

UNIVERSITE TOULOUSE III - Paul SABATIER –

Faculté de Médecine RANGUEIL

ANNEE 2013

2013 TOU3 1020

Thèse

Pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine

Spécialité MEDECINE GENERALE

Antoine SOPPELSA

Mardi 16 Avril 2013

**Inégalités Sociales de Santé, réduction dans la
problématique de la consommation excessive
d'alcool en Médecine Générale : Revue
Bibliographique**

Directeur de thèse : André STILLMUNKES

JURY :

Monsieur le Professeur Thierry LANG

Président

Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Monsieur le Docteur André STILLMUNKES

Directeur

Monsieur le Docteur Philippe BOULANGER

Membre Invité

Remerciements

Aux membres du jury :

Pr LANG Thierry, pour ses conseils et pour m'avoir ouvert sur une vision et une analyse différentes de la médecine.

Dr André STILLMUNKES, d'avoir dirigé et m'avoir aidé dans la réalisation de ce travail. Merci de votre patience car ce travail fut long....

Pr Marc VIDAL, merci pour de multiples raisons : m'avoir proposé ce sujet, tes conseils avisés, ton aide offerte de tout temps, ta pratique de la médecine.

Pr POUTRAIN Jean-Christophe, d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je garde de très bons souvenirs de vos cours.

Dr Philippe BOULLANGER, votre pratique de la médecine m'a beaucoup apporté et je vous en remercie. Merci de votre présence dans mon jury.

A ma famille :

Papa et Maman, je ne serais pas où j'en suis sans votre soutien (sans faillir) permanent, vous étiez (et êtes) toujours là dans les moments difficiles (3 PCEM 1 !! il fallait être costaud...).

Je ne sais pas si je vous remercierai suffisamment un jour.

Céline et Pierre, notamment pour m'avoir encouragé dès mon entrée en Médecine sans dire que c'était trop pour moi.

Egalement les cousines et cousins, oncles et tantes, qui m'ont accompagné et soutenu.

Et c'est là que je vais oublier du monde, c'est sûr (désolé) :

Les « Castrais » qui ne m'ont jamais lâché :

Benoît (bodel ! 29 ans qu'on se suit !), Guetfa (sers m'en deux ou je t'en colle quatre !), l'Anté et maître Windou, Rono (tétonnage...) et Mayasan, Kemar (Eh Joe...), Séb (depuis les Spookies...), Richard (Oh Batard !) et Clair(ounett)e, Taillou(minou) et Marielle (Lou provençou), Antoine le fou (Oh ! tu m'embêtes avec tes questions !), Olive le polack.

Les « toulousains » :

Ramí, my bro' (reconnise !!), Elo + Clo + le Kraken (vous me manquez), Chab et Marika, JD et Caro, Régis (session resto d'altitude...à refaire !!), John boy, Sarah et Fred, Aïcha, Guillaume et Emilie (the gingers).

Les Carabins :

Pierre « Kiki » et Fouad « Kiki » (les préfabriqués ne me manquent pas...), Géraud (bé, qu'est-ce qu'il t'a dit... ?), Ben (j'me côte, j'me décôte, j'me surcôte !), Laure (pour les psychanalyses à 3 heures du mat') et Boris (j'hésite, coquillettes ou salles d'anat' ?), Moustelle (Roi Lion ou Cœur des hommes ?), Mamion, Janojane, Pika, le gros Manu.....et tous les autres (Prim' et Meumeu, Kiki, Cachou, LaBrette, Pinou, Rémi.....). Je me suis vraiment éclaté (dans les 2 sens...) tout le long de mes études (intégrations, crits, Hossegor (le blue b !!), soirées en tout genre), vous m'avez beaucoup apporté, j'espère vous garder pas loin.....

Samantha, *Merci pour ce que tu m'apportes depuis 2 ans. Tu fais de moi un homme heureux. L'avenir nous réserve plein de bonnes choses.*

Inégalités Sociales de Santé, réduction dans la problématique de l'alcool : Revue Bibliographique

INTRODUCTION :

A) Les Inégalités Sociales de Santé en France :

- Définition
- Les déterminants sociaux
- La notion d'inégalités d'accès et de recours aux soins
- Les disparités sociales de mortalité

B) L'alcool, l'alcoolisme en France :

- Epidémiologie
- Morbi-mortalité
 - a. Manifestations aiguës
 - b. Manifestations chroniques
 - c. Un cas particulier : le risque de la grossesse
 - d. Mortalité
 - . Directe
 - . Indirecte
- Objectifs de la santé publique
- Définitions
 - a. Définitions issues d'un groupe de travail de la SFA
 - b. Autres définitions de la consommation alcoolique

C) Inégalités sociales de santé et alcool en France :

- L'âge
- La famille
- L'activité professionnelle
- Episode de précarité
- L'entourage
- La situation géographique
- Le sexe

D) Repérage précoce et Intervention brève :

- Définitions
 - . Repérage précoce
 - . Intervention brève
- La formation au repérage précoce et à l'intervention brève
- Les obstacles à l'intervention brève et au repérage précoce
- L'efficacité du repérage précoce et de l'intervention brève

E) Le projet de travail et ses objectifs :

METHODE :

RESULTATS :

A) Etude 1 :

B) Etude 2 :

C) Etude 3 :

D) Etude 4 :

E) Etude 5 :

F) Etude 6 :

G) Etude 7 :

H) Tableau récapitulatif des études interventionnelles :

DISCUSSION :

CONCLUSION / SYNTHESE :

Bibliographie

Annexes

Inégalités Sociales de Santé, réduction dans la problématique de la consommation excessive d'alcool en Médecine Générale : Revue Bibliographique

INTRODUCTION :

A) Les Inégalités Sociales de Santé en France^{1,2,3,4} :

L'amélioration de l'état de santé de la population française est reconnue, comme le montrent des indicateurs de santé publique : allongement de l'espérance de vie, diminution de la mortalité infantile.

Cependant, cette amélioration n'est pas équivalente selon les catégories sociales et est plus importante dans les catégories sociales favorisées ; ainsi s'accroît dans le temps le niveau de surmortalité pour l'ensemble des causes.

Actuellement, les ouvriers hommes ont une espérance de vie inférieure de sept ans à celle d'un cadre ou d'un professionnel libéral homme, il est de trois ans pour les femmes (étude de cohorte de l'INSEE au milieu des années 1990). Cet écart s'est accentué par rapport aux années 1980 chez les hommes (stable chez les femmes). L'INSEE observe depuis les années 1970 une différence de mortalité. La plupart des comparaisons se faisant entre les groupes : "employés / ouvriers" et "cadres / professions libérales".

Mais cette différence ne concerne pas seulement la mortalité mais également les indicateurs de morbidité, de santé perçue.

En effet, le taux de mortalité est différent mais également la hiérarchie des causes diffère.

La plus grande différence s'observe pour la mortalité liée à l'alcool.

L'alcool est un facteur déterminant des disparités de santé.

- Définition :

La Banque de Données de Santé Publique (BDSP) définit les inégalités sociales de santé par « des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux.

Apparaît la notion de gradient social, c'est-à-dire l'existence d'un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale et cela à tous les niveaux sans faire une simple opposition entre les pauvres et les autres.

- Les déterminants sociaux :

Les facteurs de risque de pathologies clairement identifiées comme les premières causes de décès en France ne sont pas les seuls à mettre en cause. Ils ne suffisent pas à eux seuls pour expliquer les différences sociales de santé.

Il existe donc des facteurs sans lien direct établi qui sont liés à l'état de santé : il s'agit des déterminants sociaux de la santé.

Les inégalités sociales de santé sont principalement une addition d'inégalités économiques, sociales et culturelles d'un pays.

La santé ne dépend qu'en partie du recours aux soins.

La résultante ultime des inégalités sociales de santé est l'inégalité devant la mort.

Les différences de capital culturel, social, économique à la sortie des études avec une insertion professionnelle plus difficile, ainsi qu'une certaine homogamie au niveau des couples pérennisent les inégalités sociales.

On remarque donc une différence dans l'aboutissement professionnel, ce qui influe sur la santé avec le lieu et les conditions de vie, la consommation de toxiques.

Bien évidemment, l'insuffisance des revenus a un rôle important : alimentation moins bonne (avec le risque d'obésité ou de restriction), restriction des soins médicaux (30% contre 2, enquêtes "Conditions de vie et aspirations"), diminution des vacances et augmentation du chômage.

Ainsi les « défavorisés » ont plus de sujets d'inquiétudes.

Quatre déterminants peuvent être identifiés :

- Les capitaux sociaux, culturels, économiques et sanitaires acquis à l'entrée à l'âge adulte,
- Les conditions d'emploi et de travail,
- Les conditions et le cadre de vie,
- Le style et le mode de vie, avec la notion de sociabilité (lien social et familial) qui est moindre chez les ouvriers.

A cela, s'ajoutent les inquiétudes et le stress dépendants des catégories sociales et agissant dessus (proportionnellement au niveau social).

On peut simplifier en déterminants :

- 1- Structurels, liés au contexte politique et économique du pays,
- 2- Intermédiaires, prenant principalement en compte les conditions matérielles, psychologiques, les comportements.

Certaines théories privilégient l'une ou l'autre catégorie ; elles seraient plutôt complémentaires.

Les déterminants agissent en synergie pour aboutir, par cumul d'avantages ou de désavantages selon les catégories sociales, à un état de santé et une espérance de vie meilleurs chez les "privilegiés".

Très souvent les inégalités sociales de santé se reproduisent de génération en génération (avec toutefois des possibilités de fuites).

- La notion d'inégalités d'accès et de recours aux soins :

Dont les médecins généralistes sont les premiers témoins.

Elles font partie intégrante des inégalités de santé, tout comme les inégalités sociales de santé.

Selon l'enquête 2002 du CreDES sur la santé et la protection sociale, le recours au médecin spécialiste est près de deux fois plus important chez les cadres que chez les ouvriers non qualifiés avec un taux d'hospitalisation quarante pour cent plus faible.

L'enquête IRDES de 2006 révèle que quatorze pour cent des français avaient renoncé à des soins pour des raisons financières au cours de l'année passée.

