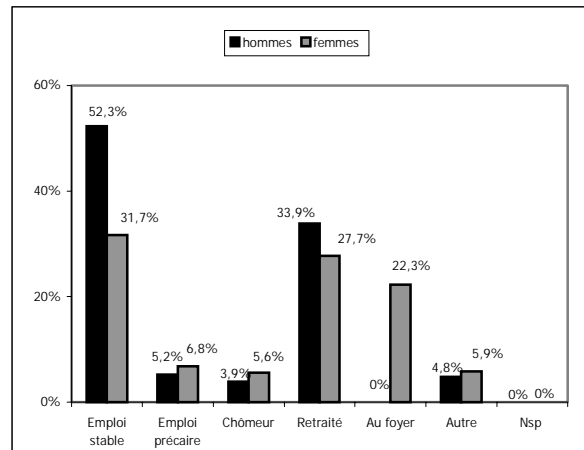
Situation par rapport à l'emploi : essentiellement le chômage et l'emploi précaire

Graphique 29 : Profil à risque



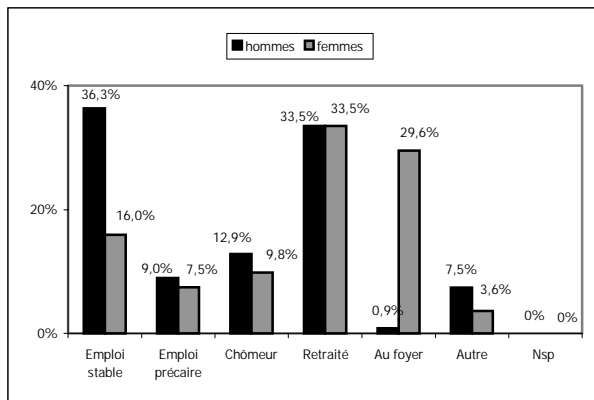
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Graphique 30 : Profil à risque sans dépendance



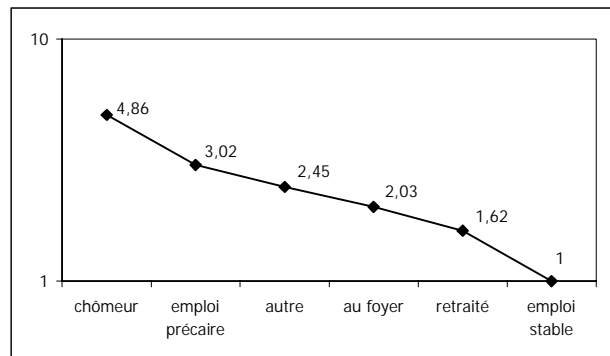
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Graphique 31 : Profil à risque avec dépendance



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Graphique 32 : Odds Ratios des différentes situations par rapport à l'emploi pour le profil alcool à risque avec dépendance, la modalité de référence étant un emploi stable (OR=1), ajustés sur l'âge et le sexe (échelle logarithmique)



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

On constate, pour les deux sexes, que la proportion de chômeurs et de patients ayant un emploi précaire est plus importante dans la population à risque avec dépendance ; les femmes au foyer constituent une proportion plus importante dans cette même population.

En tenant compte de l'âge (les "16-24 ans" représentent la référence OR=1) et du sexe des patients (hommes), la situation par rapport à l'emploi semble un facteur explicatif pour le profil à risque avec dépendance à l'alcool (modèle de régression logistique<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> La régression logistique (ou modèle logistique) est un modèle qui permet d'exprimer la relation entre une varia-

ble Y (variable dépendante) qualitative à deux classes (dans notre cas : profil à risque avec dépendance oui/non) par des variables qualitatives ou quantitatives (variables explicatives ou prédictives) simultanément, permettant ainsi un ajustement des variables explicatives entre elles. Le modèle mathématique s'écrit :  $\text{logit } P = \alpha + \sum \beta_i X_i$  avec  $\text{logit } P = \ln \frac{P}{1-P}$ . Une variable explicative qualitative à plus de deux modalités (n modalités) est représentée dans le modèle par (n-1) variables binaires (à deux classes correspondant aux n-1 modalités de la variable explicative). Ceci nous permet d'évaluer le risque (OR) des (n-1) modalités de la variable explicative pour la variable dépendante Y par rapport à une modalité de référence (de la variable explicative), en tenant compte des autres variables explicatives d'ajustement dans le modèle.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

Les chômeurs ont le plus important "sur-risque" pour le profil alcool à risque avec dépendance par rapport aux patients ayant

un emploi stable (classe de référence dans le modèle).

**Tableau 10 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon régional) : situation par rapport à l'emploi**

	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
variable dépendante : profil à risque avec dépendance			
emploi stable	1	-	-
retraité	1,62	0,84	3,12
au foyer	2,03	1,09	3,76
autre	2,45	1,21	4,97
emploi précaire	3,02	1,29	7,08
chômeur	4,86	2,48	9,50
16-24ans	1	-	-
25-34 ans	5,47	0,98	30,52
35-44 ans	20,75	3,89	110,80
45-54 ans	28,13	5,71	138,66
55-64 ans	19,26	3,27	113,42
65-74 ans	14,39	2,87	72,26
75-84 ans	8,06	1,18	55,11
sexe (hommes)	5,39	3,45	8,43

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Nous savons par ailleurs que le taux de chômage dans la région est constamment supérieur au taux national entre 1995 et 2000 (approximativement : variation de 14 à 16 % pour la région *versus* 10 à 12 % pour la France)<sup>1</sup>.

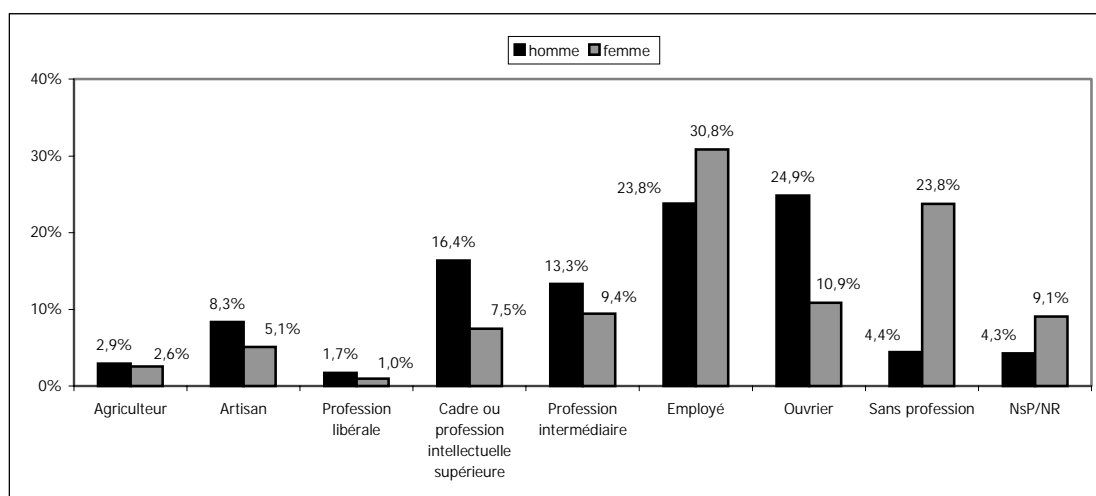
### Profession : sur-représentation des ouvriers

Dans l'échantillon, d'une manière globale, les catégories socioprofessionnelles les plus repré-

sentées sont les employés (25,8 % [23,2–28,6]), les ouvriers (20,4 % [17,5–23,7]) et les patients sans profession (14,7 % [12,4–17,3]).

La proportion d'ouvriers est plus importante dans la population à risque avec dépendance à l'alcool : 45,7 % [36,1–55,5] d'une manière globale, 50,2 % [38,6–61,8] des hommes et 30,8 % [17,1–49] des femmes ; la modalité NSP/NR représente 9,5 % [7,5–11,9].

**Graphique 33 : Répartition du statut professionnel dans la population sans risque par rapport à l'alcool**

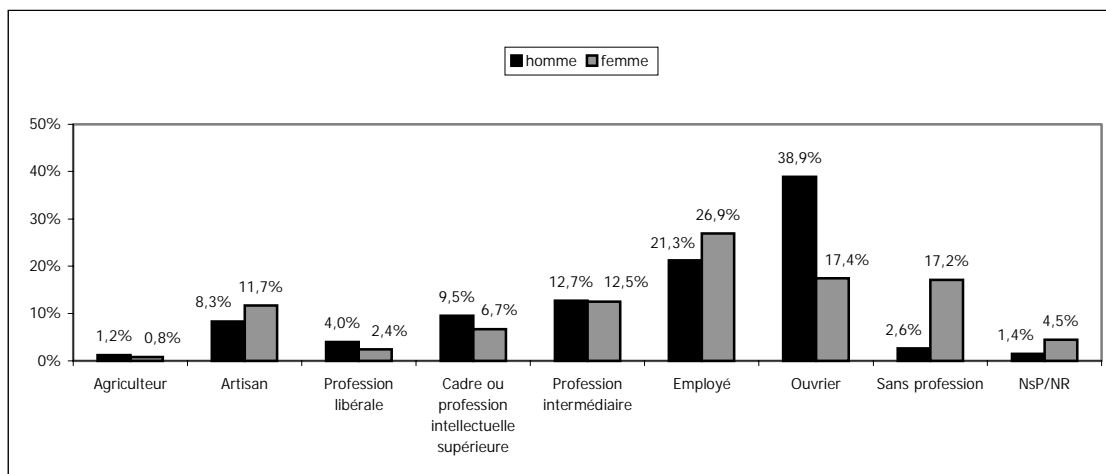


Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

<sup>1</sup> Moniteur 2001 des Programmes Régionaux de Santé. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, page 32, graphique 07A.

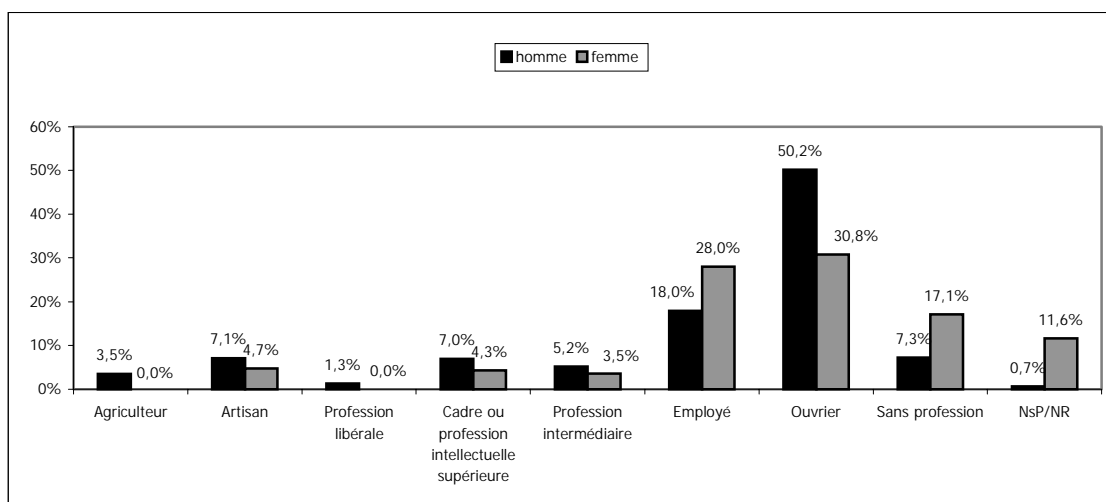
## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 34 : Répartition du statut professionnel dans la population à risque sans dépendance par rapport à l'alcool**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 35 : Répartition du statut professionnel dans la population à risque avec dépendance par rapport à l'alcool**



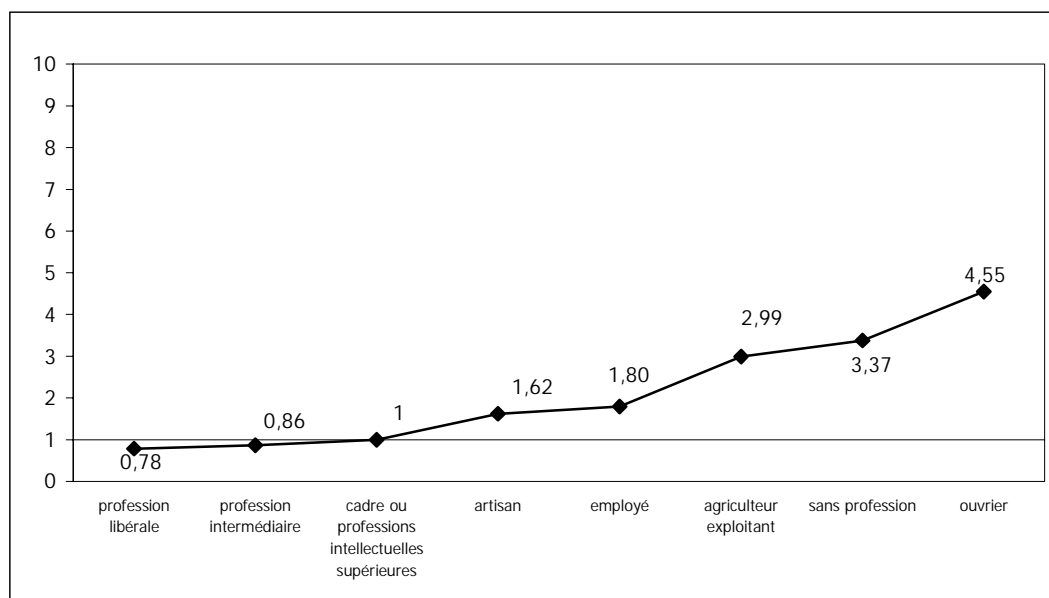
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

L'appréciation du risque des différents statuts professionnels pour le "profil à risque avec dépendance à l'alcool" a été évaluée par l'intermédiaire d'un "sous-modèle" régression logis-

tique dans lequel la modalité de référence est "cadre ou profession intellectuelle supérieure" (OR=1) pour la variable catégorie socioprofessionnelle (PCS).

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 36 : Odds Ratios des différentes modalités de la variable statut professionnel pour le profil alcool à risque avec dépendance ; la modalité de référence étant "cadre ou profession intellectuelle supérieure" (OR=1), ajustés sur l'âge et le sexe (échelle logarithmique)**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Tableau 11 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon régional) : situation par rapport au statut professionnel**

	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
variable dépendante : profil à risque avec dépendance			
sexe (hommes)	5,25	3,15	8,76
16-24ans	1	-	-
25-34 ans	3,44	0,59	19,96
35-44 ans	11,77	2,11	65,60
45-54 ans	18,49	3,81	89,71
55-64 ans	11,19	2,08	60,16
65-74 ans	8,85	2,05	38,23
75-84 ans	4,81	0,85	27,40
profession libérale	0,78	0,14	4,52
profession intermédiaire	0,86	0,36	2,10
cadre ou professions intellectuelles supérieures	1	-	-
artisan	1,62	0,73	3,59
employé	1,80	0,84	3,86
agriculteur exploitant	2,99	0,87	10,21
sans profession	3,37	1,11	10,21
ouvrier	4,55	2,10	9,86

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

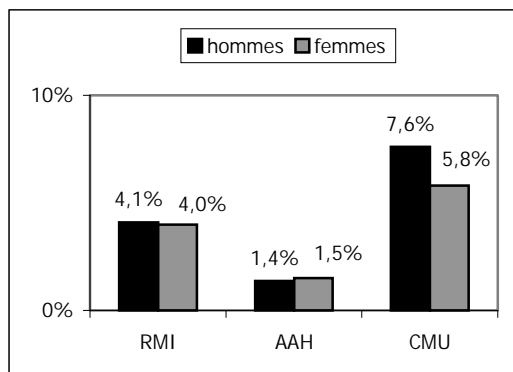
Les ouvriers et les patients sans profession semblent être plus à risque pour une alcoolisation abusive avec dépendance par rapport aux "cadres ou professions intellectuelles supérieures".

Nous savons par ailleurs que dans la population régionale, la proportion d'ouvriers (17,2 %) est supérieure à celle de la population nationale (14,7 %, Recensement INSEE 1999).

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

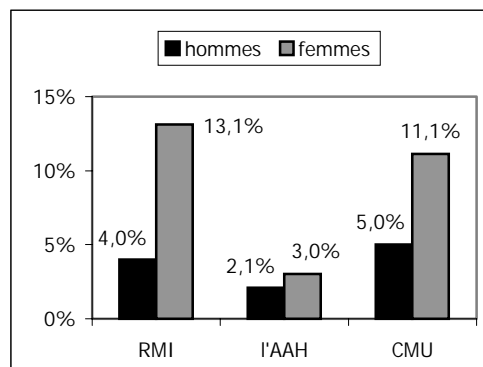
### SITUATIONS PARTICULIÈRES : RMI , AAH, CMU, MINIMA SOCIAUX SUR-REPRÉSENTÉS

Graphique 37 : Profil sans risque



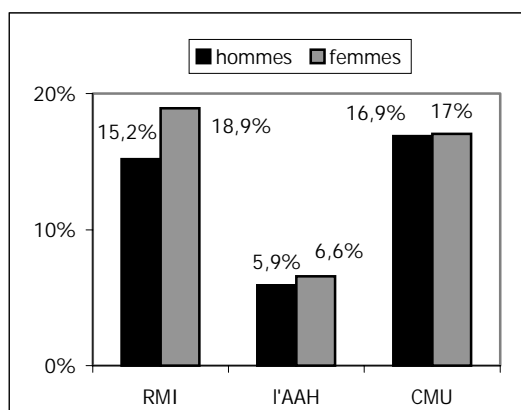
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Graphique 38 : Profil à risque sans dépendance



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Graphique 39 : Profil à risque avec dépendance



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Les proportions des différents indicateurs de précarité sont nettement plus élevées dans la population des patients à risque avec dépendance à l'alcool.

