

Les conduites de consommation d'alcool dans la clientèle des médecins généralistes en Bretagne

Etude réalisée avec la participation de la Direction
Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et
du Conseil Régional de Bretagne

Docteur Olivier GRIMAUD, Chef de projet
Léna PENNOGNON, Expert-démographe

Février 2002

Version diffusée sur internet, document téléchargé.
© Observatoire Régional de Santé de Bretagne



Adresse postale : CS 14235 - 35042 Rennes cedex
Tel. 02 99 14 24 24 - Télécopie 02 99 14 25 21
E-mail : orsb@orsb.asso.fr

Les conduites de consommation d'alcool dans la clientèle des médecins généralistes en Bretagne

Etude réalisée avec la participation de la Direction
Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et
du Conseil Régional de Bretagne

Docteur Olivier GRIMAUD, Chef de projet

Léna PENNOGNON, Expert-démographe

Février 2002

SOMMAIRE

	Pages
PARTENARIATS ET FINANCEMENT	5
REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION	9
LE DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE	11
REPRÉSENTATIVITÉ DES RÉSULTATS	13
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE EN BRETAGNE	15
Les médecins participants et l'activité au cours de l'enquête	15
Les patients vus pendant l'enquête	16
Les motifs de recours aux soins	18
La consommation de tabac	20
Modes de consommation et dépendance à l'alcool	22
Consommation d'alcool déclarée	22
Difficultés avec l'alcool : Dépistage par le questionnaire DETA	24
Difficultés avec l'alcool : L'appréciation des médecins	26
Conduites d'alcoolisation	27
Dépendance vis-à-vis de l'alcool	29
Confrontation des perceptions malades - médecins	31
Association alcool - tabac	32
Associations avec les caractéristiques sociales des patients	33
COMPARAISON BRETAGNE AUTRES RÉGIONS DE FRANCE	37

	Pages
DISCUSSION COMMENTAIRES	39
Les principaux résultats	39
Les limites	40
Comparaison avec d'autres enquêtes	41
Implications en terme de prévention	41
<hr/>	
CONCLUSION	43
<hr/>	
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
<hr/>	
ANNEXES	47
Annexe 1 : Des repères pour une consommation modérée (CFES, CNAMTS, ANPA)	49
Annexe 2 : Membres du groupe projet national	53
Annexe 3 : Questionnaire	57



Partenariats et Financement

Cette étude a été initiée à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Direction des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DREES).

Une équipe projet a été mise en place par la DREES regroupant des représentants de la DREES, de la DGS, des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML), des Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) ainsi que des experts alcoologues. Cette équipe a défini les modalités d'échantillonnage de médecins généralistes et a conçu le questionnaire.

L'enquête réalisée auprès des médecins généralistes libéraux a été coordonnée par les observatoires régionaux de santé dans chacune des régions de métropole et d'Outre-Mer.

Le travail des ORS a été financé sur une partie de la subvention de l'Etat conventionnée avec les DRASS. Les médecins libéraux participant à l'enquête ont reçu une rétribution financée par la DREES et l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT).



Remerciements

De nombreux acteurs ont déployé beaucoup d'efforts pour faire en sorte que cette enquête génère une information valide et utile. L'équipe de l'ORS Bretagne aimerait adresser des remerciements :

- en premier lieu, aux médecins généralistes qui ont accepté de se plier à la discipline du recueil d'information ;
- en second lieu au " groupe projet national " , dirigé par le Docteur Hervé Villet, Directeur de l'ORS Haute-Normandie, qui a assuré du début jusqu'à la fin, l'encadrement méthodologique de l'enquête ;
- enfin, à un groupe de professionnels régionaux pour le temps qu'ils ont consacré à relire et commenter une première version de ce rapport.



Introduction

Le poids de l'alcool en France et en Bretagne

La France continue de payer un lourd tribut, en termes de pertes de vie et de santé, à l'alcool. Certes, la consommation poursuit une nette diminution, puisque la quantité d'alcool pur vendue par habitant est passée de 17,7 à 10,8 litres entre 1960 et 1998 (réf. 1). Malgré cela, les Français restent parmi les plus grands consommateurs au monde, et les conséquences en terme de mortalité sont édifiantes. Selon l'analyse publiée dans l'expertise collective de l'INSERM, 23000 décès, soit 4,3 % de ceux enregistrés en France en 1998, sont directement liés à la consommation chronique d'alcool (réf. 2). La mortalité est environ 5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais dans les deux sexes, elle intervient à des âges précoces, soulignant l'importance de son impact en terme de mortalité prématurée : dans la tranche d'âge des 35-64 ans, l'alcoolisme chronique était responsable d'environ un décès sur cinq chez les hommes et d'un sur dix chez les femmes en 1998. Ces informations concernent les causes considérées comme directement liées à la consommation chronique d'alcool. Lorsque l'on tient compte des causes de décès pour lesquels l'alcool est un facteur déterminant ou aggravant (ex morts violentes), on estime qu'il est responsable en France d'un décès sur onze, soit environ 45 000 décès par an (réf. 3). L'impact de l'alcool prendrait sans doute une autre dimension encore, si l'on prenait en compte les conséquences sociales comme l'inefficacité et l'absentéisme professionnels, la violence, la maltraitance, les conflits familiaux...

Avec les régions du Nord Ouest de la France, la Bretagne se distingue par une mortalité associée à l'alcool plus élevée que la moyenne française. Pour la période 1982-1986 le risque de décès lié à l'alcool dépassait de plus de 20 % la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes (réf. 2). Un constat similaire s'impose pour la période 1992-1996.

Il n'est donc pas surprenant que l'Alcool soit l'une des huit priorités régionales choisies par la conférence régionale de santé en 1996. Depuis 1998, ce choix s'est traduit par la mise en place d'une programmation régionale spécifique " Alcool " élargie en 2001 aux conduites addictives.