Les difficultés d'accès aux soins sont multiples : absence de mutuelles, dépassements d'honoraires, refus de soins aux bénéficiaires de la CMU, méconnaissance des droits d'accès à la CMU.

Le recours aux soins est lui aussi hiérarchisé sur le plan social.

- Les disparités sociales de mortalité⁵ (annexe A) :

Il est clairement établi qu'existe une disparité d'espérance de vie entre les groupes "ouvriers-employés" et "cadres-professions libérales". Ceci est le plus marqué dans les causes de mortalité liées à l'alcool avec un taux de mortalité multiplié par dix (cirrhoses et cancers des voies aérodigestives supérieures).

Quelques soient les causes, le risque de décès diminue moins fortement dans la catégorie "ouvriers-employés" d'où une augmentation dans le temps du niveau de surmortalité (pour l'ensemble des causes).

Cette surmortalité, en France, est plus importante dans les régions nord du pays.

Celle liée à l'alcool l'est dans les régions Pays de la Loire, Alsace et Bourgogne.

La France est, avec la Finlande, le mauvais élève de l'Europe en ce qui concerne les inégalités sociales de mortalité.

La grande partie de ces inégalités entre les catégories sociales est liée à une consommation excessive d'alcool.

Ainsi l'alcool est un facteur déterminant des disparités de santé.

Cependant il est important de préciser les limites et biais potentiels des études sur ces disparités entre catégories "ouvriers-employés" et "cadres-professions libérales" :

- L'appartenance à une des catégories sociales peut varier dans le temps,
- Le taux de mortalité est ramené à la catégorie sociale du sujet au moment de son recensement (et non de son décès)
- Une sélection des travailleurs en bonne santé du fait de leur profession
- La non prise en compte des inactifs dans ces études.

B) L'alcool, l'alcoolisme en France :

- Epidémiologie ^{6,7,8} :

L'alcool est responsable de 45000 décès par an en France soit la deuxième cause de décès évitables. Il existe une surmortalité masculine de 30 % lié à l'alcool par rapport à la moyenne de l'union européenne et un risque relatif supérieur à 8 d'avoir un accident de la voie publique mortel.

L'alcool est la substance psycho-active la plus consommée, avec 13 millions de consommateurs au sixième rang mondial selon l'OMS (13,1 litres d'alcool pur par an et par habitant).

Une enquête faite sur 30514 personnes de 15 à 75 ans de fin 2004 à début 2005 révèle :

- 17 % n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois.
- Les 45-75 ans (44 %) représentent 60 % de la consommation totale.
- Les 12-44 ans (56 %) représentent 40 % de la consommation totale.
- Les hommes qui boivent représentent 73 % de cette consommation totale.
- 17 % des buveurs consomment moins de 1000 verres par an soit 2,7 verres par jour et représentent 60 % de la consommation totale.
- 82 % des buveurs consomment moins de 2000 verres par an soit 5,5 verres par jour et représentent 87 % de la consommation totale.

Cinq millions de Français sont exposés par leur consommation d'alcool à des difficultés d'ordre médical, psychologique ou social ; dont deux millions de dépendants.

L'alcool est impliqué, souvent lors d'alcoolisation aiguë, dans :

- 30 à 40 % des accidents mortels de la circulation.
- 10 à 20 % des accidents du travail.
- 20 % des accidents domestiques.
- 5 à 25 % des suicides
- 50 % des rixes.
- 20 % des délits.
- 50 à 60 % de la criminalité en général.

La mortalité globale est de 10 % et ne se limite pas aux pathologies directement liées à l'alcool.

Sur le plan financier, les coûts directs et indirects ainsi que le coût social dûs à l'alcool sont largement supérieurs aux bénéfices de la production et de la commercialisation de l'alcool.

75 à 80 % de la population adulte est vue au moins une fois par an par les Médecins Généralistes. Devant la prévalence très élevée de la consommation excessive d'alcool, la Médecine Générale est en première ligne pour réaliser le Repérage Précoce et l'Intervention Brève et en est un acteur principal.

- Morbi-mortalité ^{6, 7, 8} :

a. Manifestations aiguës :

Troubles du comportement, accidents de la voie publique, auto- ou hétéro-agressivité.

b. Manifestations chroniques :

Toxicité hépatique (Cirrhose, Cancer...), du système nerveux périphérique et central (Polynévrites, syndrome cérébelleux, psychose alcoolique...), des voies aérodigestives supérieures (Cancer...).

c. Un cas particulier : le risque de la grossesse

Avec le syndrome d'alcoolisation fœtale : retard de croissance intra-utérin, dysmorphie, anomalies neurologiques...

d. Mortalité :

- DIRECTE ou très majoritairement liée : Cirrhose, Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS), psychose alcoolique ou dépendance à l'alcool

En 2002, sur 22200 décès, environ 50 % était dû aux cancers des VADS, 40 % aux cirrhoses, un septième aux psychoses alcooliques.

- INDIRECTE, cause associé : avec cette catégorie, le total passe à 45000 décès :

Cancer des VADS, troubles mentaux, pathologies cardiovasculaires, respiratoires, digestives, traumatismes, accidents et empoisonnement (AVP, chutes, suicides, homicides).

- Objectifs de la santé publique^{6, 9, 10} :

- Diminuer la consommation globale d'alcool, concernant les gros buveurs mais également les petits et moyens, aussi augmenter le nombre d'abstinents.
- Loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique a aussi ces objectifs, leur réalisation passe par :
 - ✓ Une stratégie de diminution de l'accessibilité à l'alcool et une politique tarifaire et de taxation forte (travail d'experts à la demande de la commission européenne) avec notamment l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs.
 - ✓ La loi du 10 janvier 1991 qui vise à protéger les jeunes de la publicité et du parrainage des boissons alcooliques.
 - ✓ La promotion par le ministère de la Santé depuis 2002 du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (pour les professionnels).
 - ✓ L'organisation des états généraux de la thématique Alcool dans les différentes régions (pour les citoyens).
 - ✓ Les stratégies recommandées par l'OMS, développées en France par le programme « Boire moins c'est mieux ».
- Prévention globale et éducation pour la santé, pour que tout usager connaisse : l'unité standard (UIA), les seuils OMS, les situations à risque, les effets physiologiques de l'alcool notamment psycho-actifs ainsi que la nocivité immédiate et différée, les risques individuels, l'ivresse, les représentations et préjugés relatifs à l'usage de l'alcool.

- Définitions⁹ :

L'escalade dans les différentes consommations d'alcool peut être représentée par la pyramide de Skinner^B.

a. Définitions issues d'un groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie (SFA)^C :

- . Le non usage
- . L'usage
- . Le mésusage
 - Usage à risque

- Usage nocif
- Usage avec dépendance

. A part : l'ivresse

b. Autres définitions de la consommation alcoolique (annexe D) :

. La non consommation.

. La consommation sans risque.

. La consommation à risque :

- Ponctuel
- Chronique.

C) Inégalités sociales de santé et alcool en France¹¹ :

Différents déterminants socio-économiques sont associés à différents profils de consommation (annexe E) :

- L'âge :

Environ la moitié des hommes de 25 à 64 ans est à risque de consommation excessive. Les catégories de moins de 25 ans et plus de 65 ont une forte proportion de non consommateurs.

Le risque d'alcoolisation chronique augmente progressivement jusqu'à 64 ans. En revanche le risque d'alcoolisation ponctuelle est très important chez les 25 - 44 ans et diminue par la suite.

L'âge a un effet sur le mode de consommation ; s'il existe un risque, la probabilité d'être consommateur chronique plutôt que ponctuel augmente avec l'âge.

- La famille :

Toutes choses égales par ailleurs, les femmes mariées avec enfants sont moins souvent consommatrices et très rarement à risque d'excès.

Les hommes en couple sans enfants sont plus souvent consommateurs que les hommes célibataires mais présentent une consommation à risque moindre.

Il existe un effet protecteur de la famille vis-à-vis de la consommation excessive, une influence des comportements à risque chez les sujets « seuls ».

Cependant, le risque de consommation excessive augmente lorsque, dans un ménage, au moins un des membres présente une consommation à risque.

- L'activité professionnelle :

Les femmes cadres sont plus souvent concernées par une consommation excessive d'alcool. Elles développent des comportements à risque dus au milieu professionnel (charge de travail, responsabilités) ou à une moindre aversion au risque.

Parmi les consommateurs, les hommes employés ont un risque inférieur de consommation excessive.

Lorsque la consommation à risque est avérée, certaines catégories socioprofessionnelles sont plus concernées par la chronicité : artisans, professions intermédiaires, chefs d'entreprises, commerçants. Egalement les hommes dont le revenu mensuel du ménage n'excède pas 990 euros.

Les sujets manquant d'autonomie ou de responsabilités au travail sont moins touchés par une consommation excessive mais s'il y a consommation, elle sera ponctuelle.

- Episode de précarité :

Il est marqué par deux comportements opposés : la non consommation (le plus souvent) et la consommation excessive chronique quand existe une consommation excessive.

- L'entourage :

Les personnes entourées, soutenues émotionnellement sont plus souvent consommatrices que les personnes isolées (convivialité). Si une consommation excessive apparaît, elle sera ponctuelle.

- La situation géographique :

Il existe un net gradient nord – sud en France.

En effet, le nord de la France est fortement marqué par une alcoolisation excessive et ce quelque soit le sexe. Le taux de mortalité liée à une imprégnation alcoolique chronique est le plus élevé dans la région Nord et le Bassin parisien.

- Le sexe :

Quarante quatre pour cent des hommes sont consommateurs excessifs, avec plus de 30% de consommateurs à risque ponctuel.

Les femmes sont très majoritairement consommatrices (sans risque) ou non consommatrices. Seules 2 % sont à risque chronique et 11 % à risque ponctuel.

D) Repérage précoce et Intervention brève^{9,15->27} :

- Définitions :

a. Repérage Précoce :

Ce n'est pas un élément de diagnostic, un résultat positif oriente vers un mésusage sans le qualifier, et un résultat négatif ne permet pas d'écarter avec certitude l'éventualité d'un mésusage.