Le fait d'être bénéficiaire du Revenu Minimum d'Insertion ou de l'Allocation Adulte Handicapé semble constituer deux facteurs explicatifs du profil à risque avec dépendance à l'alcool (respectivement  $p < 10^{-3}$  et  $p = 6 \times 10^{-3}$ ) : sous-modèle de régression logistique avec un ajustement sur l'âge (classes d'âge par rapport aux "16-24 ans", qui représentent la référence) et le sexe.

Tableau 12 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon régional) : situation par rapport aux minima sociaux

variable dépendante : profil à risque avec dépendance	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
bénéficiaire du RMI	4,27	2,10	8,71
bénéficiaire de l'AAH	2,98	1,38	6,43
16-24ans	1	-	-
25-34 ans	3,65	0,63	21,10
35-44 ans	12,63	2,41	66,09
45-54 ans	17,39	3,71	81,49
55-64 ans	15,57	3,05	79,55
65-74 ans	12,07	2,89	50,48
75-84 ans	7,00	1,25	39,16
sexe (Hommes)	5,31	3,51	8,03

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

La variable représentant les bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle n'a pas été retenue dans le modèle compte tenu de sa non-signification statistique et de l'existence d'une

certaine redondance avec la variable représentant les RMIstes : en effet 72,6 % [61,9–81,2] des bénéficiaires du RMI bénéficient également de la CMU.

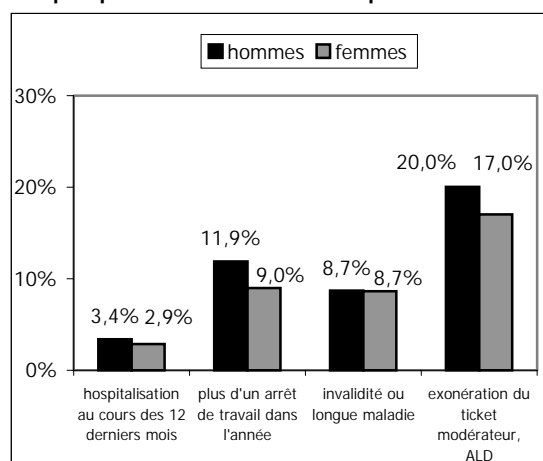
## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

Nous savons par ailleurs que la proportion de personnes bénéficiant du RMI (4,8 % *versus* 3,1 %) et de l'AAH (2,2 % *versus* 1,7 %) dans

la région est supérieure à la proportion de ces indicateurs dans la population nationale<sup>1</sup>.

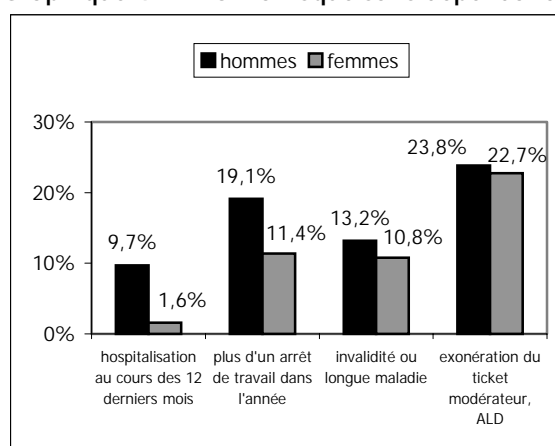
### ÉTAT DE SANTÉ : SURCONSOMMATION DE SOINS

Graphique 40 : Profil sans risque



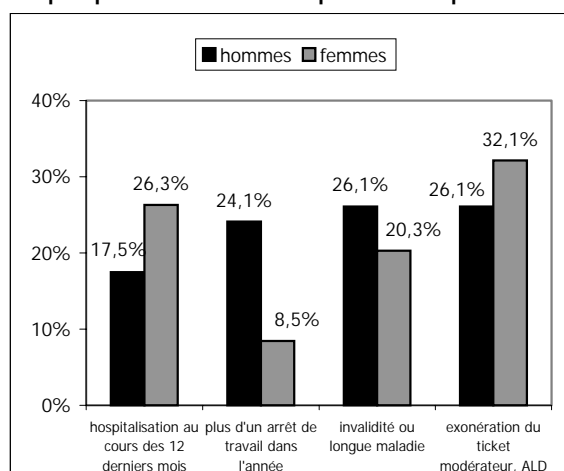
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Graphique 41 : Profil à risque sans dépendance



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Graphique 42 : Profil à risque avec dépendance



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Les différents indicateurs de l'état de santé des patients sont représentés d'une manière beaucoup plus importante dans la population des sujets ayant un profil à risque avec dépendance, quel que soit le sexe.

Dans un sous-modèle de régression logistique, le fait d'être en longue maladie ou en invalidité et/ou la notion d'une hospitalisation de plus de 24 heures dans l'année écoulée pour un accident (au domicile, de la route, du travail ou de sport) représentent deux facteurs explicatifs du profil à risque avec dépendance avec ajustement sur l'âge et le sexe.

Tableau 13 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon régional) : situation par rapport aux indicateurs de l'état de santé

variable dépendante : profil à risque avec dépendance	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
hospitalisation dans l'année pour accident (oui)	5,33	2,87	9,91
patient en invalidité ou longue maladie (oui)	2,29	1,37	3,83
16-24ans	1	-	-
25-34 ans	4,80	0,79	28,98
35-44 ans	14,72	2,78	78,04
45-54 ans	20,12	4,16	97,32
55-64 ans	16,19	3,04	86,30
65-74 ans	11,77	2,75	50,41
75-84 ans	6,57	1,14	37,76
sexe (Hommes)	4,91	3,27	7,39

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

<sup>1</sup> Source ARCAF EPICAF décembre 1998, INSEE 1999.

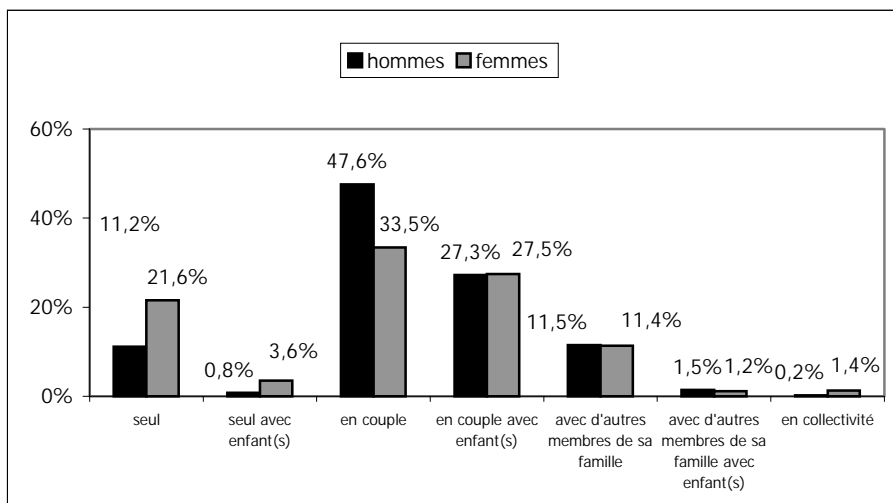
## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

Après ajustement, le fait de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur a été exclu du modèle compte tenu de sa non-signification statistique et de sa redondance avec la variable contenant l'information "patient en invalidité ou longue maladie" : en effet 77,4 % des patients [65,2–86,2] en longue maladie sont concernés par ces deux situations. Il en est de

même pour la notion d'arrêt de travail qui est "redondante" dans une certaine mesure avec le fait d'avoir été hospitalisé plus de 24 heures dans l'année pour un "accident" (q13) : 44 % des patients, hospitalisés dans l'année plus de 24 heures pour un accident, ont également bénéficié d'au moins deux arrêts de travail dans l'année écoulée.

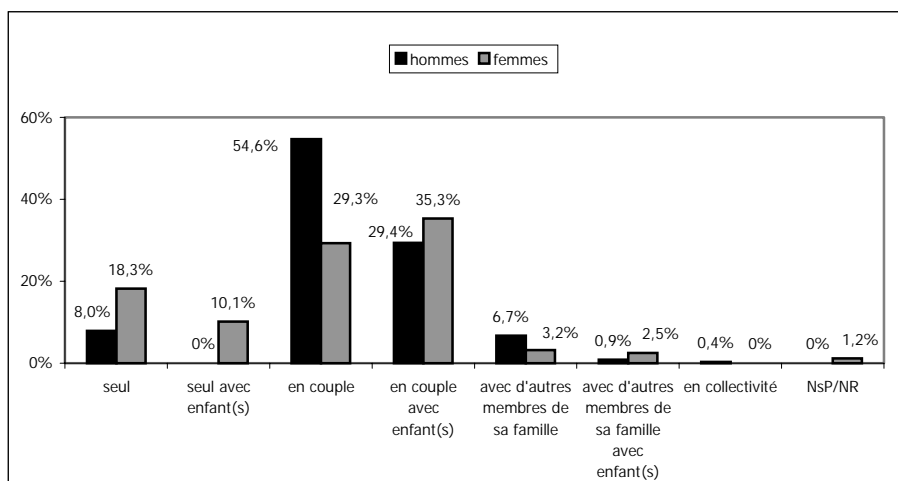
### SITUATION FAMILIALE ET PROFIL GÉNÉRAL PAR RAPPORT À L'ALCOOL : LE COUPLE, FACTEUR PROTECTEUR

**Graphique 43 : Profil sans risque**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

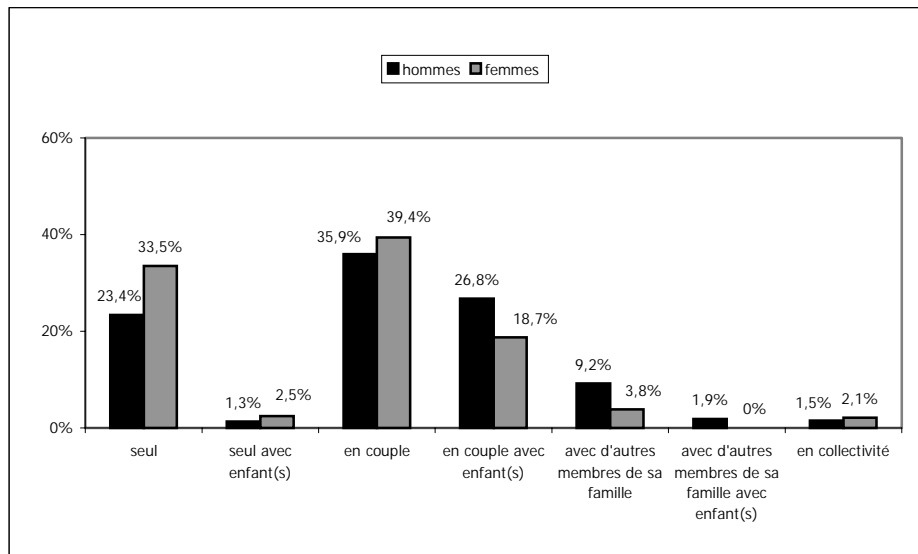
**Graphique 44 : Profil à risque sans dépendance**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 45 : Profil à risque avec dépendance**



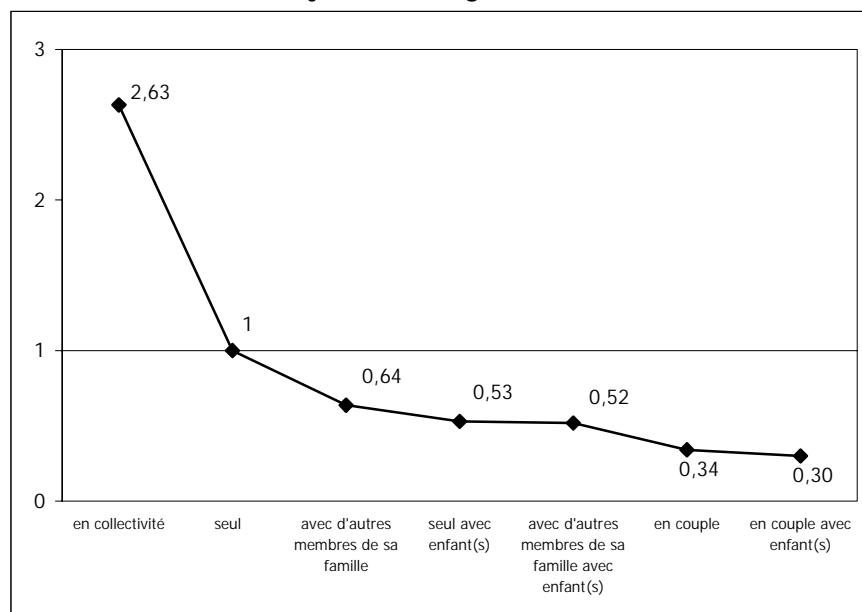
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

On remarque que :

- les patients qui vivent le plus souvent seuls sont ceux de la sous-population ayant un profil à risque avec dépendance, les femmes davantage que les hommes ;
- chez les patients dépendants, la proportion d'hommes vivant en couple sans enfant est relativement moins importante ;
- les femmes en couple avec enfant(s) sont également moins représentées dans la sous-population à risque avec dépendance.

Il existe un lien entre la situation familiale et le profil à risque avec dépendance : la situation familiale en couple avec ou sans enfant(s) représente un sous-risque par rapport à la situation familiale seul sans enfant(s) : sous-modèle de régression logistique ajusté sur le sexe et l'âge.

**Graphique 46 : Odds Ratios des différentes situations familiales pour le profil Alcool à risque avec dépendance, la variable de référence étant "vit seul sans enfants", ajustés sur l'âge et le sexe**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 14 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon régional) : situation par rapport à la situation familiale**

variable dépendante : profil à risque avec dépendance	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
en collectivité	2,63	0,63	10,99
seul	1	-	-
avec d'autres membres de sa famille	0,64	0,30	1,37
seul avec enfant(s)	0,53	0,16	1,72
avec d'autres membres de sa famille avec enfant(s)	0,52	0,11	2,37
en couple	0,34	0,21	0,55
en couple avec enfant(s)	0,30	0,15	0,59
sexe (Hommes)	5,73	3,73	8,78
16-24ans	1	-	-
25-34 ans	4,83	0,83	28,13
35-44 ans	18,86	3,41	104,16
45-54 ans	26,99	5,30	137,51
55-64 ans	17,32	3,07	97,88
65-74 ans	11,59	2,35	57,20
75-84 ans	6,00	1,00	35,94

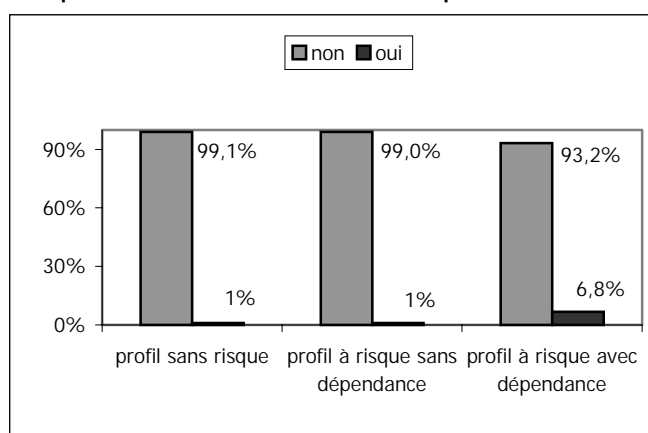
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

### SITUATION DU DOMICILE : LA PRÉCARITÉ DU LOGEMENT, FACTEUR DE RISQUE

Compte tenu de leurs effectifs, les modalités "domicile précaire" et "sans abri" (respective-

ment n=27 et n=2) de la question concernant la situation du domicile, ont été regroupées.

**Graphique 47 : Proportion de patients ayant un domicile précaire ou sans abri suivant le profil Alcool**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

La proportion de patients sans abri ou ayant un domicile précaire, est relativement plus importante dans la population à risque avec dé-

pendance. La précarité du domicile est liée au profil "alcool" à risque avec dépendance (sous-modèle de régression logistique).