Pour plus de pertinence, il doit être associé à l'examen clinique.

Il passe par, soit :

- . L'Interrogatoire avec la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA)

- . Des questionnaires :

- Auto-questionnaires : AUDIT surtout

- Hétéro-questionnaires : FACE principalement (apparenté à l'AUDIT)

Mais il en existe de multiples : TWEAK, Five-shot questionnaire, FAST, AUDIT-PC et AUDIT-C moins répandus.

Auparavant il existait déjà le MAST et le CAGE.

Les questionnaires ont montré une pertinence à repérer les consommateurs excessifs, à problème ou dépendants.

Quatre questionnaires sont validés en français : MAST, CAGE, FACE, AUDIT.

Le choix d'un instrument de repérage est donc large.

Le CAGE et l'AUDIT sont des auto-questionnaires mal adaptés à la situation française (remis par la secrétaire ou en salle d'attente), d'où une version française plus simple : le FACE de sensibilité et de spécificité identique à l'AUDIT.

Les marqueurs biologiques (gamma-GT ou CDT) sont de sensibilité et de spécificité insuffisante dans ce domaine.

Un repérage systématique est souhaitable pour repérer les usagers à risque et les consommateurs à usage nocif. Il devrait se faire chez tout nouveau patient de plus de 15 ans et une fois par an pour les autres patients. De plus un repérage ciblé devrait concerner les usagers présentant un dommage lié à l'alcool ou ceux dans une situation où la consommation peut avoir des conséquences néfastes.

b. Intervention Brève :

Elle est adaptée à l'usage ou mésusage, et aux relations du sujet avec ses conduites d'alcoolisation et son environnement.

Ses objectifs principaux sont :

- Favoriser la diminution de la consommation en dessous des seuils OMS ou l'arrêt de la consommation
- Améliorer la qualité de vie.

Elle doit être en complément d'un repérage précoce pour augmenter les chances de bénéfices attendus.

Elle est sous la forme d'une check list généralement synthétisée par l'acronyme FRAMES en anglais (Feed back, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self efficacy) :

- Restitution du test de repérage
- Explication du risque alcool
- Explication du verre standard
- Explication de l'intérêt de la réduction de sa consommation
- Explication des méthodes utilisables pour réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
- Remettre le livret.

Cependant son contenu peut varier d'une étude à l'autre, ainsi que sa durée.

L'intervention brève nécessite une formation des professionnels de santé, ainsi qu'une volonté et les moyens d'une diffusion nationale.

La population cible est le plus souvent constituée de buveurs excessifs peu ou pas dépendants.

Cette dernière, l'objectif et le mode de dialogue sont communs dans les interventions, à trois exceptions : les dépendants vus aux urgences ou en prison, l'abstinence pour objectif (grossesse), population sous main de justice (style plutôt directif).

Sa durée est compatible avec le temps d'une consultation (10-15 minutes), et elle peut être répétée.

Son objectif principal est la réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs excessifs en dessous des seuils de l'OMS (et non l'abstinence). Il est également de permettre un changement durable de comportement face à l'alcool.

L'intervention brève doit prendre en compte les étapes du changement de comportement analysées par Prochaska ^F.

Ainsi, il faut :

- . Rechercher la motivation du patient, l'Intervention Brève s'adaptera à celle-ci
- . Utiliser les règles de l'entretien motivationnel qui sont :
 - Assurer l'empathie
 - Mettre à jour des contradictions
 - Eviter la confrontation
 - Diminuer les résistances
 - Renforcer et valoriser la responsabilité et les capacités du patient au changement.

La diffusion de l'Intervention Brève au niveau national consiste en la phase IV du projet OMS qui en France s'est développé sous le programme « Boire moins c'est mieux » avec l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie).

Elle a quatre sous objectifs :

- Adapter les outils de Repérage Précoce et d'Intervention Brève aux conditions de la France
- Créer un cadre d'alliance institutionnelle large autour d'une organisation promotrice
- Changer les représentations sociales sur les problèmes liés à l'alcool.
- Réaliser des études de démonstration.

Les résultats d'une intervention se font avec des critères s'appuyant sur :

. Un bilan initial avec :

La consommation déclarée d'alcool (CDA), des signes de sévérité, de la gravité des conséquences du mésusage, la catégorie du mésusage, les autres consommations de substances psycho-actives, les comorbidités, la qualité de vie appréciée de façon pragmatique, le stade de motivation (Prochaska).

Les marqueurs biologiques (Gamma-GT et VGM en premier lieu, CDT en deuxième) peuvent être utilisés mais leur pertinence est très discutable.

. Un bilan final à l'échéance :

Il n'existe pas de seuil consensuel de durée à partir de laquelle on parle de "succès" ou d'"échec" mais on convient de différer l'évaluation finale de l'intervention à au moins 12 mois avec un ou plusieurs bilans d'étapes.

On s'appuiera sur l'impression globale clinique basée sur la CDA et l'appréciation de la qualité de vie (plus ou moins renforcé par la biologie).

- La formation au repérage précoce et à l'intervention brève^{4,5,6} :

Elle est nécessaire, et doit se donner comme objectifs :

- Le partage et la critique des expériences difficiles avec les alcoolo-dépendants
- Faire apparaître la notion de consommation à risque et de morbidité hors dépendance
- Donner un contenu rassurant sur l'acceptabilité par les patients d'un dialogue fréquent sur la consommation d'alcool
- Donner des repères simples en termes de techniques de Repérage Précoce et d'Intervention Brève

- Utiliser des mises en situation (jeux de rôle) pour permettre de vérifier la brièveté du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève, et sa faisabilité sans technique particulière.

Deux éléments sont nécessaires pour convaincre les praticiens de la faisabilité en pratique courante :

- Les jeux de rôle au cours de la session de formation
- La mise en pratique du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève entre deux sessions de formation.

Répéter les messages tels des "piqûres de rappel" permettra aux praticiens de s'approprier la démarche.

Il semble évident d'intégrer le Repérage Précoce et l'Intervention Brève à la formation initiale des médecins.

La formation doit concerner en premier lieu les médecins de premier recours, mais aussi leurs collaborateurs (secrétaire, infirmières...).

Si on veut bien former les médecins généralistes au repérage précoce et à l'intervention brève, il convient de former les formateurs. Quatre points aident à y parvenir :

- Les formateurs doivent être des pratiquants convaincus
- Il est plus souhaitable de constituer des binômes et de les former en même temps
- Il faut s'appuyer sur les dynamiques locales et/ou régionales
- Faire des échanges réguliers des expériences de formation dans le cadre d'un réseau.

Le meilleur modèle de formation est le séminaire de 48 heures, cependant la séance de 2 heures en soirée est possible (groupe de 8-10 personnes). Les séances doivent être précédées d'un recueil de pratiques, et doivent être renouveler à distance pour notamment analyser les difficultés rencontrées.

- Les obstacles à l'intervention brève et au repérage précoce^{4,5} :

Le mésusage de l'alcool est rarement l'objet d'une demande de soins : 1,21 % des consultations (sur 8760, SFMG).

Le mésusage est fréquent malgré l'absence de plainte (18 à 20 % en Médecine Générale selon les études).

La prévalence du mésusage d'alcool dans une patientèle est méconnue ou sous estimée par les Médecins Généralistes.

Il est difficile de parler, d'aborder le problème alcool, en effet :

- a. Les représentations culturelles et sociales font trop rapidement passer de la consommation valorisée socialement à l'alcoolisme de l'ivrogne. On n'a pas de représentation de la progressivité des risques et des consommations nocives. Nous sommes dans une situation de déni (de la consommation excessive).
- b. Du côté des Médecins : ils se sont insuffisamment formés, ont un sentiment d'inutilité du fait des échecs récents, manquent de temps, et surtout présentent des difficultés à aborder le problème alcool en dehors de toute demande et craignent la réaction des patients. L'alcool reste encore un sujet tabou.

Et pourtant, une enquête montre que 90 % des interrogés jugent que leur Médecin Généraliste est dans son rôle en abordant les questions liées à l'alcool (et au tabac), et les trouvent bien informés dans ces domaines. Quarante pour cent jugent facile de parler d'alcool avec leur Médecin Généraliste ; mais seulement douze pour cent estiment avoir été entendus.

De plus, les médecins généralistes se plaignent souvent de l'absence de valorisation des actes préventifs.

- L'efficacité du Repérage précoce et de l'Intervention brève^{7,14} :

Sept méta-analyses d'études randomisées sur neuf sur ce sujet prouvent l'efficacité d'une Intervention Brève sur la consommation d'alcool.

On observe une réduction de 20 à 40 % à 6 mois mais celle-ci s'atténue à douze mois.

Notons un point très important : le seul fait d'interroger un patient sur sa consommation d'alcool avec le commentaire que cela comporte est efficace. A lui seul, le Repérage a une efficacité démontrée sur la réduction de consommation

d'alcool ; l'Intervention Brève qui en est le complément en augmente les chances de bénéfiques.

La principale étude française sur le sujet : HUAS D. et al, La Revue du Praticien Médecine Générale 16 : 586 octobre 2002 « Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes »¹⁴.

L'intérêt de cette Intervention Brève réside également dans la possibilité d'appliquer cette stratégie à tous les domaines d'éducation à la santé et situations de dépistage (prévention primaire et secondaire), ainsi que dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.

E) Le projet de travail et ses objectifs :

Il s'agit d'un appel à projet de l'IReSP (Institut de Recherche en Santé Publique), crée par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale).

Cet appel fait partie d'un programme plus large de l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (Iferiss) : le programme AAPRISS "Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé" dont l'objectif est de mettre en œuvre et d'évaluer des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Il ne s'agit pas d'un projet d'intervention que nous souhaitons mener à bien mais une recherche bibliographique dans la littérature internationale (de ce qui a déjà été fait en médecine générale en matière d'intervention visant à réduire les inégalités sociales de santé, dans la problématique de la consommation d'alcool).

METHODE :

Afin de mener à bien cette revue, nous avons posé l'équation de recherche qui suit :
« (primary care OR general practice OR family medicine) AND (socioeconomic factor OR health inequality OR social inequality OR health disparity OR social disparity) AND (alcohol OR alcoholism) AND (procedure OR action OR intervention OR prevention) »

dans les banques PubMed et Sudoc.

La sélection des articles passe par :

- Lecture des titres et des abstracts
- Les critères d'inclusion:
 - revues de 1990 à 2011.
 - abordant le thème de l'alcool et/ou de l'alcoolisme.
 - applicables en médecine générale.
 - intervention
 - Les critères d'exclusion:
 - études en milieu hospitalier,
 - hors médecine générale,
 - la poly-toxicomanie, la toxicodépendance,
 - des modèles non superposables au modèle français avec les problèmes d'application pratique en France,
 - l'absence de notion de dépistage, repérage, d'intervention.

RESULTATS :

534 articles sont proposés.

Après une première sélection des articles par les titres simplement: 71 articles,
Seuls 66 abstracts/résumés sur 71 ont pu être récupérés et soumis à une nouvelle
sélection par lecture des abstracts/résumés : 23 articles sont en notre possession.

Après une nouvelle lecture des résumés et des articles, on peut distinguer :

- 14 études observationnelles, que nous ne développeront pas.
- 8 études interventionnelles dont une finalement exclue.

Nous nous attacherons à décrire ces sept études.

A) Etude 1²⁸ :

- **Objectif** : voir si le fait d'interroger les patients et de leur donner des conseils simples adaptés affecte l'envie des médecins généralistes de parler « alcool » avec leurs patients et la consommation d'alcool chez ces mêmes patients.
- **Méthode** : essai contrôlé, randomisé dans une population de ville ;
 - Les médecins généralistes sont des universitaires et résidents (n=41).
 - 312 patients avec une consommation d'alcool variable.
 - Les interventions consistent en un interrogatoire (CAGE, consommation d'alcool, motivation) associé à des recommandations.
 - Le critère de jugement est la consommation d'alcool à J0 et à M6
- **Résultats** : 97% à J0 et 76% à M6.
 - Les praticiens universitaires du groupe intervention sont plus susceptibles que ceux du groupe contrôle de donner des conseils (64% vs 42%) et de discuter des problèmes relatifs à la consommation d'alcool.
On observe une différence significative.
 - Pas de différence chez les résidents.
 - A M6, les patients ayant vu un médecin généraliste résident dans le groupe intervention consomment moins d'alcool par jour (3.8 unités vs 11.6).
On observe une différence significative.

- **Conclusion :**

Bien que les effets semblent différer selon le niveau d'entraînement des praticiens :

- inciter les médecins généralistes à interroger et conseiller leurs patients tend à améliorer les discussions sur leur consommation ;
- Les conseils aux patients tendent à diminuer leur consommation.

Mais attention :

- Faible niveau de preuve, notamment du fait du faible nombre de médecins généralistes et de sujets.
- Beaucoup de biais, notamment d'intervention.

B) Etude 2²⁹ :

- **Objectif :** observer la consommation d'alcool chez les femmes en âge de procréer et les conséquences du projet *TrEAT* (Trial for Early Alcohol Treatment).

- **Méthode :**

- . 64 cabinets.
- . 205 femmes (de 18 à 40 ans) randomisées sur 5979 en 103 dans groupe expérimental et 102 dans groupe contrôle.
- . L'intervention rassemble un manuel sur les "health issues" puis des consultations chez les médecins généralistes pour 2 fois 15 min de conseils, éducation, utilisation d'un "livre de travail".
- . 85% ont fait les 48 mois de suivi.

- **Résultats:**

- . Pas de différence significative entre les 2 groupes à M0
- . A M48, il y a une différence significative dans la consommation d'alcool par semaine et la consommation aiguë en faveur du groupe Intervention.
- . Les femmes enceintes pendant le suivi ont la plus grande diminution de consommation (synergie).
- . Groupe Intervention = diminution supérieure ou égale à 20%.
- . Pas de différence significative dans l'utilisation du système de santé et de l'état de santé entre les 2 groupes.

- **Conclusion:**

L'intervention brève permet une nette diminution de la consommation d'alcool chez les femmes en âge de procréer.

Forces de l'étude: Analyse en Intention de Traiter (ITT), grand nombre de sujets, suivi long et régulier.

- **Mais attention:**

- Biais important du fait de la rémunération des médecins généralistes et des sujets
- Résultats non généralisables à l'ensemble des femmes en âge de procréer (cf critères d'exclusion)

NB: l'étude essaie de diminuer le biais de la consommation déclarée (réponses « vérifiées » et confidentielles, multiples mesures de la consommation).

C) Etude 3³⁰ :

- **Objectif :** observer les effets du *PDFY (Preparing for the Drug Free Years)*

Ce programme a pour but d'aider les parents à éduquer et apprendre à leurs enfants les normes vis-à-vis de l'usage de substances, améliorer la gestion familiale, diminuer les conflits familiaux et développer la capacité à résister à l'influence des autres.

- **Méthode :**

- 424 familles rurales avec enfant(s) en 6^{ème} randomisées en 2 groupes : Intervention vs Contrôle.

- Intervention: 5 sessions sur différents thèmes.

- Données collectées des parents et des étudiants en pré-, post-test et à 1, 2 et 3 ans et demi de suivi.

- **Résultats :**

Dans le groupe *PDFY* on observe une diminution significative de l'augmentation de la consommation d'alcool à travers le temps et fournit aux parents les normes concernant la consommation d'alcool chez l'adolescent.

Ainsi que des parents significativement plus impliqués à travers le temps en ce qui concerne les normes familiales.

L'augmentation de la consommation d'alcool est moins importante dans le groupe PDFY avec une différence significative.

- **Discussion :**

Notion d' « ingrédients actifs » à l'efficacité du programme PDFY:

- a) Normes familiales => différence significative
- b) Gestion familiale => sans différence significative

Le programme PDFY n'a pas d'effets sur la diminution des conflits familiaux et le développement des capacités de refus ; cette capacité est cependant meilleure au post test d'où l'intérêt de « boosters sessions ».

- **Limites de l'étude :**

- La consommation d'alcool est déclarée par les adolescents
- L'échantillon: familles « stables »
- Faite dans des petites communautés (< 8500) et exclusion des plus bas revenus.

- **Hypothèse à développer :**

Le programme aurait plus d'intérêts dans des familles moins bien « organisées » et chez des adolescents grandissant dans une population où il y a moins d'abstinents.

D) Etude 4³¹ :

- **Objectif :** diminuer la consommation d'alcool quotidienne et totale

- **Méthode :**

- Patients de médecine générale ne suivant pas un traitement mais avec des troubles de la consommation d'alcool.
- 18 cabinets.
- Essai contrôlé randomisé.
- Sur 12 mois.
- n= 897.
- Intervention : par mail ou téléphone.
- Groupe Intervention = 6 sessions / tél. basées sur entretien motivationnel et volonté de changer.

- Groupe témoin = discours sur les « healthy lifestyles ».

- **Résultats:** A 3 mois:

- Hommes dans le groupe intervention = diminution de 30,6 contre 8,3% de la consommation journalière et diminution de 17,3 contre 12,9% de la consommation totale => avec une différence significative.

- Femmes dans le groupe intervention = diminution de 17,2 contre 11,5% de la consommation journalière et baisse de 13,9 vs 11% de la consommation totale => sans différence significative.

- **Discussion:**

- Les points forts:

- Les sujets sont des patients d'une salle d'attente de médecine générale.
- Analyse en intention de traiter (ITT).
- Les conseillers sont entraînés et les analystes « aveugles »
- Mesure validée de la consommation d'alcool.

- Les limites:

- Analyse non réalisable chez 16% des sujets
- Généralisation des résultats hors région de l'étude (Madison et Milwaukee) : inconnue.

- **Conclusion:**

- L'intervention brève est plus efficace qu'un simple discours sur la consommation d'alcool chez les hommes, à 3 mois.

- Attention au biais du fait du consentement, du questionnaire initial (Health Screen Survey) et de la rémunération des participants.

E) Etude 5³² :

- **Objectif :** efficacité d'une intervention et action de prévention sur la consommation d'alcool et autres substances chez l'adolescent.

- **Méthode :**

- 99 adolescents.

- Service ambulatoire spécialisé.

- Répartis en fonction du niveau de consommation en :

- 1) Non consommateurs durant le mois passé puis groupes contrôle ou intervention.
 - 2) Consommateurs durant le mois dernier puis groupes contrôle ou prévention.
- Suivi et évaluation sur 6 mois.
 - **Résultats** : A 6 mois :
 - Augmentation de la consommation d'alcool, cannabis, tabac dans le groupe contrôle des non consommateurs ainsi que les problèmes relatifs à cette consommation.
 - Augmentation de la consommation d'alcool, tabac moindre dans le groupe prévention (avec une différence significative) ; de plus pas d'augmentation de la consommation de cannabis.
 - Groupe intervention = diminution significative du nombre de consommateurs durant le dernier mois et d'évènements liés.

- **Conclusion** :

Une simple intervention brève entraîne une diminution de la consommation de substances psycho-actives chez l'adolescent.

F) Etude 6³³ :

- **Objectif** :

Evaluer l'efficacité du « conseil médical » sur la diminution de la consommation d'alcool chez les hommes buveurs excessifs.

- **Méthode** :

- Essai contrôlé randomisé en simple aveugle dans 4 équipes de médecins généralistes.
- 152 patients avec une consommation supérieure à 21 UI hebdomadaire et en demande de traitement.
- intervention = conseil bref appuyé par du matériel.
- 2 questionnaires posés à 6-18 mois d'intervalle sur la consommation d'alcool (en UI), habitudes de consommation et problèmes relatifs à cette consommation.

- **Résultats:**

- 60% de réponse au second questionnaire.
- Pas de différence Sociodémographique ou d'habitudes de santé entre répondeurs (60%) et les autres SAUF la classe sociale.
- Pas de différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle.
- Diminution significative du pourcentage de buveurs > 35 UI par semaine dans le groupe intervention.

- **Conclusion:**

L'intervention brève est clairement efficace sur la diminution du nombre de consommateurs de plus de 35 UI par semaine.