**Tableau 15 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon régional) : situation par rapport au domicile**

variable dépendante : profil à risque avec dépendance	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
sexe (Hommes)	4,66	3,14	6,91
16-24ans	1	-	-
25-34 ans	4,10	0,72	23,49
35-44 ans	14,46	2,71	77,07
45-54 ans	20,68	4,21	101,52
55-64 ans	15,40	2,94	80,61
65-74 ans	11,64	2,60	52,03
75-84 ans	6,64	1,18	37,43
domicile précaire ou sans abri	6,81	2,53	18,29

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Modèle explicatif global du profil "alcool" à risque avec dépendance

### DANS L'ÉCHANTILLON RÉGIONAL

Nous avons constaté précédemment que la situation par rapport à l'emploi, la profession, la situation familiale, le fait de bénéficier d'aides sociales comme le RMI ou l'AAH et l'état de santé (décrit à travers la notion d'une hospitalisation dans l'année pour un accident et/ou le fait d'être en invalidité ou longue maladie), sont des facteurs explicatifs, en tenant compte de l'âge et du sexe, du profil à risque avec dépendance des patients en médecine générale. Le lien de ces facteurs avec le profil à risque avec dépendance (variable dépendante) a été analysé individuellement (dans le cadre de sous-modèles de régression logistique). Nous avons tenté d'explicitier ce profil en ajustant tous les facteurs entre eux par un modèle de régression logistique.

Dans la modélisation suivante, la modalité de référence pour la situation par rapport à l'emploi est "emploi stable" (OR=1) ; la classe d'âge de référence pour la variable représentant l'âge décennal est les "16-24 ans" (OR=1) ; la profession de référence : "cadre ou profession intellectuelle supérieure" (OR=1) et la situation familiale de référence : "seul sans enfant" (OR=1).

Il apparaît qu'après ajustement, le fait d'être bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé n'est pas un facteur explicatif du profil à risque avec dépendance à l'alcool. Il en est de même pour la situation par rapport à l'emploi. Ceci est en partie lié à la redondance avec la variable RMI. En effet, 60,5 % [46,2–73,2] des chômeurs sont RMIstes. La situation par rapport au domicile n'a pas été conservée dans le modèle, compte tenu de sa non-signification statistique liée à un manque de puissance (en rapport avec le faible effectif des patients ayant un domicile précaire ou sans abri).

Le fait de bénéficier du RMI et/ou l'existence d'un état de santé fragile (invalidité ou affec-

tion de longue durée et recours dans l'année au système de soins hospitalier plus de 24 heures pour un accident –au domicile, de travail, de la route–) sont liés au profil à risque avec dépendance à l'alcool. La situation familiale "vie en couple" avec ou sans enfant(s), représente un sous-risque d'alcoolisation abusive avec dépendance par rapport au fait de vivre seul sans enfant. S'agissant du statut professionnel, la classe "ouvriers" semble la plus à risque d'alcoolisation avec dépendance par rapport à la classe "cadre ou profession intellectuelle supérieure", classe de référence.

À partir de ces résultats, on peut évoquer différentes hypothèses concernant l'alcoolisme :

- la prévalence plus importante de l'alcoolisation abusive et chronique dans les milieux socio-économiques les plus défavorisés, notamment dans un contexte de désinsertion sociale associée (vit seul) ;
- l'existence de nombreuses comorbidités associées à l'alcoolisme chronique (cirrhose hépatique, diabète, polynévrites, affections cardio-vasculaires dont principalement l'hypertension artérielle et les cardiopathies, les psychoses, etc.) responsables d'un état de santé précaire, permettant aux patients de bénéficier du ticket modérateur au titre d'une ALD et d'être considérés en longue maladie ;
- enfin, la survenue de complications notamment traumatiques aiguës (chute avec traumatisme crânien, accidents de la circulation...) "accidentelles" plus fréquentes dans ces populations, probablement en rapport avec les épisodes d'alcoolisations aiguës.

Ces deux dernières notions sont probablement à l'origine d'un recours au système de soins hospitalier (durée supérieure à 24 heures) plus fréquent.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 16 : Modèle global de régression logistique (échantillon régional) pour le profil Alcool à risque avec dépendance**

		Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
variable dépendante : profil à risque avec dépendance				
sexe (Hommes)		5,60	3,50	8,95
16-24ans		1	-	-
AGE (la classe de référence étant les 16-24 ans)	25-34 ans	3,02	0,51	17,99
	35-44 ans	11,29	1,90	67,23
	45-54 ans	16,52	3,16	86,47
	55-64 ans	12,43	2,12	72,84
	65-74 ans	8,40	1,62	43,54
	75-84 ans	3,91	0,60	25,28
cadre ou professions intellectuelles supérieures		1	-	-
Profession (la classe de référence étant les cadres ou professions intellectuelles supérieures)	profession intermédiaire	0,72	0,26	1,95
	profession libérale	0,95	0,16	5,56
	employé	1,41	0,62	3,25
	artisan	1,69	0,74	3,89
	sans profession	1,85	0,70	4,87
	agriculteur exploitant	2,30	0,63	8,39
	ouvrier	3,40	1,50	7,70
seul		1	-	-
Situation Familiale (la classe de référence étant les patients vivant seuls)	en couple	0,33	0,20	0,53
	en couple avec enfants	0,34	0,18	0,65
	avec d'autres membres de la famille avec enfants	0,39	0,10	1,49
	seul avec enfant(s)	0,48	0,10	2,32
	avec d'autres membres de la famille	0,70	0,30	1,61
	en collectivité	1,75	0,18	17,17
bénéficiaire du RMI		2,57	1,26	5,25
hospitalisation dans l'année pour accident (oui)		4,30	2,31	7,98
patient en invalidité ou longue maladie (oui)		2,26	1,32	3,84

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

### DANS L'ÉCHANTILLON NATIONAL

Il nous a paru pertinent de modéliser le profil alcool à risque avec dépendance dans l'échantillon national, qui comprend près de 49 000 patients, ceci pour essentiellement deux raisons :

- la première est de comparer les facteurs explicatifs du modèle national au modèle régional, afin d'apprécier d'une part la validité de ce dernier et de rechercher une spécificité régionale de certains facteurs explicatifs socio-démographiques dans les conduites d'alcoolisations abusives accompagnées de dépendance des patients ayant recours aux médecins généralistes ;
- la deuxième est d'étudier dans le modèle national l'effet de la variable "région" en tenant compte des facteurs explicatifs socio-démographiques.

Le modèle national obtenu après une étape de sélection des différentes variables (sous-modèles de régression logistique) comprend, après ajustement, plus de variables que le mo-

dèle régional ; ceci principalement en rapport avec un gain de puissance, compte tenu des effectifs, permettant d'une part de "garder" certaines variables malgré l'existence de redondances entre elles, et d'autre part d'obtenir une augmentation de la signification des variables, liée à la meilleure précision des mesures.

Afin d'illustrer la redondance de certaines variables, nous avons exploré les liens entre :

- le fait d'être à la fois bénéficiaire du RMI et de la CMU : 84,7 % [81,7–87,3] des "RMistes" bénéficient de la CMU ;
- la situation par rapport à l'emploi et le fait de bénéficier du RMI : 43,1 % [39,3–46,9] des chômeurs sont "RMistes" ;
- le fait d'avoir été hospitalisé plus de 24 heures pour accident dans les 12 derniers mois et d'avoir bénéficié de plus d'un arrêt de travail dans les 12 derniers mois : 40,1 % [36,8–43,5] des patients sont concernés par cette situation ;
- le fait de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une Affection

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

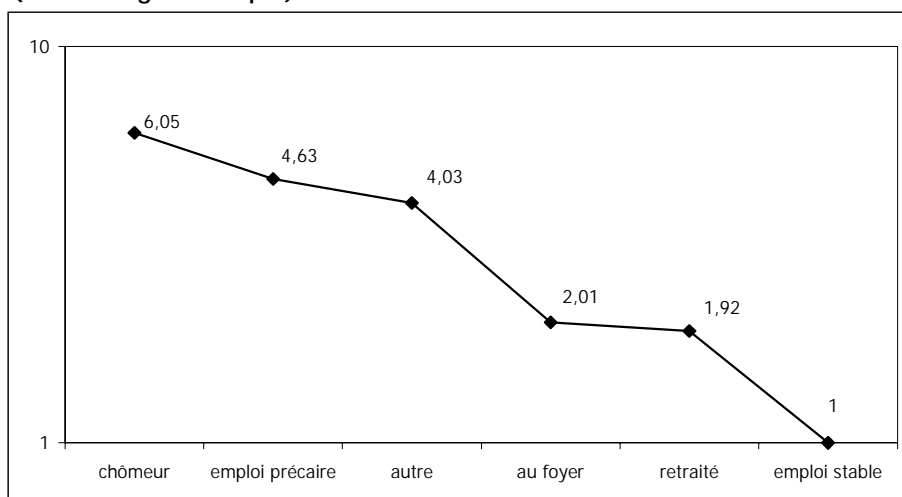
de Longue Durée et le fait d'être en longue maladie ou en invalidité : 83,8 % [81,9–85,5] des patients en invalidité ou en longue maladie bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD ; toutes ces variables sont ainsi liées entre elles (test du  $\chi^2$   $p < 10^{-3}$ ).

Notons que la population de patients ayant un profil à risque sans dépendance est également l'objet, comme dans l'échantillon régional, de divergences en ce qui concerne l'avis des généralistes sur "l'existence d'un problème avec l'alcool" et l'évaluation du type d'usage de l'alcool à travers la variable USAGE, en rapport avec la consommation déclarée. En effet, 64 % de ces patients ont été évalués "sans problème par rapport à l'alcool" par les médecins, et près

de 43 % d'entre eux avaient soit un non-usage ou un usage non à risque de l'alcool d'après la variable USAGE. Cette difficulté d'appréciation de la consommation excessive des boissons alcoolisées dans cette population nous a confortés dans notre démarche de modélisation des patients ayant un profil à risque avec dépendance, population dans laquelle la mesure du comportement vis-à-vis de l'alcool est plus précise et identifiée comme dommageable pour la santé des patients.

Il apparaît clairement, dans l'étape bivariée, que la précarité sociale est un facteur explicatif de la consommation abusive de l'alcool avec dépendance. Elle est représentée par le fait d'être bénéficiaire du RMI et/ou de la CMU, et par la précarité de la situation par rapport à l'emploi et/ou du domicile.

**Graphique 48 : Odds Ratios des différentes situations par rapport à l'emploi pour le profil Alcool à risque avec dépendance, la classe de référence étant l'emploi stable (OR=1), ajustés sur le sexe et l'âge décennal (échelle logarithmique)**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

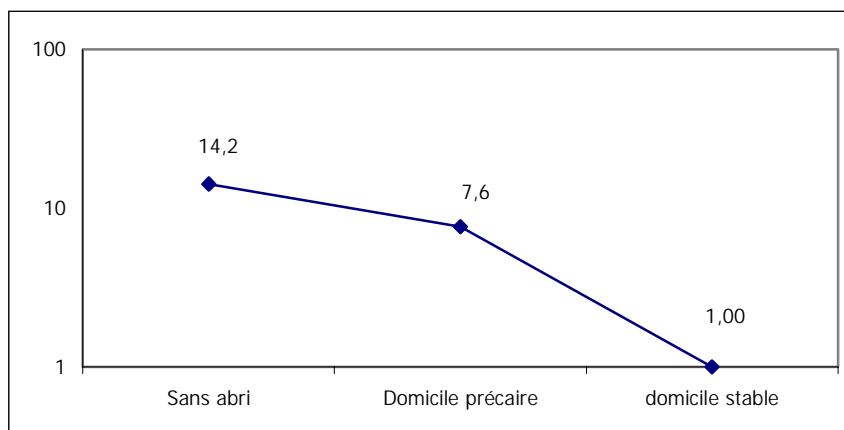
**Tableau 17 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon national) : situation par rapport à l'emploi**

	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
variable dépendante : profil à risque avec dépendance			
sexe (Hommes)	4,02	3,46	4,66
16-24ans	1,00	-	-
25-34 ans	3,88	2,43	6,21
35-44 ans	11,23	7,25	17,40
45-54 ans	14,45	9,53	21,89
55-64 ans	11,37	7,26	17,83
65-74ans	7,04	4,38	11,31
75-84 ans	4,33	2,57	7,28
>85 ans	1,82	0,84	3,91
emploi stable	1,00	-	-
retraité	1,92	1,53	2,40
au foyer	2,01	1,54	2,63
autre	4,03	3,19	5,10
emploi précaire	4,63	3,65	5,89
chômeur	6,05	4,71	7,78

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Graphique 49 : Odds Ratios des différentes situations par rapport au domicile, pour le profil alcool à risque avec dépendance, la classe de référence étant le domicile stable, ajustés sur le sexe et l'âge décennal (échelle logarithmique)**



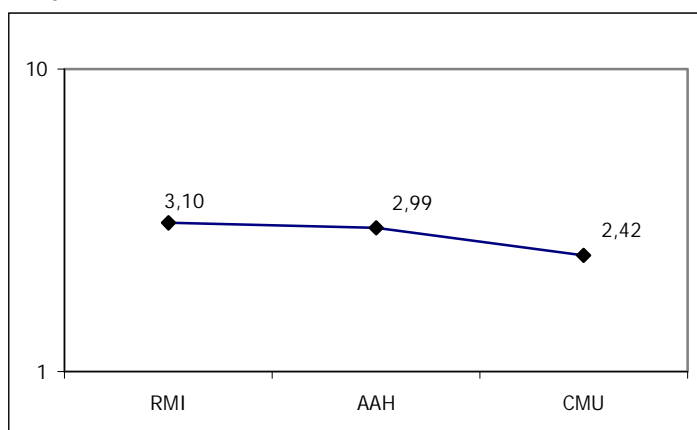
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Tableau 18 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon national) : situation par rapport au domicile**

	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
variable dépendante : profil à risque avec dépendance			
sexe (Hommes)	3,60	3,15	4,11
16-24ans	1,00	-	-
25-34 ans	2,31	1,51	3,53
35-44 ans	6,04	4,09	8,93
45-54 ans	7,95	5,46	11,56
55-64 ans	7,62	5,23	11,11
65-74ans	4,68	3,23	6,78
75-84 ans	2,90	1,90	4,43
>85 ans	1,24	0,63	2,47
domicile stable	1,00	-	-
domicile précaire	7,64	5,59	10,45
sans abri	14,19	4,53	44,45

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 50 : Odds Ratios des différents indicateurs de précarité pour le profil alcool à risque avec dépendance, ajustés sur le sexe et l'âge décennal (échelle logarithmique)**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 19 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon national) : situation par rapport aux minima sociaux**

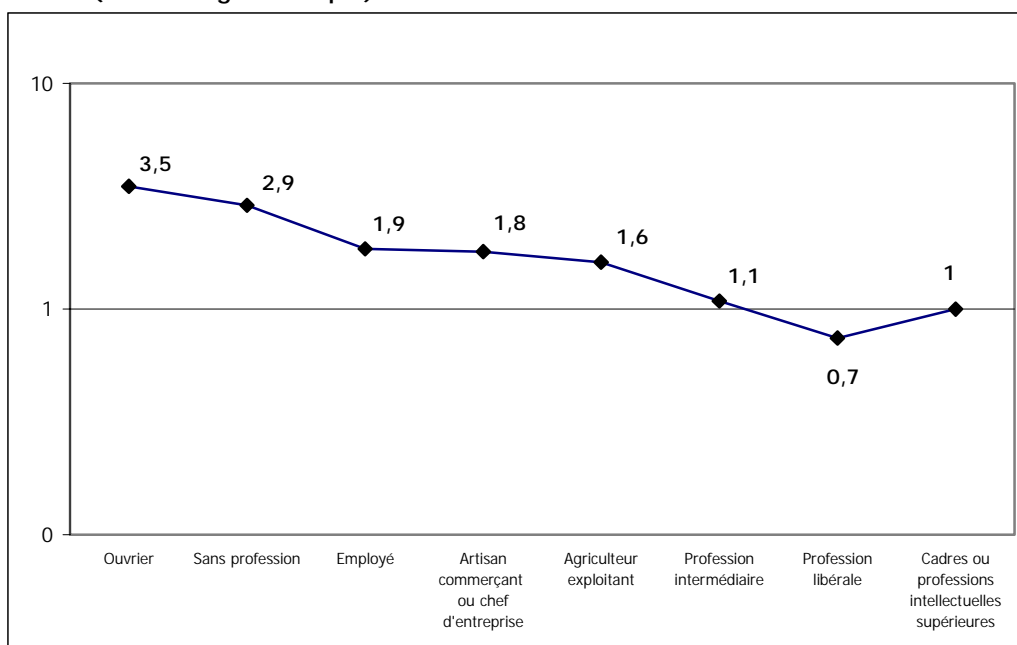
variable dépendante : profil à risque avec dépendance	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
sexe (Hommes)	3,9	3,4	4,5
16-24ans	1,00	-	-
25-34 ans	1,8	1,1	2,8
35-44 ans	5,0	3,3	7,7
45-54 ans	6,6	4,4	9,9
55-64 ans	7,1	4,7	10,8
65-74ans	4,7	3,2	7,1
75-84 ans	3,1	2,0	4,9
>85 ans	1,2	0,5	2,5
RMI	3,1	2,2	4,4
AAH	3,0	2,3	3,9
CMU	2,4	1,8	3,2

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Au regard de la PCS, les ouvriers représentent la population la plus à risque pour le profil à ris-

que avec dépendance par rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures.