G) Etude 7³⁴ :

- **Objectif :**

- Mesurer l'efficacité d'une intervention à 3 et 12 mois sur des patients adultes âgés de plus de 55 ans évalués « à risque ».
- Il s'agit d'une catégorie sociale, du fait des médications prises et des comorbidités, dont les critères de consommation excessive sont différents :
Plus de 14 UI par semaine ou plus de 4 UI par occasion pour les hommes de moins de 65 ans.
Plus de 7 UI hebdomadaire ou plus de 3 UI par occasion pour les plus de 65 ans ou les femmes de moins de 65 ans.

- **Méthode :**

- Essai contrôlé randomisé sur trois sites de soins primaires en Californie du sud.
- Recrutement des patients d'octobre 2004 à avril 2007. Suivi jusqu'en juillet 2008.
- Critères d'inclusion : plus de 55 ans, parlant anglais ou espagnol et ayant consommé au moins une UI dans la semaine.
- Critères d'exclusion : problèmes de compréhension, patients trop malades, ou ayant reçu un traitement contre l'alcool dans les 3 mois précédents.
- Recrutement de conseillers (n= 145) recevant une formation brève.

Ainsi, 2138 patients recrutés dont 631 évalués "à risque" par le CARET (auto-questionnaire sur le comportement des patients dans les 12 derniers mois) avec nécessité de recueillir leur consentement.

- L'intervention : remise d'un rapport de consommation personnalisé ainsi qu'un journal de consommation. De plus conseils oraux et écrits (par les conseillers) et appel téléphonique à 2, 4, et 8 semaines.
- Le critère de jugement principal est le pourcentage de patients "à risque". Les critères secondaires sont la consommation hebdomadaire et le nombre de consommation aigue dans la semaine.

- **Résultats :**

- Patients de 55 à 89 ans.
- Le seul critère qui diminue de façon statistiquement différente à 12 mois dans le groupe intervention est la consommation hebdomadaire. On ne retrouve pas de diminution statistiquement significative dans ce groupe en ce qui concerne le pourcentage de consommateurs "à risque" ainsi que le nombre de consommation aigue.

- **Conclusion :**

Cette étude montre que questionner sur les habitudes de vie, donner des informations simples et faire des rappels (téléphoniques) entraînent une diminution de la consommation moyenne et une baisse des patients "à risque" chez les patients de plus de 55 ans en médecine générale.

Plus encore, le simple fait de parler des limites recommandées de consommation peut suffire à réduire grandement les patients "à risque" et la consommation moyenne.

Attention au biais du fait des conseillers qui peuvent intervenir dans le groupe contrôle lors d'un entretien.

H) Tableau récapitulatif des études interventionnelles :

Critères Etudes	Type	Effets sur la consommation avec DS	Biais	Population cible	Effet(s) sur les comportements	Comparaison entre catégories sociales*	Intention de traiter
1	E.C.R. .	+ (I)	OUI	Générale de ville	. ↓ conso° . ↑ échges	NON	oui
2	E.C.R. .	+ (I)	OUI	F en âge de procréer	. ↓ conso°	NON	oui
3	E.C.R. .	+ (I)	OUI	Familles rurales	. ↑ implicat° . ↓ conso°	NON	
4	E.C.R. .	+ (I) chez H	OUI	Générale	. ↓ > /r simple discours	NON	oui
5	E.C.R. .	+ (I) / - (NI)	OUI	Adolescents	. ↓ conso°	NON	
6	E.C.R. .	+ (I)	OUI	H buveurs excessifs	. ↓ nb conso ^{rs}	NON	
7	E.C.R. .	+ (I)	OUI	> 55 ans "à risque"	. ↓ conso° et conso ^{rs} "à risque" même si NI	NON	

E.C.R. = Essai Contrôlé Randomisé ; DS = Différence Significative ; + = effet positif sur la consommation : diminution de celle-ci ou moindre augmentation ; - = effet négatif ; I = groupe intervention // NI = absence d'intervention ; H = hommes ; F = femmes ; ↓ = diminution ou dégradation ; ↑ = augmentation ou amélioration ; * = en ce qui concerne l'effet d'une intervention ; conso° = consommation ; conso^{rs} = consommateurs ; > = supérieur ; /r = par rapport.

DISCUSSION :

La revue bibliographique réalisée ne permet pas de retrouver d'intervention applicable en médecine générale, étudiant ou permettant une réduction des inégalités sociales de santé (notion de gradient social) dans la problématique de la consommation excessive d'alcool. Même si des facteurs sociaux étaient analysés dans les études.

Ce travail est le premier/seul à rechercher ce type d'intervention visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Il regroupe une large bibliographie s'étendant sur plus de vingt ans (1990 à 2011).

Malgré des critères d'inclusion, ainsi qu'une intervention pouvant différer (modestement) selon les études, il ressort que d'intervenir, même de façon brève modifie les comportements vis-à-vis de la consommation d'alcool.

Cependant, l'ensemble de ces études présentent des biais (notamment de sélection), ce qui peut modérer les conclusions que nous en tirons :

- La rémunération des participants à l'étude,
- La généralisation des résultats difficile,
- Intervention « *a minima* » même dans les groupes "contrôle",
- Absence d'une lecture en double aveugle des articles,
- Le problème de la sous déclaration dans la consommation d'alcool,
- Sélection des MG les plus motivés,
- Non représentativité des médecins dans les groupes randomisés,
- Peu d'études en ITT, perdus de vue.
- Le suivi est souvent trop court (moins d'un an).

Les interventions n'étaient pas adaptées aux différents groupes et ne prenaient pas en compte les inégalités sociales de santé dans sa réalisation. Les différentes études n'opposaient pas, ne confrontaient pas les catégories sociales entre elles.

Les inégalités sociales de santé (et leur réduction) nécessitent un travail pluridisciplinaire et non limité au médecin généraliste seul. Elles sont régies par les structures, le mode de fonctionnement économique et social de la société.

Ainsi, si les politiques de santé publique ne s'interrogent pas dessus, leur(s) effet(s) ne sera(ont) que mineur(s).

Or, les inégalités sociales de santé doivent absolument être prises en compte afin d'intervenir efficacement dans leur réduction. Se focaliser simplement sur un facteur de risque (ici, la consommation excessive d'alcool) serait une erreur.

Malgré un système de soins au premier rang mondial selon l'OMS, le problème des inégalités sociales est un enjeu majeur de santé publique en France, l'intérêt que lui porte notre gouvernement en atteste. Les inégalités sociales de santé sont des facteurs indépendants d'un système de santé, et sont accentuées par des inégalités sociales de prévention et de soins.

La consommation excessive d'alcool en est également un. Notamment du fait que la disparité de mortalité est la plus marquée dans les pathologies et causes liées à cette consommation.

Les facteurs de risques correspondants aux causes de mortalité pour lesquelles la différence de mortalité est la plus grande sont liés au mode de vie et pratiques de prévention (tabac, nutrition, sédentarité, conduites dangereuses). Dans le temps, ces causes de mortalité varient mais le gradient social persiste⁵.

La connaissance et la compréhension des facteurs socio-économiques associés faciliteront la mise en place de politique de santé publique visant à réduire la consommation excessive d'alcool¹¹ mais aussi les inégalités sociales de santé.

L'enjeu de la réalisation d'une intervention visant à agir, bien entendu sur la consommation, mais également et surtout sur la réduction des inégalités sociales de santé est évident.

Un tel projet devra être pluridisciplinaire, se faire sur une longue période de suivi et un large échantillon de la population.

Il faut envisager une prise en charge moins globale et plus adaptée aux contextes sociaux spécifiques.

On peut imaginer une étude de cohortes choisies selon des critères sociaux précis, avec interventions adaptées et critères (primaire et secondaire) de jugement tels :

consommation déclarée d'alcool, qualité de vie perçue, accidents imputables à cette consommation, entre autres.

Un tel travail aidera au développement des stratégies en prévention primaire et secondaire, aussi dans les pathologies chroniques lorsqu'un gradient social est identifié.

Bibliographie :

- 1) Marie-Josée MOQUET : « Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples » ; La santé de l'Homme 397 septembre-octobre 2008 : 17-19.
- 2) Denantes M., Chevillard M., Renard JF., Flores P. : « Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale » ; Exercer 2009 ; 85 : 22-6.
- 3) AÏACH P., FASSIN D. : « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé » ; La Revue du Praticien 54 : 2004 ; p 2221-27.
- 4) SURAULT P. : « La détermination des inégalités sociales de santé » ; La Revue du Praticien 54 : 2004 ; p 2233-40.
- 5) JOUGLA E., RICAN S. : « Disparités sociales de mortalité » ; La revue du Praticien 54 : 2004 ; p 2228-32.
- 6) MICHAUD P.: « Les buveurs excessifs: repérage et intervention brève » ; La Revue du Praticien 56 ; 2006.
- 7) GALLOIS P.: « Les mésusages de l'alcool: repérage et intervention brève en médecine générale » ; Médecine p 302-306 ; septembre 2006.
- 8) Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Numéro thématique – Alcool et santé en France, état des lieux, 12 septembre 2006 / n°34-35.
- 9) Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 1S-76S, Recommandations pour la pratique clinique, texte court.
- 10) Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, UK, juin 2006.
- 11) Questions d'économie de la santé n° 129 - Janvier 2008

- 12) MICHAUD P.: « Diffusion de la pratique de l'intervention brève: méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premier recours » ; Médecine et Hygiène 2451 ; p 1817-22 ; 2003
- 13) MILHET M.: « Alcoolisations excessives et médecine de ville » ; Tendances n° 47 ; 2006.
- 14) HUAS D.: « Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes » ; La Revue du Praticien Médecine Générale 16 : 586 octobre 2002.
- 15) MICHAUD P.: « Intervention brève auprès des buveurs excessifs » La Revue du Praticien Médecine Générale 17 : 604 ; 2002.
- 16) DEPINOY D.: « Dépistage des mésusages de l'alcool ; résumé utile des recommandations pour la pratique clinique élaborées sous l'égide de la SFA » ; La Revue du Praticien Médecine Générale 18 : 650/651 ; 2004.
- 17) GUALDONI S.: « Repérage précoce des usages à risque ou nocifs d'alcool » ; La Revue du Praticien Médecine Générale 20 : 724/725 ; 2006.
- 18) DEWOST A-V.: « Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients ; Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale (France, Belgique, Suisse).Etude REPEX » ; La Revue du Praticien Médecine Générale 20 : 724/725 ; 2006.
- 19) MARTIN D.: « Alcoolisme: le médecin généraliste au cœur d'une prévention efficace » ; La Revue du Praticien 56, 10 ; 2006.
- 20) LEVASSEUR G.: « Baromètre des pratiques en médecine libérale: Synthèse des résultats "dépistage du mésusage des boissons alcoolisées en médecine générale" » ; Rapport 2004 URMLB de Rennes.
- 21) GIGON E.: « Prévention de la consommation d'alcool chez la femme enceinte suivie en médecine générale, département Loire-Atlantique » ; Thèse pour le DE de Docteur en Médecine ; 2006.
- 22) BORNENS (DEWOST) A-V.: « L'AUDIT, auto-questionnaire de repérage des consommateurs d'alcool à risque ou excessifs-Evaluation de son acceptabilité en

médecine générale, du point de vue des praticiens » ; Mémoire de 3^o cycle de Médecine Générale ; 1999.