**Graphique 51 : Odds Ratios des différentes Catégories Socio-Professionnelles pour le profil à risque avec dépendance, la classe de référence étant les cadres ou Professions Intellectuelles Supérieures (OR=1), ajustés sur le sexe et l'âge décennal (échelle logarithmique)**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 20 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon national) : situation par rapport au statut socio-professionnel**

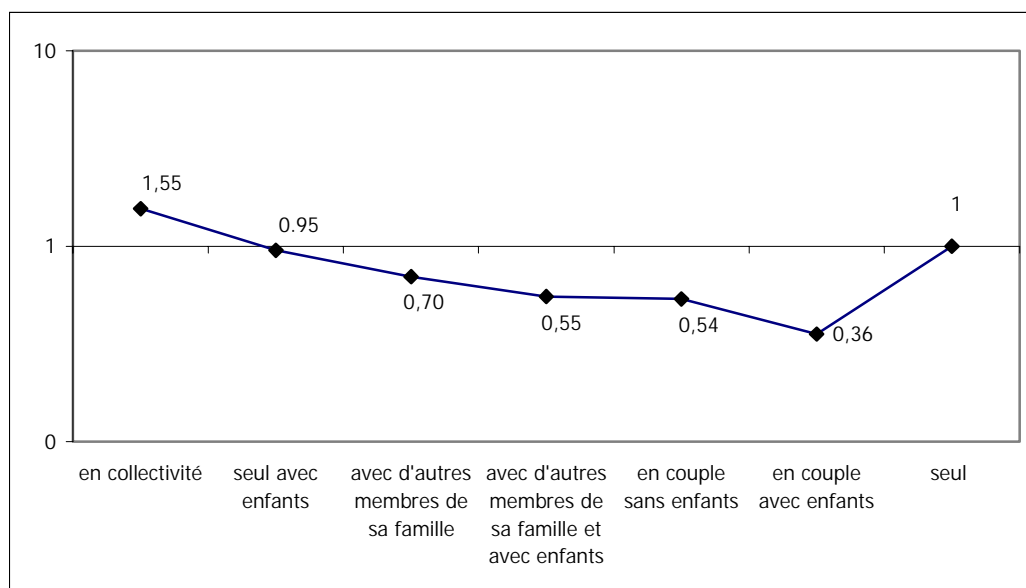
variable dépendante : profil à risque avec dépendance	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
sexe (Hommes)	3,75	3,16	4,45
16-24ans	1,00	-	-
25-34 ans	2,75	1,74	4,37
35-44 ans	7,21	4,73	10,98
45-54 ans	9,23	6,13	13,89
55-64 ans	8,75	5,72	13,38
65-74ans	5,24	3,47	7,93
75-84 ans	3,29	2,08	5,22
>85 ans	1,23	0,61	2,46
Cadres ou professions intellectuelles supérieures	1,00	-	-
Profession libérale	0,74	0,44	1,25
Profession intermédiaire	1,08	0,81	1,45
Agriculteur exploitant	1,62	1,17	2,23
Artisan commerçant ou chef d'entreprise	1,80	1,26	2,57
Employé	1,85	1,40	2,44
Sans profession	2,88	1,99	4,18
Ouvrier	3,50	2,69	4,55

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

La situation familiale en couple ou avec d'autres membres de sa famille est un facteur protecteur face à l'alcoolisation abusive avec dé-

pendance par rapport au fait de vivre seul sans enfant.

**Graphique 52 : Odds Ratios des différentes situations familiales pour le profil à risque avec dépendance, la classe de référence étant les patients vivant seuls, ajustés sur le sexe et l'âge décennal (échelle logarithmique)**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 21 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon national) : situation par rapport à la situation familiale**

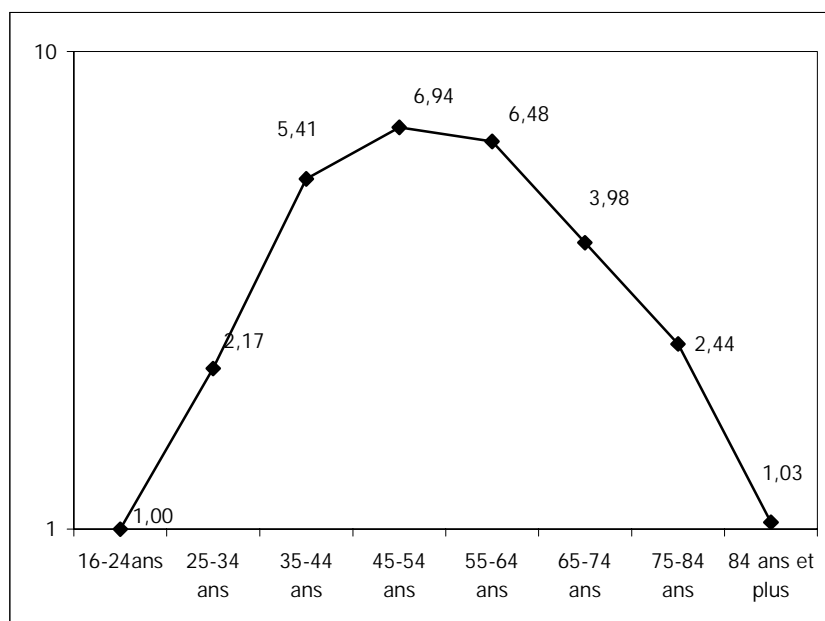
variable dépendante : profil à risque avec dépendance	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
sexe	4,02	3,50	4,61
16-24ans	1,00	-	-
25-34 ans	2,83	1,77	4,52
35-44 ans	7,97	5,15	12,33
45-54 ans	9,61	6,32	14,61
55-64 ans	8,33	5,44	12,75
65-74ans	4,73	3,10	7,22
75-84 ans	2,62	1,65	4,17
>85 ans	0,97	0,48	1,94
seul	1,00	-	-
en couple avec enfants	0,36	0,29	0,44
en couple sans enfants	0,54	0,47	0,62
avec d'autres membres de sa famille et avec enfants	0,55	0,32	0,96
avec d'autres membres de sa famille	0,70	0,55	0,89
seul avec enfants	0,95	0,68	1,35
en collectivité	1,55	0,87	2,79

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Enfin les hommes ont, d'une manière plus fréquente, une consommation d'alcool abusive avec des stigmates de dépendance par rap-

port aux femmes notamment entre 45 et 64 ans.

**Graphique 53 : Odds Ratios des différentes classes d'âge décennales pour le profil Alcool à risque avec dépendance, la classe de référence étant les 16-24 ans (OR=1), ajustés sur le sexe (échelle logarithmique)**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 22 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon national) : situation par rapport aux différentes classes d'âge décennales**

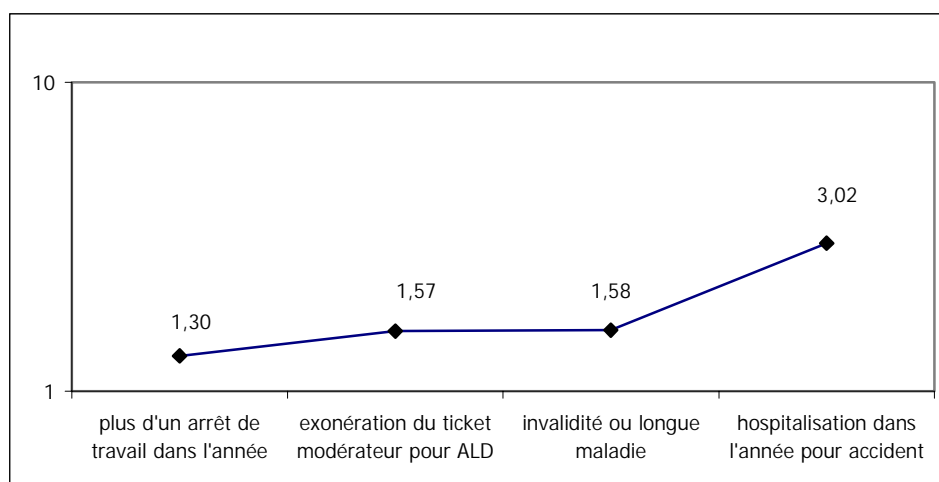
variable dépendante : profil à risque avec dépendance	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
sexe (hommes)	3,68	3,23	4,19
16-24ans	1,00	-	-
25-34 ans	2,17	1,40	3,36
35-44 ans	5,41	3,64	8,06
45-54 ans	6,94	4,75	10,13
55-64 ans	6,48	4,40	9,55
65-74 ans	3,98	2,72	5,83
75-84 ans	2,44	1,58	3,77
84 ans et plus	1,03	0,52	2,07

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Les différents indicateurs de l'état de santé des patients sont sur-représentés chez les patients ayant un profil à risque avec dépendance. C'est notamment le cas pour la notion d'hos-

pitalisation plus de 24 heures pour "accident" dans l'année et la prescription de plus d'un arrêt de travail annuel.

**Graphique 54 : Odds Ratios des différents indicateurs de l'état de santé des patients, pour le profil alcool à risque avec dépendance, ajustés sur le sexe et l'âge décennal (échelle logarithmique)**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Tableau 23 : Sous-modèle de régression logistique (échantillon national) : situation par rapport aux différents indicateurs de l'état de santé**

variable dépendante : profil à risque avec dépendance	Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
sexe (Hommes)	3,48	3,04	3,99
16-24ans	1,00	-	-
25-34 ans	1,97	1,27	3,05
35-44 ans	4,73	3,19	7,00
45-54 ans	5,54	3,80	8,06
55-64 ans	5,40	3,65	7,99
65-74ans	3,17	2,15	4,68
75-84 ans	1,86	1,18	2,93
>85 ans	0,76	0,38	1,54
plus d'un arrêt de travail dans l'année	1,30	1,09	1,56
exonération du ticket modérateur pour ALD	1,57	1,35	1,82
invalidité ou longue maladie	1,58	1,32	1,89
hospitalisation dans l'année pour accident	3,02	2,37	3,85

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

Dans le modèle global (comprenant tous les facteurs explicatifs sélectionnés dans l'étape bivariée), l'ajustement ne permet pas de retenir le fait d'être bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé comme facteur explicatif du profil à risque avec dépendance. Ceci est très probablement lié à sa redondance avec le fait de bénéficier de l'ALD (q16 ; 70 % des AAH) et la notion de longue maladie ou d'invalidité (q15 ; 76 % des AAH).

D'une manière globale, les résultats de la modélisation sur l'échantillon national rejoignent les grands axes qui découlent de la modélisation régionale : le risque d'alcoolisation excessive avec dépendance concerne d'une manière plus importante les populations défavorisées sur le plan sanitaire et social.

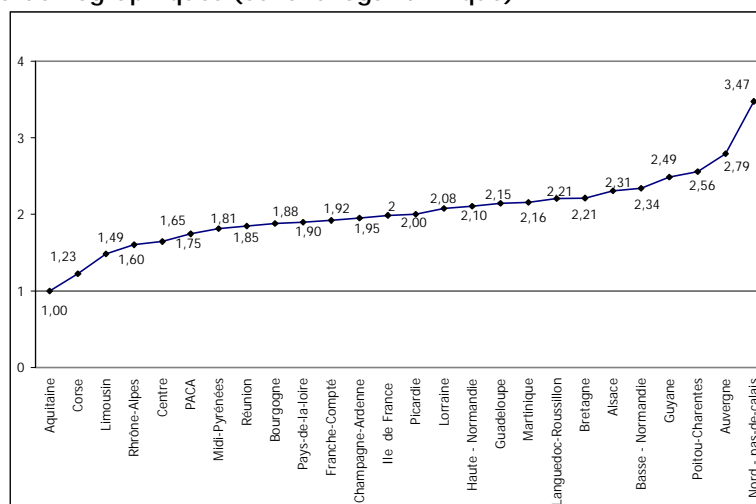
La variable représentant la région d'origine de chaque patient a été introduite dans le modèle, avec comme région de référence la région "Aquitaine". Ce choix repose sur deux notions :

- la première est que nous avons jugé utile de sélectionner une région métropolitaine afin d'assurer une bonne "comparabilité" concernant les comportements vis-à-vis de l'alcool avec un maximum de régions ;
- la deuxième est que la région Aquitaine affiche des taux de prévalence bruts pour le profil à risque avec dépendance parmi les plus faibles dans les deux sexes (Annexe 8).

Après ajustement sur les différents facteurs socio-démographiques de l'échantillon national, il apparaît que la variable "région" est un facteur explicatif supplémentaire du comportement des patients en médecine générale par rapport à l'usage à risque de l'alcool avec dépendance. Autrement dit, les facteurs socio-démographiques ne suffisent pas à expliquer les différences entre les régions quant à l'importance de l'alcoolisation abusive avec dépendance des patients en médecine générale. D'autres facteurs explicatifs peuvent être explorés afin d'expliquer les disparités régionales, notamment le type d'alcool consommé de manière préférentielle : une étude récente prospective montre que la consommation modérée de vin représente un sous-risque pour l'évolution vers une consommation excessive par rapport à la consommation modérée de bière<sup>1</sup>. Or, nous savons que d'après les données SECODIP sur l'achat de produits alcoolisés entre 1996 et 1998, il existe une surconsommation régionale de bière par rapport à la France (près de 58 litres/personne/an dans le Nord – Pas-de-Calais contre moins de 30 litres/personne/an en France en 1998)<sup>2</sup>.

Ce modèle permet, tout au moins, de comparer les différentes régions par rapport au risque pour le profil à risque avec dépendance des patients ayant un recours en médecine générale, en tenant compte des facteurs socio-démographiques.

**Graphique 55 : Odds Ratios des différentes régions pour le profil alcool à risque avec dépendance, la classe de référence étant la région Aquitaine, ajustés sur les différentes variables socio-démographiques (échelle logarithmique)**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

<sup>1</sup> Majken K, Jensen and all. Alcoholic Beverage Preference and Risk of Becoming a Heavy Drinker. Epidemiology March 2002, Vol. 13 N° 2 : 127-32.

<sup>2</sup> Tableau de bord de l'alcoolisme. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2001 : 21.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 24 : Modèle de régression logistique global national**

Variable dépendante : profil à risque avec dépendance		Odds Ratios	[intervalle de confiance à 95%]	
sexe (hommes)			3,94	3,23
AGE (la classe de référence étant les 16-24 ans)	16-24ans	1,00	-	-
	25-34 ans	2,54	1,52	4,25
	35-44 ans	7,98	4,91	12,97
	45-54 ans	9,42	5,86	15,13
	55-64 ans	8,49	5,09	14,14
	65-74 ans	4,55	2,70	7,67
	75-84 ans	2,80	1,60	4,91
	> à 85 ans	0,84	0,37	1,92
Situation par rapport lem pbi (la classe de référence étant "em p b istable")	em p b istable	1,00	-	-
	re ta i é	1,71	1,31	2,25
	au foyer	1,74	1,09	2,78
	em p b i p r é c a i e	1,81	1,30	2,51
	au t r e	2,10	1,57	2,80
Profession (la classe de référence étant les cadres ou professions intellectuelles supérieures)	cadre ou profession intellectuelle supérieure	1,00	-	-
	profession libérale	0,98	0,56	1,69
	profession intermédiaire	1,09	0,80	1,50
	sans profession	1,50	0,92	2,47
	em p b y é	1,54	1,12	2,12
	agriculteur exploitant	1,64	1,15	2,34
	artisan ouvrier	1,93 2,36	1,27 1,72	2,93 3,24
Situation Fam ilia le (la classe de référence étant les patients vivant seuls)	seul	1,00	-	-
	en couple avec enfants	0,50	0,39	0,65
	avec d'autres membres de la famille avec enfants	0,65	0,35	1,23
	en collectivité	0,66	0,27	1,62
	en couple sans enfant	0,69	0,57	0,83
	avec d'autres membres de la famille sans enfant	0,73	0,54	0,97
dom icile (la classe de référence étant "dom icile stable")	dom icile stable	1,00	-	-
	dom icile précaire	2,52	1,62	3,92
patient bénéficiant du R M I	patient bénéficiant du R M I	1,59	1,14	2,20
	patient bénéficiant de la CM U	1,86	1,39	2,51
hospitalisation dans l'année pour accident	2,40	1,91	3,01	
arrêt de travail dans l'année	1,70	1,39	2,07	
invalidité ou bngue m a ad é	1,38	1,13	1,68	
exonération du ticket m o d é r a t e u r p o u r A L D	1,31	1,11	1,54	
REG DN (la Région de référence étant la Région A quitaine)	A quitaine	1,00	-	-
	Corse	1,23	0,64	2,36
	Limousin	1,49	0,87	2,54
	Rhône-Alpes	1,60	0,94	2,74
	Centre	1,65	0,97	2,80
	PACA	1,75	0,99	3,07
	Midi-Pyrénées	1,81	1,05	3,15
	Réunion	1,85	1,05	3,25
	Bourgogne	1,88	1,05	3,36
	Pays-de-la-loire	1,90	1,11	3,24
	Franche-Comté	1,92	1,11	3,32
	Champagne-Ardenne	1,95	1,12	3,40
	Ile de France	1,99	1,09	3,61
	Picardie	2,00	1,18	3,41
	Normandie	2,08	1,17	3,69
	Haute-Normandie	2,10	1,22	3,62
	Guadeloupe	2,15	1,22	3,78
	Martinique	2,16	1,15	4,05
	Languedoc-Roussillon	2,21	1,24	3,92
	Bretagne	2,21	1,30	3,78
	Auvergne	2,31	1,38	3,85
	Basse-Normandie	2,34	1,34	4,09
	Guyane	2,49	1,29	4,77
	Poitou-Charentes	2,56	1,46	4,48
	Auvergne	2,79	1,68	4,63
	Nord-Pas-de-Calais	3,47	2,09	5,77

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

D'après ce modèle, les patients consultant en médecine générale de la région Nord – Pas-de-Calais présentent le risque de consommation d'alcool abusive avec des stigmates de dépendance le plus important en regard des patients de la région Aquitaine (patients ayant le risque le plus faible), ceci en tenant compte des différents indicateurs socio-démographiques de l'âge et du sexe des patients.