23) FLEMING and al.: « Brief physician advice for problem drinkers: long term efficacy and benefit » ; Alcohol Clin Exp Res vol. 26 n°1 2002 ; p36-43.

24) MOYER and al.: « Brief interventions for alcohol problems : a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations » ; Addiction 1997

25) POIKOLAINEN K.: « Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis » ; Preventive Medicine 1999.

26) WILK and al.: « Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers » ; Journal General Internal Medicine 1997.

27) GUILLARD F.: « incitation à l'application pratique par les médecins généralistes du repérage et de l'intervention brève auprès des consommateurs excessifs d'alcool: évaluation de deux méthodes » ; Thèse pour le DE de médecine générale ; 2006.

28) Saitz R, Horton NJ, Sullivan LM, Moskowitz MA, Samet JH.: « Addressing alcohol problems in primary care: a cluster randomized, controlled trial of a systems intervention. The screening and intervention in primary care (SIP) study » ; Ann Intern Med. 2003 Mar 4; 138(5):372-82.

29) Manell LB, Fleming MF, Mundt MP, Stauffacher EA, Barry KL.: « Treatment of problem alcohol use in women of childbearing age: results of a brief intervention trial » ; Alcohol Clin Exp Res. 2000 Oct;24(10):1517-24.

30) Park J, Kosterman R, Hawkins JD, Haggerty KP, Duncan TE, Duncan SC, Spoth R.: « Effects of the "Preparing for the Drug Free Years" curriculum on growth in alcohol use and risk for alcohol use in early adolescence » ; Prev Sci. 2000 Sep;1(3):125-38.

31) Brown RL, Saunders LA, Bobula JA, Mundt MP, Koch PE.: « Randomized-controlled trial of a phone and mail intervention for alcohol use disorders: three-month drinking outcomes » ; Alcohol Clin Exp Res. 2007 Aug;31(8):1372-9. Epub 2007 Jun 5.

32) De Micheli D, Fisberg M, Formigoni ML.: « Study on the effectiveness of brief intervention for alcohol and other drug use directed to adolescents in a primary health care unit » ; Rev Assoc Med Bras. 2004 Jul-Sep;50(3):305-13. Epub 2004 Oct 21.

33) Fernández San Martín MI, Bermejo Caja CJ, Alonso Pérez M, Herreros Taberneros, B, Nieto Candenias M, Novoa A, Marcelo MT.: « Effectiveness of brief medical counseling to reduce drinkers' alcohol consumption » ; Aten Primaria. 1997 Feb 28;19(3):127-32.

34) Alison A. Moore, Fred C. Blow, Marc Hoffing, Sandra Welgreen, James W. Davis, Jr., James C. Lin, Karina D. Ramirez, Diana H. Liao, Linggi Tang, Robert Gould, Monica Gill, Oriana Chen, Kristen L. Barry: « Primary Care Based Intervention to Reduce At-Risk Drinking in Older Adults: A Randomized Controlled Trial » ; Addiction, 2011, January, 106(1) : 111-120.

Note :

L'étude interventionnelle sans apport pour notre recherche:

Larsson S, Hanson BS.: « To prevent alcohol problems in Europe by community actions--various national and regional contexts » ; Subst. Use Misuse. 2000 Jan;35(1-2):11-30.

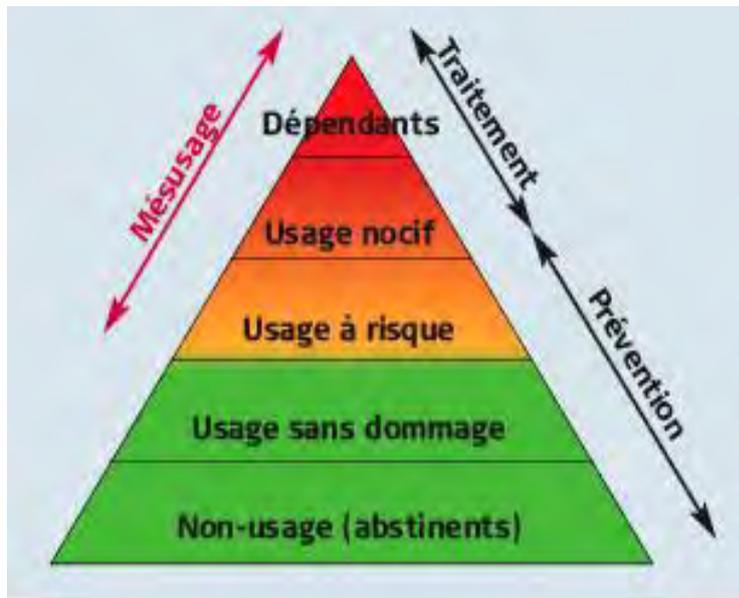
Annexe A. Taux de décès par cause chez les hommes actifs.

Taux de décès par cause (hommes actifs, 25-54 ans) - 1987-1993 et 1979-1985*

	OUVRIERS - EMPLOYÉS			CADRES SUPÉRIEURS PROFESSIONS LIBÉRALES			SURMORTALITÉ OUVRIERS EMPLOYÉS	
	1987-1993 (a)	1979-1985 (b)	variation (a)/(b)** %	1987-1993 (c)	1979-1985 (d)	variation (a)/(d)** %	1987-1993 (a/c)	1979-1985 (b/d)
▶ Tumeurs	119,2	120,4	-1	35,1	44,6	-21	3,4	2,7
poumon	30,8	26,1	18	8,9	9,4	-6	3,5	2,8
voies aérodigestives supérieures ***	32,3	39,0	-17	3,0	4,3	-30	10,8	9,1
intestin	5,4	5,6	-4	2,4	3,5	-33	2,3	1,6
estomac	3,8	4,7	-20	1,2	1,6	-24	3,1	3,0
pancréas	3,7	3,4	9	1,7	2,2	-25	2,2	1,5
encéphale	3,3	2,8	18	2,3	2,3	0	1,4	1,2
autres	39,9	38,7	3	15,7	21,2	-26	2,5	1,8
▶ Causes cardiovasculaires	52,4	64,7	-19	18,4	31,0	-41	2,8	2,1
infarctus	23,8	28,9	-18	9,7	16,9	-43	2,5	1,7
accident vasculaire cérébral	10,5	14,1	-26	3,0	5,4	-44	3,5	2,6
autres	18,1	21,6	-16	5,7	8,7	-34	3,2	2,5
▶ Morts violentes	104,7	114,1	-8	37,6	49,2	-24	2,8	2,3
suicides	39,2	37,5	*5	13,7	16,1	-14	2,9	2,3
accidents de la circulation	31,2	34,9	-11	11,3	15,6	-27	2,8	2,3
autres accidents	25,7	33,1	-22	9,7	14,2	-32	2,7	2,3
autres	8,6	8,7	-1	2,7	3,4	-20	3,1	2,5
▶ Cirrhoses et psychoses alcooliques	25,0	36,4	-31	2,5	3,6	-31	10,0	10,0
▶ Respiratoire	7,2	8,8	-19	1,6	1,9	-17	4,5	4,5
▶ Sida	14,9	0,3	5 812	16,6	0,6	2 500	0,9	0,4
▶ Diabète	1,7	1,8	-4	0,3	0,6	-48	5,8	3,2
▶ Causes inconnues	15,4	17,6	-12	7,9	9,7	-18	1,9	1,8
▶ Autres causes	25,3	30,5	-17	7,2	10,5	-31	3,5	2,9
Ensemble	365,9	394,5	-7	127,3	151,7	-16	2,9	2,6

Source : CépiDc-Inserm ; * taux standardisés par âge (taux comparatifs) ; ** (a - b) x 100/b ; *** et cesophage

ANNEXE B – Pyramide de Skinner.



La pyramide de Skinner est un outil pratique pour évaluer le niveau de risques :

niveau 0 : abstinence stricte

niveau 1 : usage sans dommage ;

3 verres /j pour un homme, 2 verres /j pour une femme (recommandations OMS);

niveau 2 : usage à risque ;

> 3 verres /j pour un homme, > 2 verres /j pour une femme et aucun dommage ;

niveau 3 : usage nocif sans dépendance ;

dommages (gamma-GT plus ou moins élevées, insomnie, irritabilité, fatigue, HTA, difficultés dans les relations professionnelles ou familiales), mais pas de dépendance.

niveau 4 : usagers nocifs avec dépendance ; ces patients présentent souvent des désordres biologiques ou d'autres problèmes depuis cinq à dix ans et ont également développé une véritable dépendance, parfois physique, avec un syndrome de sevrage en l'absence d'alcool, mais surtout psychique.

(Pyramide de Skinner adaptée par Batel&Michaud, Source : Dr Marc Kreuter/Philippe Batel, Dossier L'Alcoolisme, Le généraliste no.2358)

ANNEXE C – Modes de consommations d'alcool définis par la Société Française d'Alcoologie.

L'escalade dans les différentes consommations d'alcool peut être représentée par la pyramide de Skinner.