### Les limites de cette analyse

- Il s'agit tout d'abord d'un questionnaire déclaratif ayant trait à la consommation d'alcool. L'exactitude de ce questionnaire (qui comprend le test DETA) peut, dans une certaine mesure, dépendre de la relation médecin-malade.
- La sur-représentation des patients vus en consultation dans l'échantillon (70,5 % [65,5–75,1] dans l'échantillon régional, 77 % [75,8–78,2] dans l'échantillon national) peuvent être potentiellement à l'origine d'un biais de sélection, malgré les redressements effectués à partir des données de la CNAMTS.
- Les données manquantes :
  - le profil par rapport à l'alcool n'a pas été identifié pour certains patients en raison des données manquantes ("profil alcool inclassable" : 6,3 % [5,7–7] dans l'échantillon national, 7,3 % [5,5–9,6] dans l'échantillon régional) ;
  - certains patients (identifiés par rapport à leur profil général par rapport à

l'alcool) n'ont pas été représentés dans le modèle global, en raison de données manquantes pour différents paramètres du modèle. Ils représentent 8,8 % dans le modèle régional, et 19,1 % dans l'échantillon national. Il est cependant à noter que la représentation de ces individus dans la modélisation n'aboutissait pas à les caractériser d'une quelconque manière et ne changeait sensiblement pas les résultats.

- L'importance des sous-populations en difficulté avec l'alcool dans la population de sujets faisant appel aux médecins généralistes est liée, d'une part, au niveau de recours aux soins de ces mêmes sous-populations, et d'autre part, à l'existence et à la capacité d'accueil des structures spécialisées. Plusieurs études montrent plutôt un sous-recours<sup>1</sup> aux soins des sujets ayant des difficultés avec l'alcool, sous-recours qui peut de plus être variable d'une région à l'autre et représenter également un facteur explicatif des différences régionales.

En 1994, le département du Nord était au 70<sup>ème</sup> rang par rapport au nombre de structures par millier d'habitants (0,36) ; le département du Pas-de-Calais était au 74<sup>ème</sup> rang avec 0,28 structure/1 000 hab.

Quant au budget en francs par habitant, il était de 1,96/hab. pour le département du Pas-de-Calais (57<sup>ème</sup> rang national) et 1,30/hab. pour le département du Nord (73<sup>ème</sup> rang national)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Tableau de bord de l'alcoolisme. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2001 : 84-93.

Commander MJ and all. Pathways to care for alcohol use disorders. *J Public Health Med.* Mar 1999 ; 21(1) : 65-9.

<sup>2</sup> L'alcool dans le Nord - Pas-de-Calais. ORS Nord – Pas-de-Calais, 1994 : 70-83.

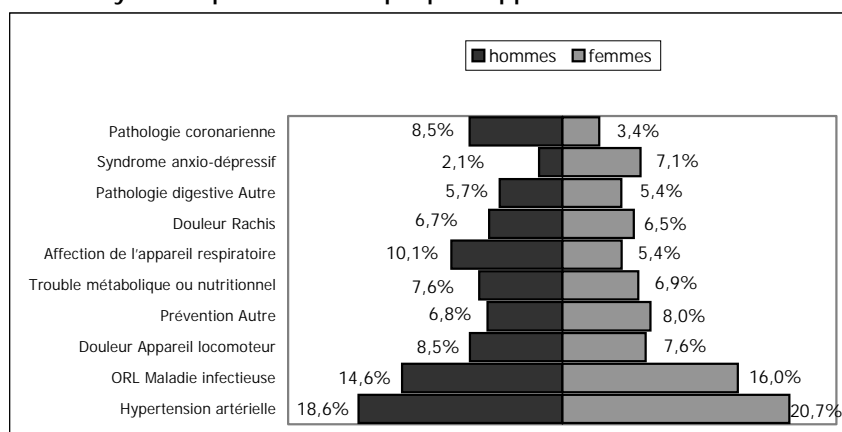
## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

### Motifs de recours aux soins selon le profil général par rapport à l'alcool

Nous avons représenté parmi les 45 motifs de recours proposés, les dix plus fréquents,

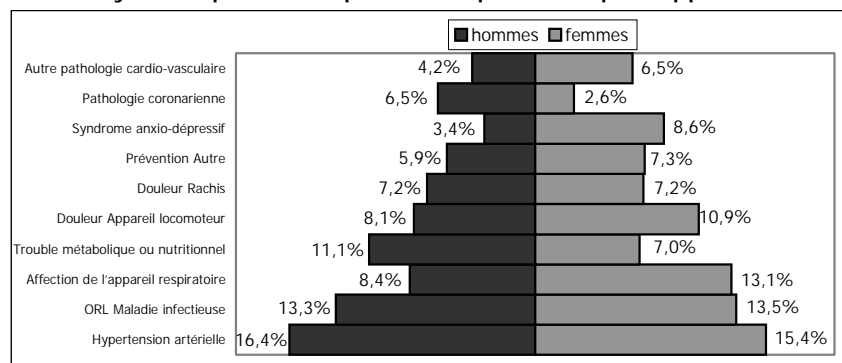
suivant les trois différents profils par rapport à la consommation d'alcool.

**Graphique 56 : Les dix motifs de consultation les plus fréquents dans la sous-population ayant un profil sans risque par rapport à l'alcool**



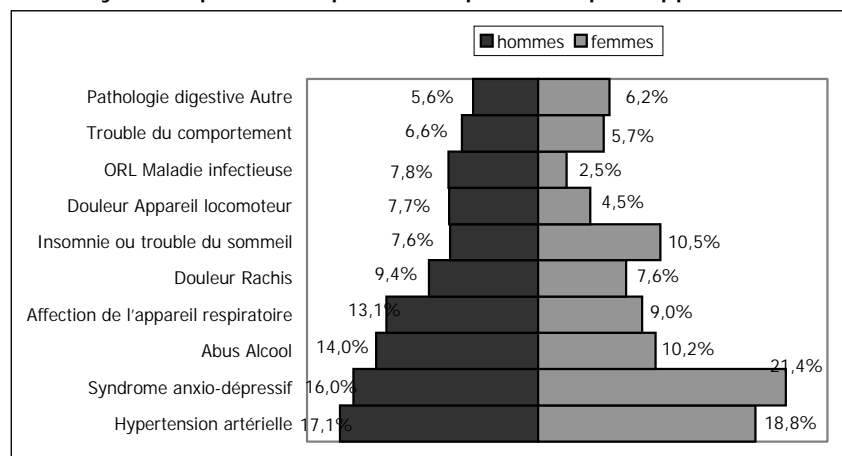
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 57 : Les dix motifs de consultation les plus fréquents dans la sous-population ayant un profil à risque sans dépendance par rapport à l'alcool**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 58 : Les dix motifs de consultation les plus fréquents dans la sous-population ayant un profil à risque avec dépendance par rapport à l'alcool**



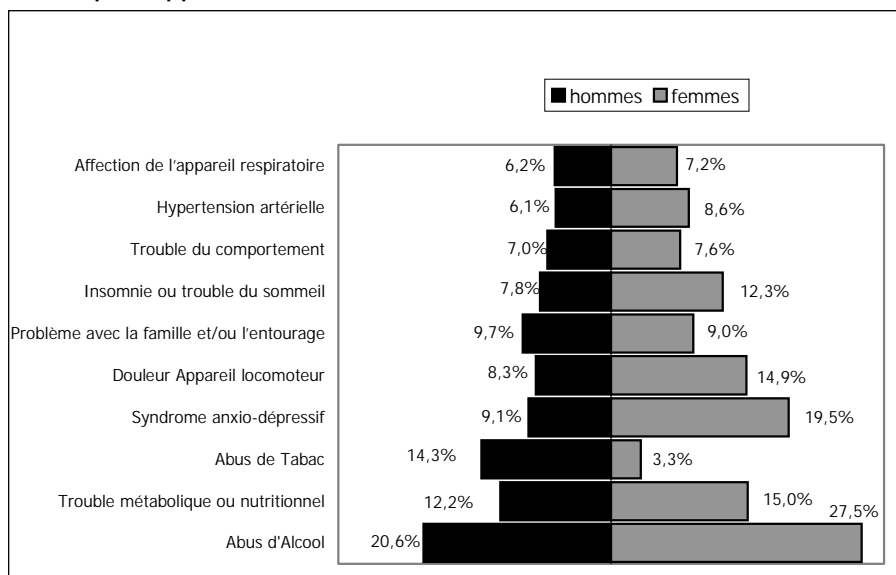
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

L'hypertension artérielle reste le motif de recours le plus fréquent quel que soit le profil du patient par rapport à l'alcool. On relève cependant, dans la population de patients dont le profil par rapport à l'alcool est à risque avec dépendance, une sur-représentation des motifs relatifs aux troubles psychiques (syndromes anxio-dépressifs, troubles du sommeil et troubles du comportement), et du motif "abus d'alcool" (en 3<sup>e</sup> position) par rapport aux patients des deux autres profils.

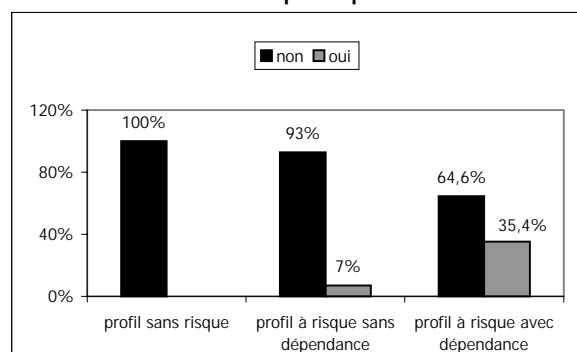
Parmi les 45 motifs de suivi **associés** au motif principal de recours dans la population à risque avec dépendance à l'alcool, les dix plus fréquents objectivent également une sur-représentation des troubles psychiques (troubles du comportement, du sommeil et syndrome anxio-dépressif), de l'abus de tabac (principalement chez les hommes) et des problèmes relationnels avec l'entourage. Outre la présence du motif "abus d'alcool" en première position d'une manière plus importante chez les femmes, on constate également la présence de "l'abus de tabac" concernant principalement les hommes, en troisième position.

**Graphique 59 : Les dix plus fréquents motifs de suivi ou associés au motif de recours principal, des patients ayant un profil à risque avec dépendance par rapport à l'alcool**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 60 : Présence du motif "abus d'alcool" comme motif principal de recours, de suivi ou associé au motif principal**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Cependant, même si le motif "abus d'alcool", en tant que motif principal de recours ou de suivi, est nettement sur-représenté dans la population ayant un profil alcool à risque avec dépendance par rapport aux deux autres populations, seulement 34,7 % de ces patients sont concernés par l'abus d'alcool comme motif de recours principal ou de suivi.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

Ainsi, l'abus d'alcool, en tant que motif de recours aux soins ou motif de suivi dans la clientèle de médecins généralistes, ne permet-il pas d'évaluer, de manière satisfaisante, l'importance du comportement des patients à ris-

**Tableau 25 : Sensibilité et spécificité de l'abus d'alcool en tant que motif de recours aux soins (principal, associé ou de suivi) pour le profil à risque avec dépendance**

Sensibilité	33%	
Spécificité	99%	
Aire sous la courbe ROC	0,66	IC 95%[0.63 - 0.69]

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Devant ce constat, caractérisé par un décalage entre l'évaluation des problèmes d'alcool liés à des comportements à risque avec dépendance par le praticien dans sa clientèle et le motif de recours aux soins dans ce domaine, plusieurs hypothèses peuvent être évoquées :

- en premier lieu le déni du patient face à ses difficultés avec la consommation d'alcool pour différentes raisons (sous-estimation de sa consommation, manque d'informations s'agissant des risques...)
- puis le manque de sensibilisation ou de dépistage systématique et régulier (à travers

que avec dépendance. Inversement, comme nous l'avions constaté plus haut, les médecins traitants ont évalué près de 90 % des patients à risque avec dépendance "ayant un problème avec l'alcool".

**Tableau 26 : Sensibilité et spécificité de l'avis du médecin par rapport à la notion de difficulté avec l'alcool pour le profil à risque avec dépendance**

Sensibilité	87,7%	
Spécificité	94,0%	
Aire sous la courbe ROC	0,91	IC 95%[0.88 - 0.93]

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

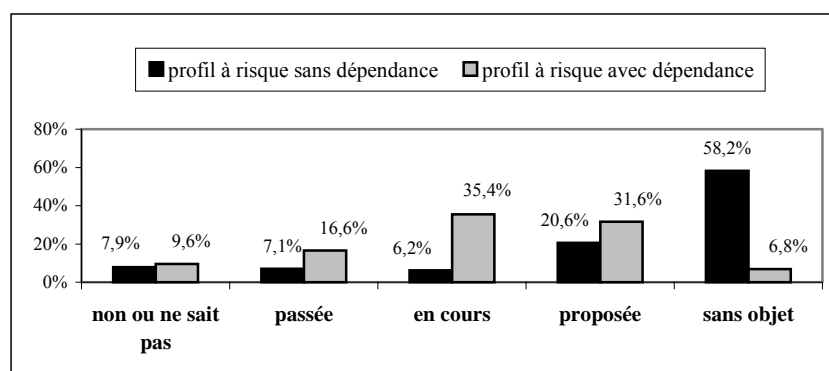
- des questionnaires tel le DETA) concernant l'alcoolisme par les médecins ;
- enfin, la relation médecin-malade facilitant, dans un contexte de confiance, l'abord, d'une manière plus aisée, de sujets tels que la consommation abusive d'alcool et la dépendance. D'une manière globale, les patients vus pour la première fois représentent 5 % [3,7–6,8] de la clientèle. Les patients vus pour la première fois dans la population dont le profil général par rapport à l'alcool est à risque avec dépendance ne représentent que 3,6 % [1,19–10,4] (N : 7/188).

### Prise en charge de la consommation excessive d'alcool

La prise en charge de la consommation excessive d'alcool a été explorée dans le questionnaire suivant trois optiques : la prise en charge en médecine générale, par une structure spécialisée et enfin par les associations d'anciens buveurs. Nous avons utilisé le profil

général par rapport à l'alcool à risque avec ou sans dépendance afin d'identifier les patients ayant une consommation excessive et d'étudier l'implication des différents acteurs cités plus haut dans la prise en charge suivant le profil des patients.

**Graphique 61 : Prise en charge en médecine générale des patients ayant un profil par rapport à l'alcool à risque avec ou sans dépendance**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

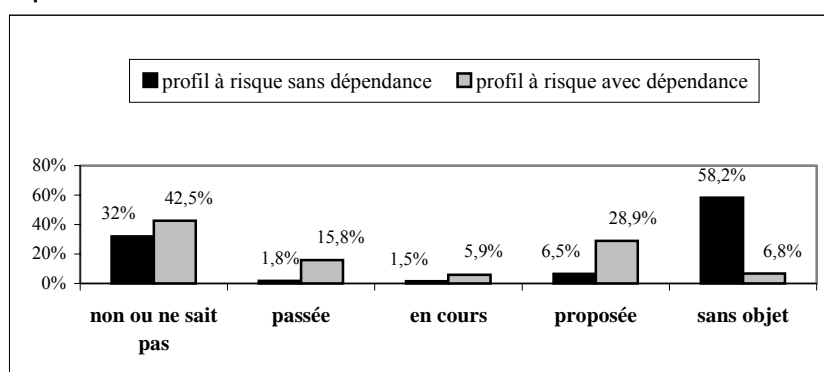
Tout d'abord, il est difficile de comparer l'implication des différents acteurs compte tenu du nombre important d'inconnues concernant la prise en charge en milieu spécialisé et par les associations d'anciens buveurs.

L'implication auprès des patients à risque avec dépendance, par les médecins généralistes, est plus importante par rapport aux patients évalués à risque sans dépendance : 83,6 % des patients à risque avec dépendance ont bénéficié d'une prise en charge –antérieure (passée), en cours ou proposée– *versus* 33,9 % pour les patients évalués à risque sans dépendance à l'alcool. Ces résultats reflètent la difficulté, plus importante, d'identifier et de prendre en charge des consommations excessives d'alcool avant que ces dernières n'aient de con-

séquences sanitaires et/ou sociales dommageables pour le patient.

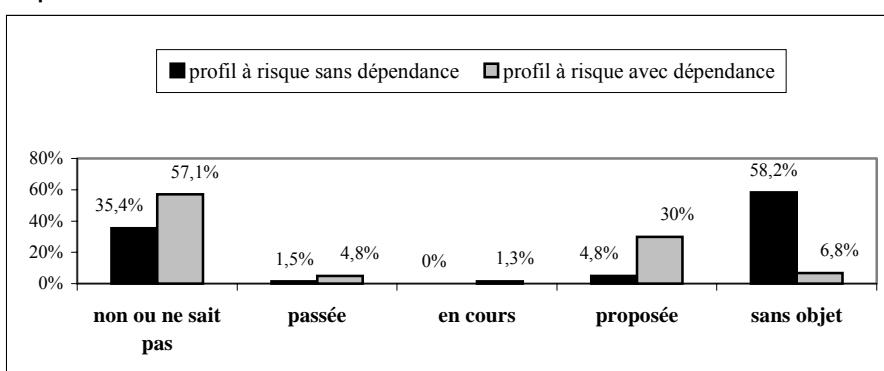
Cependant, alors que l'investissement des généralistes dans la prise en charge des patients ayant un profil à risque avec dépendance existe dans près de 84 % des cas, rappelons que seulement 35,4 % de ces patients ont un recours pour abus ou dépendance à l'alcool (voir plus haut). Cette situation est difficile à interpréter compte tenu des données inconnues concernant l'implication des autres acteurs dans la prise en charge de ces patients. Cependant, nous pouvons évoquer le "non-dit", ou une fois de plus le manque de sensibilisation régulière (manque de suivi) au moment du recours au soin chez des patients en difficulté avec l'alcool.

**Graphique 62 : Prise en charge dans une structure spécialisée des patients ayant un profil par rapport à l'alcool à risque avec ou sans dépendance**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 63 : Prise en charge par une association d'anciens buveurs des patients ayant un profil par rapport à l'alcool à risque avec ou sans dépendance**

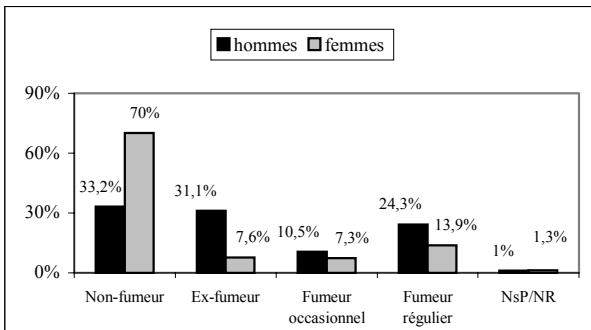


Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

## Profil général par rapport à l'alcool et la consommation de tabac

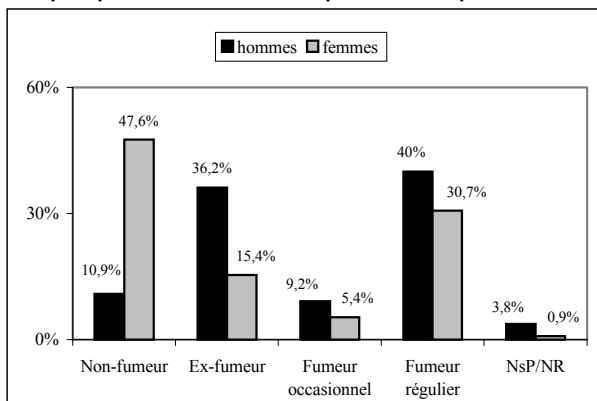
La consommation de tabac semble varier sensiblement suivant le profil général par rapport à l'alcool et le sexe des patients. Les patients ayant un profil sans risque sont majoritairement non ou anciens fumeurs. Dans les populations à risque, par rapport à la consommation d'alcool, la proportion de fumeurs réguliers est nettement plus importante, notamment chez les hommes. Elle atteint 62 % [51,7–71,4] dans la population masculine à risque avec dépendance.

Graphique 64 : Profil sans risque



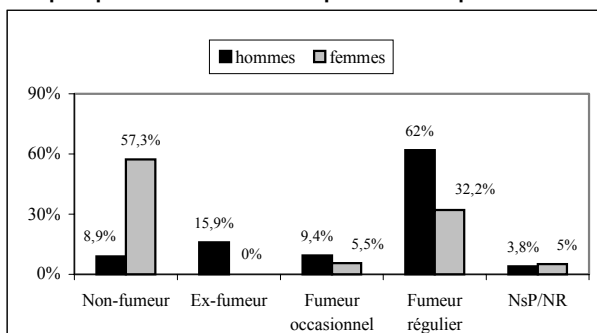
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Graphique 65 : Profil à risque sans dépendance



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Graphique 66 : Profil à risque avec dépendance

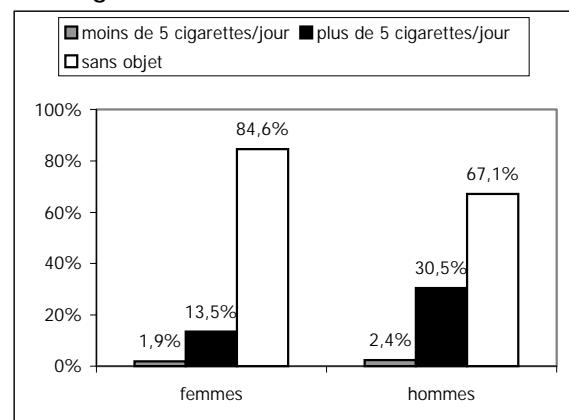


Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Pour ce qui est de la consommation régulière de tabac, la majorité des patients concernés, quel que soit le sexe, fument plus de 5 cigarettes par jour. Les fumeurs réguliers de plus de 5 cigarettes par jour représentent près de la moitié des patients en difficulté avec l'alcool avec dépendance. Le recours au soin pour abus ou dépendance au tabac, des fumeurs réguliers de plus de 5 cigarettes par jour, est estimé d'une manière globale à 13,7 % [8–22,4]. 52,8 % [45,9–59,5] des fumeurs réguliers de plus de 5 cigarettes par jour consomment au moins 20 cigarettes par jour.

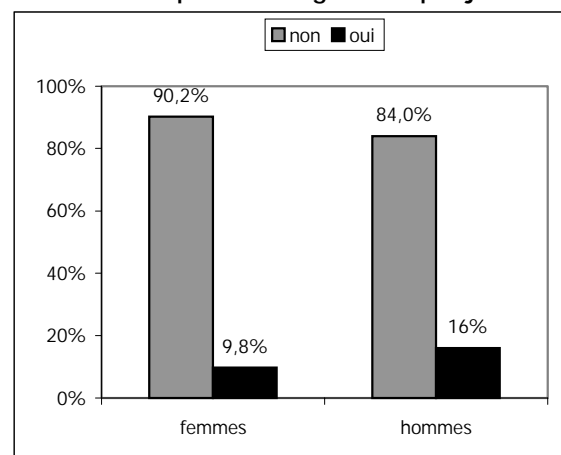
Les patients ayant des difficultés avec l'alcool sont les plus importants consommateurs de tabac ; d'où un cumul des facteurs de risques compromettant d'autant plus leur état de santé.

Graphique 67 : Importance de la consommation régulière de tabac selon le sexe



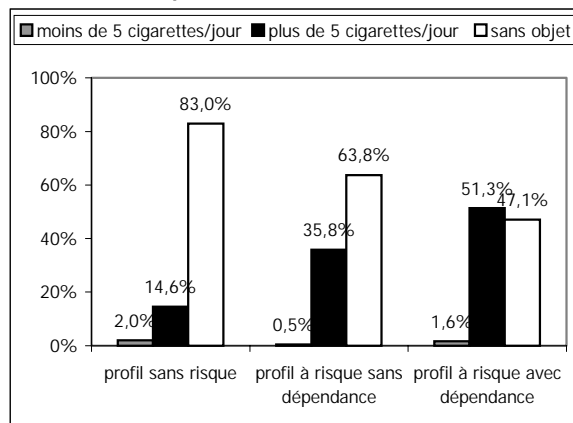
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Graphique 68 : Recours aux soins pour abus ou dépendance au tabac dans la population consommant plus de 5 cigarettes par jour



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

**Graphique 69 : Consommateurs réguliers de tabac de plus de 5 cigarettes par jour suivant les différents profils alcool**



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

### **Profil général par rapport à l'alcool en fonction de la typologie ZAU (Zonage en Aires Urbaines)**

Dans cette enquête, la stratification tient compte de la tranche d'unité urbaine du lieu d'installation des médecins traitants. Ce découpage territorial est établi uniquement en fonction du nombre d'habitants dans les différentes communes. Il nous a paru pertinent d'étudier la répartition du profil général par rapport à l'alcool des patients suivant un autre découpage territorial : le Zonage en Aires Urbaines du lieu d'installation des praticiens.

Le dernier Zonage en Aires Urbaines du territoire national, réalisé par l'INSEE en 2000 à partir du recensement de l'année 1999, ne permet pas de conclure à une quelconque disparité (significative sur le plan statistique) dans la répartition des patients par rapport à leur profil alcool. Ceci en raison de la faible représentation dans l'échantillon des médecins installés dans des communes faisant partie de

couronnes périurbaines, ou multipolarisées et dans les communes de l'espace à dominante rurale, par rapport à ceux installés dans les communes appartenant à des pôles urbains. Les patients de ces derniers représentent 79,2 % de l'échantillon.

Ce découpage spatial, défini par l'INSEE en 1997, permet une approche géographique du territoire mettant en valeur l'attractivité des communes les unes par rapport aux autres suivant le lieu de travail des habitants d'une même commune et par conséquent en fonction des mouvements quotidiens entre le domicile et l'emploi des habitants. Ceci permet de définir quatre catégories de zonage : trois urbains (ce sont les pôles urbains, les couronnes périurbaines et les communes multipolarisées) et le quatrième représente l'espace à dominante rurale.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 27 : Profil général de consommation à risque et de dépendance à l'alcool suivant le Zonage en Aires Urbaines du lieu d'installation du généraliste**

	profil sans risque	profil à risque sans dépendance	profil à risque avec dépendance	profil inclassable ou NSP	Total
<b>patients de médecins installés dans une commune appartenant à un pôle urbain</b>	70, 62%	12, 16%	9, 23%	7, 98%	100%
IC à 95%	[66,7 - 74,3]	[9,9 - 14,9]	[7,3 - 11,6]	[5,9 - 10,8]	
effectif	1025	180	132	117	1454
<b>patients de médecins installés dans une commune appartenant à une couronne périurbaine (commune monopolisée) ou dans une commune multipolarisée</b>	71, 19%	12, 35%	11, 44%	5, 02%	100%
IC à 95%	[63 - 78,2]	[8 - 18,5]	[6,8 - 18,5]	[2,7 - 9,2]	
effectif	325	58	55	22	460
<b>patients de médecins installés dans une commune dont l'espace est à dominante rurale</b>	83, 19%	13, 13%	1, 92%	1, 76%	100%
IC à 95%	[71,7 - 90,6]	[7,3 - 22,4]	[0,8 - 4,3]	[0,2 - 12,3]	
effectif	48	8	1	1	58
<b>Total</b>	70, 98%	12, 22%	9, 5%	7, 3%	100%
IC à 95%	[67,5 - 74,2]	[10,2 - 14,6]	[7,6 - 11,7]	[5,5 - 9,6]	
effectif	1398	246	188	140	1972

Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

Le classement des patients dans les différents zonages a été effectué à partir des adresses d'installation des médecins traitants. Ces résultats sont à interpréter en tenant compte du fait que dans une certaine proportion, les patients d'un même généraliste dont le lieu d'installation est situé dans une commune donnée, peuvent résider dans une autre commune. La majorité de l'échantillon est ainsi constituée de patients de généralistes installés dans une

commune appartenant à un pôle urbain. Les estimateurs sont par conséquent les plus précis concernant les différents profils de leurs patients par rapport à l'alcool. Néanmoins, la proportion de patients dont l'usage de l'alcool est à risque avec dépendance dans la clientèle des médecins installés dans des communes périurbaines ou multipolarisées semble plus importante : 11,4 % *versus* 9,2 %.

## Conclusion

Cette enquête, réalisée en octobre 2000, auprès de la population ayant eu recours aux soins en médecine générale, montre l'importante proportion des patients en difficulté avec l'alcool dans la clientèle des médecins généralistes de la région Nord – Pas-de-Calais.

### Situation régionale et dysfonctionnements de la prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool

Les données régionales actuelles révèlent, d'une part, une sous-consommation moyenne de boissons alcoolisées, et d'autre part, une surmortalité liée à l'abus d'alcool<sup>1</sup>. Ceci suggère donc que la question de l'alcoolisation chronique, dans la région Nord – Pas-de-Calais, est fortement liée à l'existence de groupes de populations surconsommatrices.

Sachant que cette étude ne prend seulement en compte que les clientèles des médecins généralistes, il est difficile de rapporter d'une manière complète les caractéristiques de la sous-population ayant un profil de consommation d'alcool à risque avec dépendance de l'enquête (précarité socio-économique) aux sous-populations régionales ayant une surconsommation d'alcool. Non seulement ces dernières restent aujourd'hui méconnues, mais l'accès aux soins de médecine générale représente aussi en lui-même un biais de sélection limitant puissamment la comparaison entre ces deux sous-populations.

Les analyses exposées dans ce travail démontrent qu'il existe une plus grande précarité socio-économique dans la population la plus en difficulté avec l'alcool (avec dépendance). Il est vrai que l'abus d'alcool peut à la fois aggraver ou déclencher une détérioration de la situation sociale des personnes.

La comparaison de l'importance de la proportion entre les différentes régions françaises, des patients ayant une consommation abusive avec dépendance dans la clientèle des médecins généralistes fait apparaître une situation plus dégradée qu'ailleurs dans le Nord –

Pas-de-Calais, et ce, en dépit de la prise en compte lors de l'analyse des caractéristiques socio-démographiques des patients. Ce résultat illustre bien la complexité des facteurs pouvant influencer sur l'importance quantitative de ce groupe de patients dans la clientèle d'un médecin généraliste d'une région à l'autre. La différence quant au nombre de patients en difficulté avec l'alcool rencontrés en médecine générale entre les régions peut être liée à l'activité des structures impliquées dans la prise en charge de l'alcoolisme, aux représentations de la population par rapport à l'alcool et au type de boissons alcoolisées consommées préférentiellement. Une étude scandinave prospective montre que les consommateurs modérés de vin ont moins de chance d'avoir une consommation abusive notamment par rapport aux consommateurs de bière<sup>2</sup>.

L'importante prévalence des patients ayant un profil de consommation à risque avec ou sans dépendance dans la clientèle des médecins généralistes de la région Nord – Pas-de-Calais place ces derniers parmi les principaux acteurs pour le dépistage, la prévention et la prise en charge de l'abus d'alcool. Cette réalité ne se complète pas moins toutefois de quelques difficultés mises en lumière par les résultats de cette enquête :

- l'implication, notamment régulière, dans la prise en charge des patients évalués à risque avec dépendance par les médecins généralistes paraît perfectible ;
- le manque de coordination et de collaboration entre les structures spécialisées, les associations et les médecins libéraux dans la prise en charge des patients ayant une consommation à risque. Ce constat est en rapport avec le nombre important d'inconnues ou de non-réponses des médecins généralistes relatif à la prise en charge des patients évalués à risque avec dépendance par les structures spécialisées et les associations d'anciens buveurs ;
- la difficulté d'identifier ou de repérer les patients ayant un profil par rapport à

<sup>1</sup> La source la plus récente étant le Baromètre Santé 2000 publié par le CFES en 2001.

<sup>2</sup> Majken K. Jensen and all. Alcoholic Beverage Preference and Risk of Becoming a Heavy Drinker. *Epidemiology*, March 2002, Vol. 13 N° 2 : 127-32.

l'alcool à risque sans dépendance. Le test DETA paraît insuffisant : il ne tient pas compte de la consommation actuelle. Près de la moitié des patients ayant un usage ponctuel à risque sont évalués "sans problème par rapport à l'alcool" par les praticiens.