Le non-usage (non consommateur) :

Il peut être primaire ou secondaire après une période de mésusage, on parle alors d'abstinence.

L'usage (consommateur modéré) :

Sa consommation reste inférieure aux seuils OMS, c'est-à-dire :

- Jamais plus de 4 verres par occasion (usage ponctuel)
- moins de 21 verres par semaine soit 3 verres par jour pour un homme (usage régulier)
- moins de 14 verres par semaine soit 2 verres par jour pour une femme (usage régulier).

En alcoologie, on parle de verre standard ou Unité Internationale d'Alcool (UIA), qui équivaut à 10 grammes d'alcool pur.

L'OMS recommande au moins un jour d'abstinence par semaine.

Les seuils peuvent être abaissés en cas de situations à risque (postes de travail, conduite automobile ou d'engins) ou de risque individuel (association avec d'autres produits, pathologies associées, grossesse).

Le mésusage :

Il s'agit d'une conduite d'alcoolisation avec existence d'un ou plusieurs risques potentiels ou la survenue de dommages induits (y compris l'alcoolodépendance).

On distingue :

- L'usage à risque (consommateur à risque) :

La consommation est supérieure aux seuils OMS mais sans dommage médical, psychique ou social ; ou la consommation se fait dans une situation à risque ou en cas de risque individuel.

- L'usage nocif (consommateur à problèmes) :

C'est une conduite d'alcoolisation avec existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool (quelque soit le niveau et la fréquence de la consommation) et absence d'alcoolodépendance.

- L'usage avec dépendance (consommateur dépendant ou alcoolodépendant) :

On le définit comme une perte de la maîtrise de la consommation (critères DSM-IV).

A part : l'ivresse :

C'est une alcoolisation aiguë pouvant être associée à n'importe quelle catégorie d'usage ou mésusage.

ANNEXE D - Autre définition des différents modes de consommation d'alcool, selon l'IRDES.

	Volumétrie hebdomadaire en nombre de verres standards*	et	Consommation de 6 verres ou plus en une occasion	Profil de consommateurs	Pourcentage de personnes concernées
Hommes	0 verre		Jamais	Non-consommateurs	17
Femmes	0 verre				35
Hommes	≤ 21 verres		Jamais	Consommateurs sans risque	40
Femmes	≤ 14 verres				52
Hommes	≤ 21 verres		≤ 1 fois / mois	Consommateurs à risque ponctuel	31
Femmes	≤ 14 verres				11
Hommes	≥ 22 verres		≥ 1 fois / semaine	Consommateurs à risque chronique	13
Femmes	≥ 15 verres				2

* Un verre standard contient environ 10 grammes d'alcool

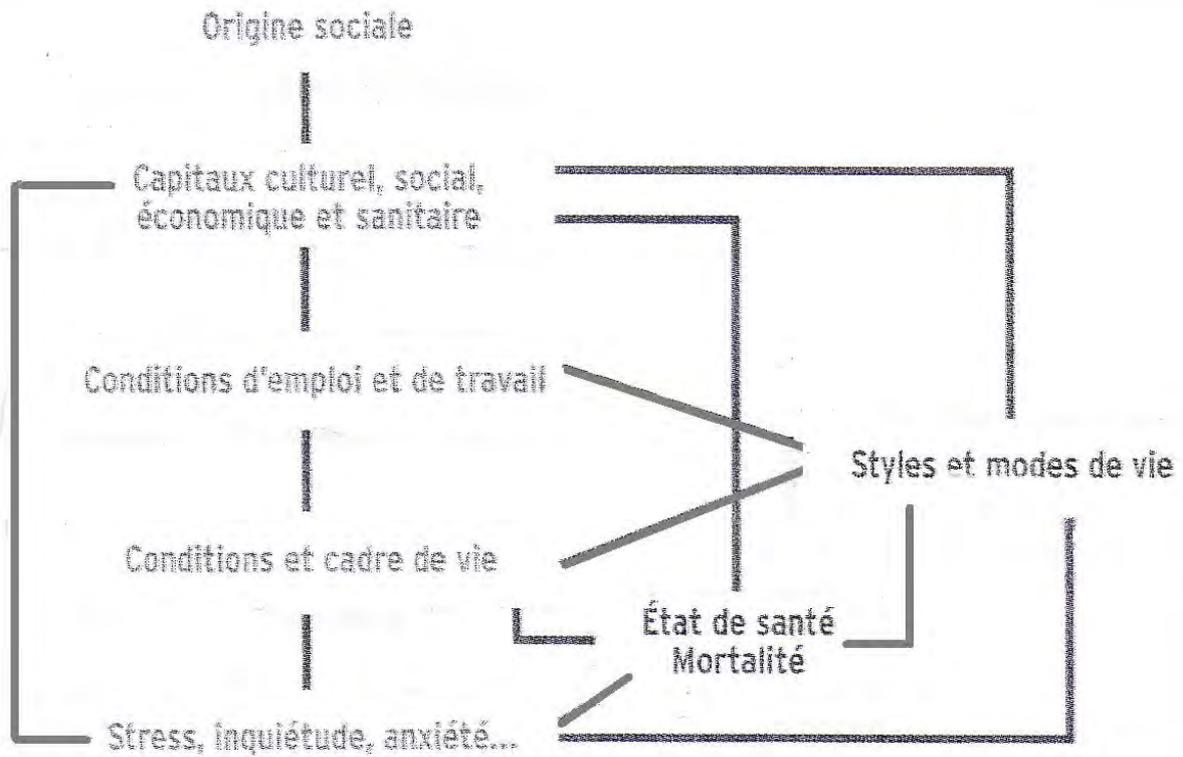
Source : IRDES - Données : ESPS 2002

Champ : enquêtés de 16 ans ou plus ayant répondu aux questions sur l'alcool.

Guide de lecture : Les hommes qui boivent en moyenne 22 verres d'alcool ou plus par semaine, ou ceux qui consomment, au moins une fois par semaine, 6 verres ou plus en une même occasion, sont des consommateurs à risque d'alcoolisation excessive chronique. Ils représentent 13% de la population masculine.

Annexe E.

Figure 1. Production et reproduction des inégalités sociales de santé et de mortalité.



Annexe E.

Figure 2. Facteurs socio-économiques associés aux différents profils d'alcoolisation.

	Hommes			Femmes		
	Probabilité d'être :					
	Non-consommateur versus Consommateur	Consommateur à risque versus Consommateur sans risque	Consommateur à risque chronique versus Consommateur à risque ponctuel	Non-consommatrice versus Consommatrice	Consommatrice à risque versus Consommatrice sans risque	Consommatrice à risque chronique versus Consommatrice à risque ponctuel
Âge	<i>Odds-ratio</i>	<i>Odds-ratio</i>	<i>Odds-ratio</i>	<i>Odds-ratio</i>	<i>Odds-ratio</i>	<i>Odds-ratio</i>
16-24 ans	2,9****	0,8	0,8	2,5****	1,1	0,7*
25-34 ans	1,8****	1,1	0,7**	1,7****	1,0	0,3***
35-44 ans	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
45-54 ans	0,8	0,7****	1,6***	0,8**	0,7***	2,0**
55-64 ans	1,2	0,5****	2,6****	0,7***	0,5****	2,5**
65 ans et plus	1,8*	0,2****	4,5****	1,1	0,2****	1,8
Contexte familial						
Personne vivant seule	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Couple avec enfant(s)	1,2	0,5****	0,7	1,3**	0,2****	1,0
Couple sans enfant	0,6***	0,7***	0,9	0,9	0,3****	1,6
Famille monoparentale	0,8	0,5**	0,5	1,0	0,7	0,6
Autres	1,4	0,4****	1,0	1,5**	0,3****	2,6
Aucun membre du ménage ne présente de risque d'alcoolisation excessive	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Au moins un membre du ménage (autre que l'interrogé) a un usage à risque	0,4****	4,6****	1,2*	0,5****	6,5****	0,9
Niveau d'éducation						
Primaire, jamais scolarisé	1,2	1,0	1,0	1,8****	1,0	1,0
1^{er} cycle	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
2 nd cycle	1,1	0,9	0,8	0,8**	1,0	0,9
Supérieur	0,6****	1,0	0,8*	0,5****	1,1	1,0
Occupation						
Actifs occupés	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Chômeurs	2,2****	1,0	1,0	1,2	1,3	1,7
Retraités	1,1	1,2	0,9	1,3	1,0	1,7
Étudiants	4,5****	0,5***	1,4	1,6***	1,2	0,8
Autres inactifs	2,6****	0,8	1,3	1,5****	1,1	0,6
Catégorie professionnelle						
Agriculteurs	1,0	1,6**	1,1	1,7***	0,6	1,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1,4	1,4*	1,8**	1,2	1,4	1,7
Cadres et prof. intellectuelles supérieures	0,6**	1,5***	1,0	0,9	1,5**	1,3
Employés	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Professions intermédiaires	0,9	1,2	1,5*	0,8*	1,1	1,3
Ouvriers	1,3	1,5***	1,1	1,4****	1,0	0,8
Revenu mensuel net du ménage						
Moins de 990 €	1,2	1,1	1,8***	1,0	0,9	2,0
De 990 à 2 500 €	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
De 2 500 à 4 600 €	0,8**	1,1	1,0	0,9	0,8	1,5
Plus de 4600 €	0,6***	0,9	0,8	0,8***	1,1	0,7
Contexte géographique						
Bassin Parisien	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Ile-de-France	2,1****	1,0	1,4	1,2	1,1	1,2
Nord	1,5**	1,7****	1,2	1,0	1,6**	1,6
Est	1,5**	1,2	1,3	1,1	0,9	1,0
Ouest	1,0	1,4***	1,5**	0,8**	0,9	1,9
Sud-Ouest	1,1	1,2*	2,0****	1,0	1,1	2,8**
Centre-Est	1,5**	1,2	1,4	1,2*	1,3	1,8
Méditerranée	1,5**	1,2	1,9***	1,4***	1,2	1,4
Communes rurales	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Moins de 20 000 habitants	1,0	0,8**	1,0	1,0	1,1	1,3
Entre 20 000 et 100 000 habitants	2,1****	0,7****	0,9	1,3**	1,0	1,3
Plus de 100 000 habitants	1,6****	0,8***	1,1	1,1	0,9	1,3

Champ : enquêtés de 16 ans ou plus qui ont répondu aux questions portant sur la consommation d'alcool

Source : IRDES - Données : ESPS 2002

Définition de l'odds-ratio. L'odds-ratio est une mesure du degré d'association entre deux variables.