## Détection et prise en charge de la consommation à risque

La détection de l'abus d'alcool peut se fonder sur des questionnaires brefs. En l'absence de consensus international pour la définition d'une consommation excessive d'alcool, le questionnaire "AUDIT" semble représenter la meilleure alternative. Il tient compte de l'importance de la consommation d'alcool actuelle et présente une sensibilité et une spécificité satisfaisantes pour le repérage des consommations excessives. Il pallie de manière efficace les lacunes des questionnaires DETA (CAGE) ou MAST<sup>1</sup>, plus adaptés pour la détection des consommations abusives avec dépendance. Ces outils de repérage sont à utiliser en médecine générale dans une démarche systématique d'exploration avec les consultants, soit dans le cadre d'une anamnèse classique des facteurs de risque, soit à partir des signes somatiques ou somatiques potentiellement attribuables à l'alcool. La difficulté de repérage des usages ponctuels à risque comme "problématiques" par les praticiens, ainsi que le manque d'implication auprès des usagers à risque avec dépendance, peuvent être rapportés, dans une certaine mesure, au manque de formation relatif notamment aux acquis scientifiques récents dans le domaine de l'alcoologie et/ou de l'addictologie. L'organisation de la prise en charge en médecine générale, selon le rapport du bureau des conduites addictives de la DGS (Direction Générale de la Santé novembre 2001) qui assimile les problèmes d'alcool à l'alcoolo-dépendance, à ses complications et à son traitement, a entraîné de ce fait un désintérêt de la part de ces acteurs de pre-

<sup>1</sup> *Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et conselling des buveurs à risque.* Haggerty JL : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/clinique/pdfs/s6c42f.pdf>

Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) imbedded within a general health risk screening questionnaire : results of a survey in 332 primary care patients. Daeppen JB and all Alcohol Clin Exp Res 2000 May ; 24 (5) : 659-65.

mier rang face aux patients en difficulté avec l'alcool<sup>2</sup>.

Le repérage de l'usage nocif ou à risque doit permettre une action précoce évitant l'aggravation et la pérennisation des comportements à risque et le passage à la dépendance.

Les intervenants dans le domaine de l'alcoologie adoptent l'objectif d'une consommation modérée d'alcool plutôt que l'abstinence pour le traitement des buveurs à risque. Cependant, l'abstinence reste le but du traitement de l'alcoolo-dépendance grave.

Il est nécessaire, sans doute, d'encourager la collaboration de différents intervenants pour identifier, développer et offrir les prestations qui prennent en compte l'ensemble des déterminants de santé avec pour mission d'améliorer la santé de l'individu.

La dangerosité de la consommation est liée aux caractéristiques du consommateur et à des déterminants socio-économiques et culturels. Agir sur les facteurs et les déterminants (comorbidité psychiatrique, événements traumatiques ; facteurs environnementaux familiaux, socio-économiques...) consiste à diminuer les facteurs de vulnérabilité et augmenter les facteurs de protection<sup>3</sup> ou encore de résilience.

## Une réorganisation de l'offre de soins et du rôle des différents acteurs

La prise en charge des individus en difficulté avec l'alcool nécessite une action complexe dans la durée avec l'intervention de différents acteurs. Ces différents intervenants (professionnels de santé ou non) doivent mener une action coordonnée en réseau afin de prendre en charge tous les déterminants d'une consommation abusive d'alcool et notamment les facteurs de précarité socio-économique. Le généraliste doit avoir un rôle prépondérant dans cette organisation en repérant les consommateurs à risque avec ou sans dépendance, initiant une action visant à réduire la consommation et prenant en charge le patient dans sa globalité de par l'interven-

<sup>2</sup> Stratégie d'action alcool : intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool. <http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/alcool/alcool.pdf>.

<sup>3</sup> Parquet PJ. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives. Usage, usage nocif, dépendance.* Paris : Éditions du CFES, 1998 ; 46 p. <http://www.drogues.gouv.fr/fr/professionnels/rapports/fiche1.asp?id=40>.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

tion des autres acteurs. À cette fin, une formation des médecins généralistes aux pratiques de l'alcoologie et de l'addictologie (notamment pour ce qui est des acquis scientifiques récents) s'avère indispensable, en particulier pour une organisation plus efficace et plus cohérente de tous les acteurs de l'offre de soins et de prise en charge dans le domaine de l'alcoologie.

En effet, selon le rapport du bureau des conduites addictives de la DGS (Direction Générale de la Santé novembre 2001), il n'y a pas de planification régionale réglementaire de l'offre de soins en alcoologie et concernant la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool, alors que les outils existent : SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire), PRS (Programmes Régionaux de Santé), PRAPS (Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins), et les plans départementaux.

Le rapport Reynaud–Parquet publié en février 2000 ("Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives" propose pour rendre le dispositif de prise en charge plus efficace et plus cohérent :

- une unité hospitalière par département de moyenne importance (avec à long terme l'objectif d'une unité par hôpital) ;

- une structure hospitalière de type hôpital de jour ;
- un centre de soins de suite et de réadaptation alcoologique ;
- un Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie pour 100 000 habitants au moins par département ;
- des consultations spécialisées ;
- une équipe d'alcoologie de liaison dans tous les hôpitaux ;
- un réseau ville–hôpital, s'appuyant sur le CCAA, les généralistes et les acteurs extérieurs (travailleurs sociaux, médecins du travail, Éducation nationale, associations d'anciens buveurs...) ;
- la mise en place d'un outil de prévention et d'information efficace et coordonné.

La prise en charge en termes de prévention et de traitement des patients en difficulté avec l'alcool mérite d'être repensée et réorganisée. Le généraliste doit jouer un rôle important dans la réalisation d'un véritable projet de soins alcoologiques efficace, poursuivi et évalué pour chaque patient. Une concertation est nécessaire entre les différents acteurs afin d'évaluer la mise en place des outils de repérage et d'intervention dont chaque acteur peut disposer.



## Annexes

<b><i>Annexe 1 : Variables caractérisant la consommation d'alcool et de tabac des patients</i></b>	<b><i>p 69</i></b>
<b><i>Annexe 2 : Résultats de l'analyse factorielle des correspondances simples</i></b>	<b><i>p 71</i></b>
<b><i>Annexe 3 : Questionnaire</i></b>	<b><i>p 73</i></b>
<b><i>Annexe 4 : Questionnaire DETA</i></b>	<b><i>p 77</i></b>
<b><i>Annexe 5 : Questionnaire AUDIT</i></b>	<b><i>p 79</i></b>
<b><i>Annexe 6 : Recommandations OMS pour une consommation à moindre risque</i></b>	<b><i>p 81</i></b>
<b><i>Annexe 7 : Cartes</i></b>	<b><i>p 83</i></b>
<b><i>Annexe 8 : Prévalence brute du profil alcool à risque avec dépendance dans les différentes régions françaises</i></b>	<b><i>p 85</i></b>
<b><i>Annexe 9 : Schéma récapitulatif</i></b>	<b><i>p 87</i></b>



## **Annexe 1**

### ***Variables caractérisant la consommation d'alcool et de tabac des patients***

---

Il s'agit de "néo-variables" (construites à partir des différents volets du questionnaire initial) concernant la consommation d'alcool et de tabac, et permettant d'affiner la notion de dépendance et de consommation à risque.

#### **La consommation de tabac**

##### **LA VARIABLE "TABAC"**

Qualitative ordinale à 5 modalités, caractérise le profil des fumeurs à partir des questions Q17a et Q17c :

- 0=non-fumeur (Q17a=8 et Q17c=2)
- 1=ex-fumeur (Q17a=8 et Q17c=1)
- 2=fumeur occasionnel (Q17a=2)
- 3=fumeur régulier (Q17a=1)
- 4=NSP/NR

#### **La consommation d'alcool**

##### **LES SCORES**

###### La variable "SCORDETA"

Il s'agit d'un score de consommation excessive d'alcool variant de 0 à 4, suivant l'existence du nombre de critères définis dans les questions Q18a, Q18b, Q18c, Q18d.

##### **LES VARIABLES**

###### La variable "DEPEND"

Qualitative binaire, elle rapporte l'existence d'au moins un des trois signes de dépendance physique à l'alcool recherchés dans les questions Q18d (avoir besoin d'alcool le matin pour se sentir en forme), Q19a et Q19b (consommation quotidienne supérieure à 7 verres d'alcool) et Q21b (existence de signes de dépendance physique suivant l'évaluation du médecin généraliste).

###### La variable "USAGE"

Qualitative à 4 modalités, elle permet une classification des conduites d'alcoolisation à risque ("nocives") suivant le fait qu'elles sont ponctuelles ou régulières :

- 0=non-usage (le patient ne boit jamais d'alcool)
- 1=usage non à risque (consommation quotidienne inférieure à 5 verres pour les hommes et 3 verres pour les femmes, et boit moins d'1 fois/mois plus de 6 verres)
- 2=usage ponctuel à risque (consommation quotidienne inférieure à 5 verres pour les hommes et 3 verres pour les femmes et consommation occasionnelle  $\geq$  1 fois/mois de plus de 6 verres)
- 3=usage régulier à risque (consommation quotidienne d'au moins 5 verres pour les hommes et 3 verres pour les femmes)
- 9=inclassable

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

### La variable "PROFGEN"

Qualitative à 4 modalités, elle évalue un profil général de consommation d'alcool suivant la notion de "consommation à risque" et de dépendance (à partir des questions Q18a–Q18d et des autres néo-variables) :

0=profil sans risque (le patient ne consomme jamais d'alcool ou a un usage non à risque et moins de deux critères positifs du questionnaire DETA (Q18a–Q18d) et le médecin n'a signalé aucun problème d'alcool et le patient n'est pas dépendant à l'alcool)

1=profil à risque sans dépendance (le patient n'est pas dépendant à l'alcool et a un usage ponctuel à risque ou régulier à risque ou bien le patient n'est pas dépendant à l'alcool et a au moins deux réponses positives au questionnaire DETA (Q18a–Q18d), ou bien le patient n'est pas dépendant à l'alcool et le médecin a déclaré un problème d'alcool)

2=profil à risque avec dépendance (le patient est dépendant à l'alcool DEPEND=1)

9=inclassable (impossible de conclure en raison des données manquantes).

## *Annexe 2*

### *Résultats de l'analyse factorielle des correspondances simples*

analyse factorielle des correspondances simples				
	Contribution		qualité de représentation	
	dim 1	dim 2	dim 1	dim 2
profil sans risque	22.6%	0.7%	99.0%	1.0%
profil à risque avec dépendance	48.9%	41.1%	79.2%	20.8%
profil à risque sans dépendance	28.5%	58.1%	61.1%	38.9%
non usage	2.9%	1.9%	82.8%	17.2%
usage non à risque	11.2%	0.1%	99.8%	0.2%
usage ponctuel à risque	32.9%	59.0%	64.1%	35.9%
usage régulier à risque	53.0%	39.1%	81.3%	18.7%
patients ayant un problème avec l'alcool selon le médecin	supplémentaire	supplémentaire	94.60%	5.24%
patients sans problème avec l'alcool selon le médecin	supplémentaire	supplémentaire	94.80%	5.40%
signes de dépendance physique	supplémentaire	supplémentaire	54.6%	45.4%
pas de signes de dépendance physique	supplémentaire	supplémentaire	63.5%	36.5%
sans objet pour signes dépendance physique	supplémentaire	supplémentaire	94.7%	5.3%



*Annexe 3*  
Questionnaire



## ENQUÊTE ALCOOL AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES RÉGIONS

Questionnaire à remplir pour tous les patients de 16 ans ou plus, vus en consultation ou visite, lors de 2 journées durant la semaine du 16 au 21 octobre 2000

1. Numéro de dossier →

2. Date d'enquête →

3. Type d'acte →  1 Consultation  2 Visite

4. Patient vu pour la première fois ?  1 Oui  2 Non  9 NSP/NR\*

5. Absence de réponse :  1 Refus  2 Incapacité

### I. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

6. Sexe →  1 Homme  2 Femme

7. Date de naissance → mois   année

8. Situation par rapport à l'emploi →  1 Emploi stable  3 Chômeur  6 Autre  
 2 Emploi précaire (CDD, intérim, stage)  4 Retraité  9 NSP/NR\*  
 5 Au foyer

9. Profession (pour les retraités et les autres personnes ayant déjà occupé un emploi, cocher la dernière profession exercée)

1 Agriculteur exploitant  4 Cadre ou profession intellectuelle supérieure  7 Ouvrier  
 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise  5 Profession intermédiaire  8 Sans profession  
 3 Profession libérale  6 Employé  9 NSP/NR\*

10. Domicile →  1 Stable (y compris les gens du voyage)  2 Précaire (amis, centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), foyers, squat)  
 3 Sans abri  9 NSP/NR\*

11. Situation familiale →  10 Seul .....  11 avec enfant(s)  
 20 En couple .....  21 avec enfant(s)  
 30 Avec d'autres membres de sa famille .....  31 avec enfant(s)  
 40 En collectivité .....  41 avec enfant(s)  
 99 NSP/NR\*

12. Situations particulières

12a. Revenu minimum d'insertion (RMI)  1 Oui  2 Non  9 NSP/NR\*  
12b. Allocation d'adulte handicapé (AAH)  1 Oui  2 Non  9 NSP/NR\*  
12c. Couverture maladie universelle (CMU)  1 Oui  2 Non  9 NSP/NR\*

13. Au cours des 12 derniers mois, le patient a-t-il été hospitalisé au moins 24 heures en raison d'un accident (de la route, du travail, de sport, au domicile) ?

1 Oui  2 Non  9 NSP/NR\*

14. Au cours des 12 derniers mois, a-t-il été prescrit à ce patient plus d'un arrêt de travail ?

1 Oui  2 Non  9 NSP/NR\*

15. Ce patient est-il en invalidité ou longue maladie ?

1 Oui  2 Non  9 NSP/NR\*

16. Ce patient bénéficie-t-il d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) ?

1 Oui  2 Non  9 NSP/NR\*

### II. QUESTIONNAIRE PATIENT

(poser les questions textuellement)

17. Habitudes tabagiques

17a. Fumez-vous, même occasionnellement ? →  1 Régulièrement  2 Une cigarette de temps en temps  8 Jamais  9 NSP/NR\*

17b. Si vous fumez régulièrement, combien de cigarettes par jour fumez-vous ?    98 Sans objet  99 NSP/NR\*

17c. Si vous ne fumez pas actuellement, avez-vous fumé régulièrement dans le passé ?  1 Oui  2 Non  8 Sans objet  9 NSP/NR\*

...

### 18. Questionnaire DETA

Au cours de votre vie :

18a. Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

1 Oui 2 Non 9 NSP/NR\*

18b. Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?

1 Oui 2 Non 9 NSP/NR\*

18c. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?

1 Oui 2 Non 9 NSP/NR\*

18d. Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool le matin pour vous sentir en forme ?

1 Oui 2 Non 9 NSP/NR\*

### 19. Consommation d'alcool

Au cours des 12 derniers mois :

19a. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

8 Jamais → (ne pas poser les questions 19b et 19c)  
1 Une fois par mois ou moins 3 Deux à trois fois par semaine 5 Tous les jours  
2 Deux à quatre fois par mois 4 Quatre à six fois par semaine 9 NSP/NR\*

19b. Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?

1 Un ou deux 3 Cinq ou six 5 Dix ou plus  
2 Trois ou quatre 4 Sept à neuf 8 Sans objet

19c. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres ou davantage au cours d'une même occasion ?

8 Jamais 2 Une fois par mois 4 Tous les jours ou presque  
1 Moins d'une fois par mois 3 Une fois par semaine 9 NSP/NR\*

## III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

20. Motifs de recours, état de santé et antécédents (cocher autant de cases que nécessaire en 20a et 20b)

20a. Le patient vient pour	20b. Autre(s) problème(s)	20a. Le patient vient pour	20b. Autre(s) problème(s)
<input type="checkbox"/> 001	<input type="checkbox"/> 101	<input type="checkbox"/> 035	<input type="checkbox"/> 135
<input type="checkbox"/> 002	<input type="checkbox"/> 102	<input type="checkbox"/> 036	<input type="checkbox"/> 136
<input type="checkbox"/> 003	<input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> 037	<input type="checkbox"/> 137
<input type="checkbox"/> 004	<input type="checkbox"/> 104	<input type="checkbox"/> 038	<input type="checkbox"/> 138
<input type="checkbox"/> 005	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 039	<input type="checkbox"/> 139
<input type="checkbox"/> 006	<input type="checkbox"/> 106	<input type="checkbox"/> 040	<input type="checkbox"/> 140
<input type="checkbox"/> 007	<input type="checkbox"/> 107	<input type="checkbox"/> 041	<input type="checkbox"/> 141
<input type="checkbox"/> 008	<input type="checkbox"/> 108	<input type="checkbox"/> 042	<input type="checkbox"/> 142
<input type="checkbox"/> 009	<input type="checkbox"/> 109	<input type="checkbox"/> 045	<input type="checkbox"/> 145
<input type="checkbox"/> 014	<input type="checkbox"/> 114	<input type="checkbox"/> 046	<input type="checkbox"/> 146
<input type="checkbox"/> 015	<input type="checkbox"/> 115	<input type="checkbox"/> 047	<input type="checkbox"/> 147
<input type="checkbox"/> 016	<input type="checkbox"/> 116	<input type="checkbox"/> 048	<input type="checkbox"/> 148
<input type="checkbox"/> 017	<input type="checkbox"/> 117	<input type="checkbox"/> 049	<input type="checkbox"/> 149
<input type="checkbox"/> 018	<input type="checkbox"/> 118	<input type="checkbox"/> 050	<input type="checkbox"/> 150
<input type="checkbox"/> 020	<input type="checkbox"/> 120	<input type="checkbox"/> 053	<input type="checkbox"/> 153
<input type="checkbox"/> 021	<input type="checkbox"/> 121	<input type="checkbox"/> 054	<input type="checkbox"/> 154
<input type="checkbox"/> 022	<input type="checkbox"/> 122	<input type="checkbox"/> 062	<input type="checkbox"/> 162
<input type="checkbox"/> 023	<input type="checkbox"/> 123	<input type="checkbox"/> 064	<input type="checkbox"/> 164
<input type="checkbox"/> 024	<input type="checkbox"/> 124	<input type="checkbox"/> 065	<input type="checkbox"/> 165
<input type="checkbox"/> 025	<input type="checkbox"/> 125	<input type="checkbox"/> 067	<input type="checkbox"/> 167
<input type="checkbox"/> 032	<input type="checkbox"/> 132	<input type="checkbox"/> 068	<input type="checkbox"/> 168
<input type="checkbox"/> 033	<input type="checkbox"/> 133	<input type="checkbox"/> 069	<input type="checkbox"/> 169
<input type="checkbox"/> 034	<input type="checkbox"/> 134		

### 21. Problème avec l'alcool

21a. Le patient a-t-il un problème avec l'alcool ?

1 Oui 2 Non 9 NSP/NR\*

21b. Existe-t-il des signes de dépendance physique ? (syndrome de sevrage calmé par la prise d'alcool)

1 Oui 2 Non 8 Sans objet 9 NSP/NR\*

21c. Prise en charge de la consommation excessive d'alcool

21c1. En médecine générale 1 Passée 2 En cours 3 Proposée 8 Sans objet  
 21c2. Par une structure spécialisée 1 Passée 2 En cours 3 Proposée 8 Sans objet  
 21c3. Association d'anciens buveurs 1 Passée 2 En cours 3 Proposée 8 Sans objet

**Annexe 4**  
**Questionnaire DETA**

---

- 1 - Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?  
Oui  
Non
- 2 - Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?  
Oui  
Non
- 3 - Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?  
Oui  
Non
- 4 - Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?  
Oui  
Non

Si la personne testée obtient au moins deux réponses positives, elle doit s'interroger sur l'existence très probable de problèmes liés à une consommation excessive d'alcool.



## Annexe 5

### Questionnaire AUDIT

**Tableau 1 : Questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT))**

Points <sup>1</sup> :	0	1	2	3	4
1. A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	Deux à quatre fois par mois	Deux à trois fois par semaine	Quatre fois par semaine et plus
2. Combien de boissons alcoolisées consommez-vous au cours d'une journée type lorsque vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	de 7 à 9	10 ou plus
3. A quelle fréquence consommez-vous six boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
4. Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez pas capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
5. Au cours des douze derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas fait ce que vous deviez faire parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
6. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu besoin de prendre un premier verre pour vous mettre en route le matin après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
7. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous éprouvé un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
8. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la veille au soir parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
9. Est-ce que quelqu'un d'autre ou vous même avez subi des blessures parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de la dernière année		Oui, au cours de la dernière année
10. Est-ce qu'un membre de votre famille, un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est montré préoccupé par votre consommation d'alcool ou vous a suggéré de la réduire	Non		Oui, mais pas au cours de la dernière année		Oui, au cours de la dernière année

<sup>1</sup> Un total de 10/40 ou plus indique une consommation excessive d'alcool.



## ***Annexe 6*** ***Recommandations OMS*** ***pour une consommation à moindre risque***

---

(1 unité=1 verre standard, 10 g d'alcool par unité ou par verre)

### Consommations régulières

- Femmes : pas plus de 2-3 unités d'alcool en moyenne par jour (moins de 14/semaine)
- Hommes : pas plus de 3-4 unités d'alcool en moyenne par jour (moins de 21/semaine)
- Au moins une fois par semaine sans boisson alcoolique

### Consommations occasionnelles

- Pas plus de 4 unités d'alcool en une seule occasion

### Pas d'alcool dans les circonstances suivantes

- Pendant la grossesse
- Pendant l'enfance
- Quand on conduit un véhicule
- Quand on conduit une machine dangereuse
- Quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance
- Quand on prend certains médicaments
- Dans certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale, etc.)
- Quand on est un ancien alcoolo-dépendant

**Une unité d'alcool** (soit 10 g d'alcool) =

une chope de bière à 5° (25 cl) = une coupe de champagne à 12° (10 cl) = un verre de vin à 12° (10 cl) = un verre d'apéritif à 18° (6 cl) = un verre de whisky à 45° (3 cl) = un verre de pastis à 45° (un peu moins de 3 cl)



*Annexe 7*  
*Cartes*

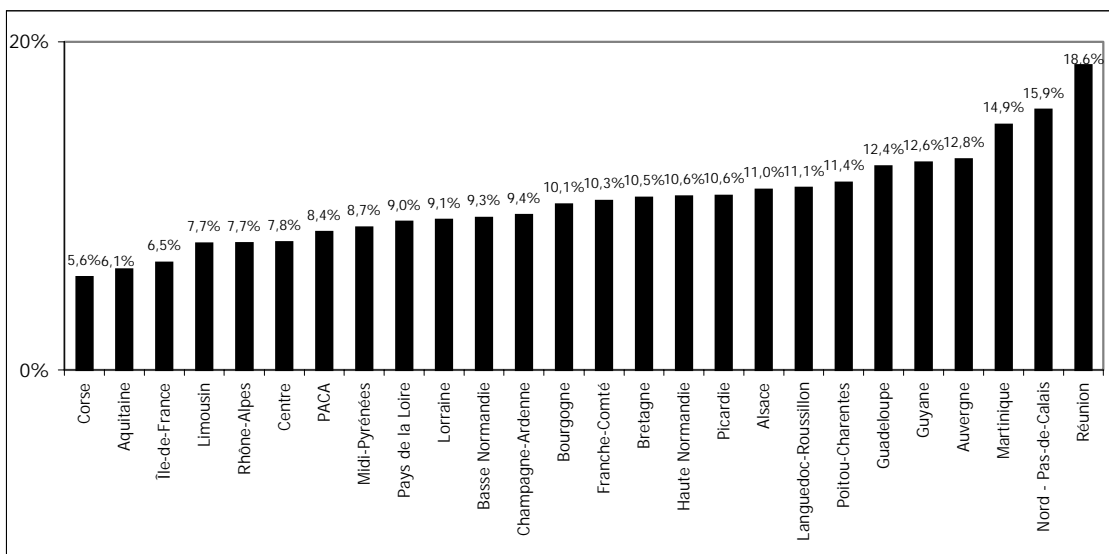
---

**Les patients et l'alcool en médecine générale  
dans la région Nord – Pas-de-Calais**

## Annexe 8

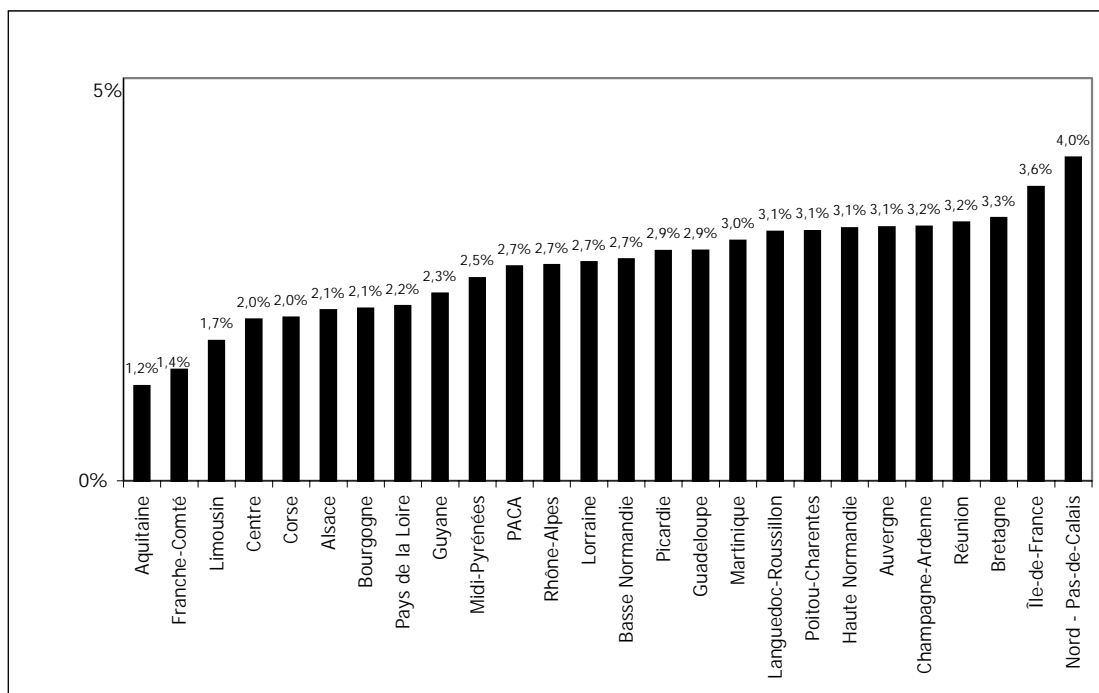
### *Prévalence brute du profil alcool à risque avec dépendance dans les différentes régions françaises*

#### Les hommes



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

#### Les femmes



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.



***Annexe 9***  
***Schéma récapitulatif***

---



# Définition et repérage des consommations d'alcool problématiques

Limites de l'affectation des patients dans le groupe de consommateurs à risque :

- le test DETA qui ne tient pas compte de la consommation actuelle, sa "positivité" pouvant être témoin d'une consommation abusive passée
- les critères pour définir la consommation à risque sans dépendance peuvent varier sensiblement d'un médecin à l'autre.

Notion d'une consommation d'alcool à RISQUE (excessive)  
Existence d'au moins un des critères suivants :

- Fréquence et importance de la consommation d'alcool : à risque de manière ponctuelle ou régulière suivant la variable USAGE
- Notion d'une consommation d'alcool problématique selon le médecin généraliste
- Test DETA positif (au moins deux réponses positives)

Seulement un consommateur à risque ponctuel sur deux est repéré par le médecin. Il ne repère qu'une partie des patients positifs au test DETA.

Population mal identifiée par les praticiens et mal dépistée par le test DETA. Près de la moitié de ces patients déclarent une consommation non à risque, difficilement rapportée à un déni.

## PATIENTS

Représentatifs de la clientèle des médecins généralistes de la région Nord – Pas-de-Calais

Notion de DÉPENDANCE  
Existence d'au moins un des critères suivants :

- **Existence de signes de dépendance physique selon le médecin traitant**
- Consommation quotidienne d'au moins sept verres
- **Avoir déjà eu besoin de consommer de l'alcool le matin pour se sentir en forme**

Définition du profil alcool des patients à partir de ces deux notions (3 profils)

**2. Profil à risque sans dépendance :**  
existence d'au moins un critère de consommation à risque en l'absence de signes de dépendance

**1. Profil sans risque :**  
absence de signe de consommation à risque ou de dépendance

**3. Profil à risque avec dépendance :**  
existence d'au moins un signe de dépendance

La mesure du profil de consommateur à risque avec dépendance semble plus précise et plus cohérente que pour les patients évalués à risque sans dépendance.

Ce constat nous a amenés à modéliser le profil de consommateurs à risque avec dépendance, opposé aux deux autres profils, avec les facteurs sociodémographiques et économiques.

Population bien identifiée par les praticiens. Le test DETA semble plus adapté pour le repérage de la dépendance. Près d'un patient sur trois déclare une consommation non à risque témoignant d'un déni dans une mesure plus importante que pour les patients ayant un profil à risque sans dépendance.



## Bibliographie

### Ouvrages et revues

Aergeerts B and all. *Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in general practice population*. Br J Gen Prat Mar et Avr 2001 ; 51(465) : 315-6 ; 51(464) : 172-3.

Baudier F, Depinois M. *L'alcool, entre plaisir et problème*. Mai 1999.

Beaugrand M. Diagnostique des cirrhoses de l'adulte, *La revue du praticien*, 1997 ; tome 47,5 : 487-90.

Brown RL and all. *Diagnosis of alcoholism in a simulated patient encounter by primary care physician*. J Fam Pract Sep 1987 ; 25(3) : 259-64.

Cleary PD and all. *Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population*. Am J Med oct 1988 ; 85(4) : 466-71.

Commander MJ and all. *Pathways to care for alcohol use disorder*. J Public Health Med, Mar 1999 ; 21(1) : 65-9.

Drummond DC and all. *Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers*. Lancet Dec 1990 ; 336(8727) : 1384 et Fev 1991 ; 337(8736) : 295-6.

Duszynski KR and all. Reported practices, attitudes, and confidence levels of primary care physicians regarding patients who abuse alcohol and other drug. Md Med J 1995 Jun ; 44(6) : 439-46.

Fivaz C, Le Laidier S. Une semaine d'activité des généralistes libéraux. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Direction des Statistiques et des Études. (DSE). Paris. FRA. 2001/09. Point stat n°33.

Flenning MF and all. *Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomised controlled trial in community-based primary care practices*. JAMA April 1997 ; 277(13) : 1039-45.

Haggerty JL. *Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et conselling des buveurs à risque*. Université MacGill Montréal (Québec), mars 1994.  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/clinique/pdfs/s6c42f.pdf>.

Hill C. L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir. L'Alcool comme cause directe et indirecte. Institut Gustave Roussy. et Expertise Collective, INSERM 2001, données 1998.

L'alcool dans le Nord – Pas-de-Calais. ORS Nord – Pas-de-Calais. Nov 1994.

Majken K. Jensen and all. Alcoholic Beverage Preference and Risk of Becoming a Heavy Drinker. *Epidemiology*, March 2002, Vol. 13 N° 2 : 127-32.

Moniteur 2001 des Programmes Régionaux de Santé. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais.

Planck L, Sampil M. *Alcool et filières de prise en charge*. 1996.

## Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais

Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Éditions Odile Jacob, 2000 ; 273 p.

Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) imbedded within a general health risk screening questionnaire : results of a survey in 332 primary care patients. Daeppen JB and all Alcohol Clin Exp Res 2000 May ; 24 (5) : 659-65.

Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, Juin 2000.

Tableau de bord de l'alcoolisme. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais. 2001.

*Stratégie alcool Intensifier la prévention et les problèmes de santé liés à la consommation d'alcool*. Paris : DGS, Bureau des conduites addictives / Sous-direction santé et société, Nov 2001.

Parquet PJ. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives. Usage, usage nocif, dépendance*. Paris : Éditions du CFES, 1998 ; 46 p.

### Sites Internet

[http://www.alcoveb.com/french/info\\_gen/sante\\_soc/maladies/traumat/traumat.html](http://www.alcoveb.com/french/info_gen/sante_soc/maladies/traumat/traumat.html).  
<http://www.cfes.sante.fr/index.asp?page=Barometres/Baro2000/Presentation/presentation.asp>.  
<http://www.cnamts.fr/fichiers/dp27092001.pdf>.  
<http://www.cnamts.fr/secu/fichiers/point33.pdf>.  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/clinique/pdfs/s6c42f.pdf>.  
<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/alcool/alcool.pdf>.  
<http://www.drogues.gouv.fr/fr/professionnels/rapports/fiche1.asp?id=40>

### Logiciels utilisés

EPI-INFO  
EXCEL  
SAS  
STATA  
WORD

## Abréviations

<b>AAH</b> :	Allocation Adulte Handicapé
<b>AFC</b> :	Analyse Factorielle des Correspondances
<b>ALD</b> :	Affection de Longue Durée
<b>AUDIT</b> :	Alcohol Use Disorders Identification Test
<b>CCAA</b> :	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
<b>CCAR</b> :	Conduites de Consommations À Risques
<b>CDPA</b> :	Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme
<b>CFES</b> :	Comité Français d'Éducation pour la Santé
<b>CHAA</b> :	Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie
<b>CMU</b> :	Couverture Maladie Universelle
<b>CNAMTS</b> :	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
<b>DGS</b> :	Direction Générale de la Santé
<b>DRASS</b> :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DREES</b> :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
<b>FNORS</b> :	Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
<b>ICM</b> :	Indice Comparatif de Mortalité
<b>MAST</b> :	Michigan Alcoholism Screening Test
<b>OFDT</b> :	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
<b>OMS</b> :	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OR</b> :	Odds Ratio
<b>ORS</b> :	Observatoire Régional de la Santé
<b>PCS</b> :	Profession et Catégorie Sociale
<b>PRAPS</b> :	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
<b>PRS</b> :	Programme Régional de Santé
<b>RMI</b> :	Revenu Minimum d'Insertion
<b>ROC</b> :	Receiver Operator Characteristic
<b>RR</b> :	Risque Relatif
<b>RSM</b> :	Ratio Standardisé de Mortalité
<b>SROS</b> :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>URMEL</b> :	Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral
<b>VADS</b> :	Voies Aéro-Digestives Supérieures
<b>ZAU</b> :	Zonage en Aires Urbaines







*Juin 2002*



**Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais**

13 rue Faidherbe  
59046 Lille cedex

Tel : +33 (0)3-20-15-49-20

Fax : +33 (0)3-20-55-92-30

E-mail : [secretariat@orsnpdc.org](mailto:secretariat@orsnpdc.org)

Site Internet : <http://www.orsnpdc.org>