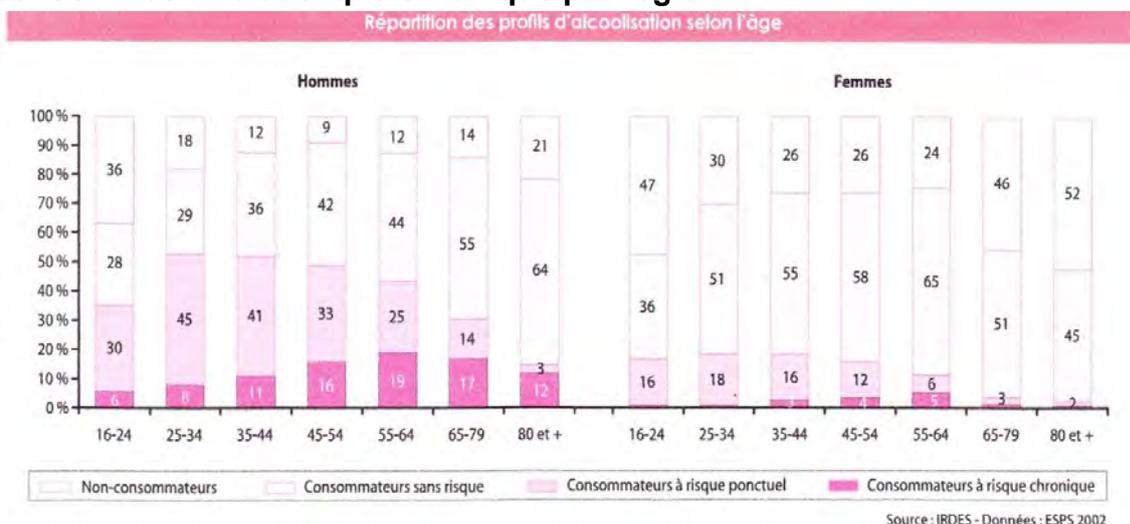
La valeur 2,9 obtenue pour la catégorie des hommes âgés de 16 à 24 ans se lit de la façon suivante. Pour ces hommes, la probabilité d'être non-consommateur (Pnc) rapportée à celle d'être consommateur (Pc) est 2,9 fois plus élevée que pour la classe des 35-44 ans (catégorie de référence) : $[P_{nc} / P_c]_{16-24 \text{ ans}} = 2,9 * [P_{nc} / P_c]_{35-44 \text{ ans}}$. Par exemple, si pour un homme de 35 à 44 ans, la probabilité d'être non-consommateur d'alcool est de 0,1, alors cette même probabilité pour un homme de 16 à 24 ans est égale à 0,32 ($= 2,9 * 0,1 / 0,9$), toutes choses égales par ailleurs.

Le coefficient multiplicatif 2,9 est significativement différent de 1 au seuil de 0,1%.

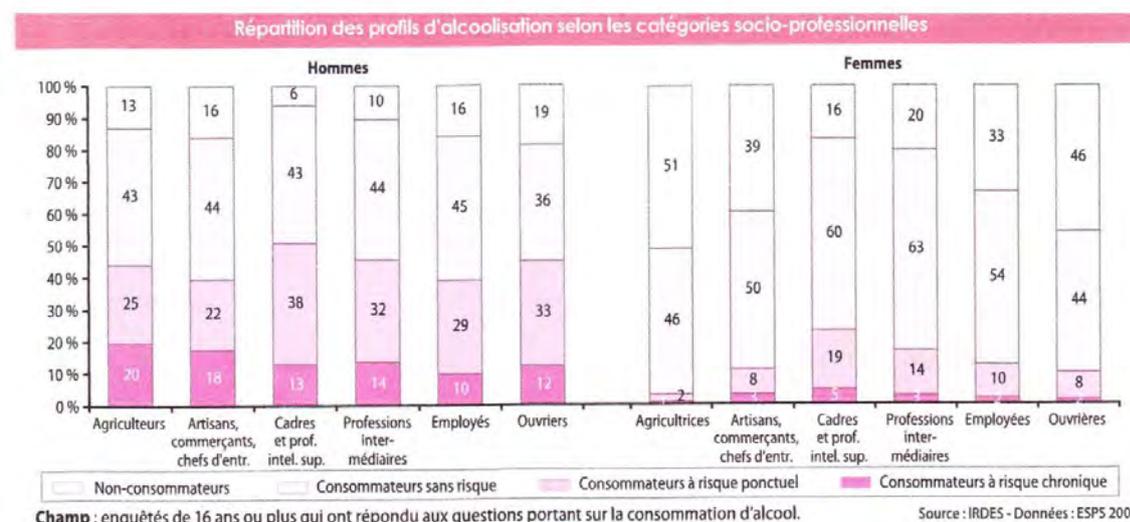
Niveau de significativité : * 10 %, ** 5 %, *** 1 %, **** 0,1 %.

Annexe E.

Figure 3. Répartition des profils d'alcoolisation et mortalité liée à la consommation alcoolique chronique par région.



Guide de lecture : 30% des hommes et 16% des femmes âgés de 16 à 24 ans présentent une consommation d'alcool à risque ponctuel.



Confrontation avec les données de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique par région

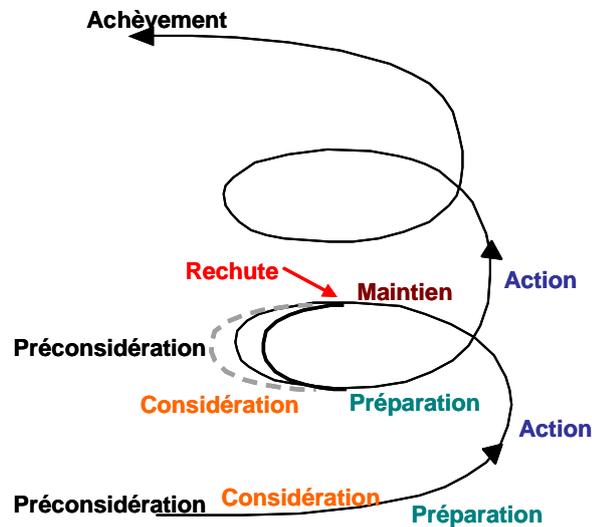
Taux standardisés de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique*			
Hommes		Femmes	
Régions	Taux	Régions	Taux
Nord	108,9	Nord	31,8
Bassin parisien	73,4	Bassin parisien	15,3
Ouest	71,1	Ile-de-France	14,0
Est	63,2	Ouest	13,8
Ile-de-France	53,0	Est	12,4
Centre-Est	50,6	Méditerranée	10,3
Sud-Ouest	45,2	Sud-Ouest	9,7
Méditerranée	44,3	Centre-Est	8,8

* Taux standardisés par âge pour 100 000 habitants en 2000

Source : CépiDC - Inserm

ANNEXE F - Schéma de Prochaska

L'analyse du schéma de Prochaska présenté ci-dessous, peut aider le fumeur à reconstituer son histoire.



Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance
(d'après J.O. Prochaska et al, *Am. Psychol.*1992,**47**:1102-1114).

Le stade de **préconsidération** correspond aux sujets qui n'ont aucune intention de changer leur comportement et ne sont pas, globalement, conscients de leurs problèmes.

Le stade de **considération** correspond à des sujets qui sont conscients de l'existence d'un problème et qui pensent sérieusement à le régler mais qui n'ont pas encore décidé d'agir.

Le stade de **préparation** correspond aux sujets qui envisagent une action dans les prochains mois et ont tenté une action sans réussite dans l'année passée. Ils se préparent à l'action par quelques tests de modification de leur comportement.

Le stade **d'action** correspond aux individus qui modifient leur comportement avec réussite face à la dépendance sur une période de 1 jour à 6 mois.

La phase de **maintenance** correspond aux sujets qui s'efforcent de prévenir une rechute et ainsi de consolider les progrès effectués pendant la phase d'action ; pour certains, cette phase dure toute la vie et correspond alors à la phase **d'achèvement**.

Ce modèle en spirale prend en compte le fait que la rechute est la règle plutôt que l'exception dans l'approche des dépendances et en particulier de celle à la nicotine. Lors d'une rechute, le patient repasse par la phase de préparation ou celle de considération et exceptionnellement par celle de préconsidération. Au fur et à mesure des tentatives de sevrage, les chances de réussite augmentent.

SOPPELSA

Antoine

Inégalités Sociales de Santé, réduction dans la problématique de la consommation excessive d'alcool en Médecine Générale : Revue Bibliographique

Toulouse le 16 avril 2013

Objectif :

Les inégalités sociales de santé sont un problème de santé publique en France qui ne cesse de s'accroître. Ces inégalités sont les plus marquées en ce qui concerne la problématique de la consommation excessive d'alcool et sa (sur)mortalité associée.

Existe-t-il dans la littérature médicale des essais d'interventions visant à réduire ces inégalités dans cette problématique, applicables en France ?

Matériel et méthode :

L'équation de recherche basée sur des mots clés est posée dans les banques de données PubMed et Sudoc.

La sélection des articles s'est faite sur la lecture des titres et/ou des résumés et/ou des articles complets.

Résultats :

Partant de 534 articles, nous arrivons par sélection à sept études interventionnelles qui ont suscité notre intérêt.

Nous allons nous attacher à les décrire.

Conclusion:

Les interventions visant à réduire la consommation d'alcool sont efficaces.

Des facteurs sociaux étaient pris en compte dans les études.

Cependant, aucune d'entre elles n'étudie une intervention spécifique visant à réduire des inégalités sociales de santé en matière de consommation excessive d'alcool.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés : inégalités sociales de santé, consommation excessive d'alcool, médecine générale, intervention.

Faculté de Médecine Ranguel – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : STILLMUNKES André