Pourquoi une enquête auprès des médecins généralistes ?

Les conséquences sur la santé de l'alcoolisme peuvent être indirectement surveillées par le biais des données de mortalité. Cependant ces informations sont de peu d'utilité quand il s'agit de mesurer l'étendue du problème " à la source ", c'est-à-dire en termes de comportements de consommation d'alcool. Ceux-ci sont complexes car ils varient dans le temps, en fonction de multiples caractéristiques sociales, et ils peuvent évoluer différemment d'une génération à l'autre. Certaines sources d'informations nationales existent telle que le Baromètre Santé conduit par le Comité Français d'Education pour la Santé. C'est un outil précieux auquel plusieurs références sont faites plus loin dans ce rapport. Il permet, grâce à une enquête téléphonique périodique, de suivre l'évolution de nombreux comportements relatifs à la santé. La taille de l'échantillon de personnes interrogées limite par contre les possibilités de comparaisons interrégionales.

Une autre façon d'appréhender les comportements et la morbidité liés à l'alcool est d'impliquer les professionnels de santé au contact des patients. C'est précisément la stratégie choisie pour cette enquête auprès de la clientèle des médecins généralistes. La couverture quasi universelle de la population par les médecins généralistes libéraux, leurs connaissances des réalités sociales rencontrées par les patients, leur capacité à recueillir des informations de qualité, représentent de bonnes garanties de succès.

L'objectif de l'enquête est d'identifier le comportement de consommation d'alcool parmi les personnes qui consultent ou reçoivent la visite de leur médecin généraliste et d'évaluer les conséquences de ces comportements sur la santé des patients. Un point fort de cette enquête est qu'elle fut menée de façon homogène dans les 22 régions de France et les 4 départements d'Outre-Mer. Elle offre ainsi la possibilité de comparer les résultats régionaux.



Le déroulement de l'enquête

Au total, dans les 26 régions de France, un échantillon d'environ 1300 médecins généralistes libéraux tirés au sort a recueilli des informations auprès de quelques 50 000 patients.

En pratique, les médecins ont rempli un questionnaire pour chaque patient âgé d'au moins 16 ans, vu en consultation ou en visite, pendant deux journées du mois d'octobre 2000. Le questionnaire concernait la situation sociale et médicale des patients, et des questions, dont certaines posées de vive voix par le médecin au patient, abordaient spécifiquement la consommation d'alcool. Il fut l'objet d'un long travail d'élaboration effectué par un groupe de travail national dont la constitution est présentée en annexe.

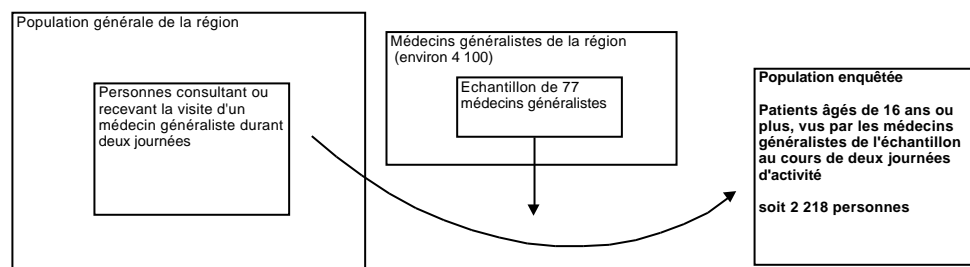
Dans chaque région, l'ORS a eu la charge de recruter les médecins, de coordonner le recueil d'informations, et de saisir celles-ci sur une base de données informatique dont la constitution avait reçu l'avis favorable de La Commission Nationale Informatique et Liberté. En utilisant les données de toutes les régions, le groupe de travail national a ensuite procédé à leur harmonisation et a défini des opérations d'exploitation standardisées.



Représentativité des résultats

Il faut se garder de considérer les résultats de l'enquête comme pertinents pour la population générale. En effet, la population ciblée par cette enquête n'est pas la population générale mais celle qui, au cours de deux journées du mois d'octobre 2000, a consulté un échantillon de médecins généralistes tirés au sort (voir figure 1). Il va de soi que les personnes ayant recours à un médecin ne sont pas directement représentatives de la population générale. Des caractéristiques telles que l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle, le niveau de revenu, et sans doute d'autres facteurs influencent le comportement de recours aux soins. Surtout, le recours au médecin généraliste est souvent motivé par l'existence d'un symptôme ou d'une pathologie, lesquels sont plus fréquents chez les personnes présentant une dépendance par exemple à l'alcool ou au tabac.

Figure 1 : Echantillonnage de l'enquête Alcool



Le tirage au sort des médecins et l'harmonisation des données garantissent une bonne représentativité des résultats. En pratique grâce à la méthode d'échantillonnage utilisée, la répartition selon le sexe, la tranche d'unité urbaine, et l'année d'installation des médecins invités à participer est conforme à celle observée chez l'ensemble des médecins généralistes libéraux de la région. Qui plus est, l'harmonisation des données a permis d'éliminer l'effet des variations de taux de réponses. En bref, cette enquête est en mesure de donner un bon reflet de la situation régionale relative à la population en contact avec les médecins généralistes, et, pour cette population, elle permet d'effectuer des comparaisons inter-régionales.

L'harmonisation des données mentionnée ci-dessus repose sur l'application d'un " coefficient de redressement " , dont l'effet est de donner un " poids " plus important à certains patients au cours des analyses. En raison de cette procédure, les pourcentages (ainsi redressés) ne correspondent pas exactement à ceux que le lecteur pourrait calculer sur la base des effectifs bruts présentés dans certains tableaux. Les effectifs bruts correspondent aux nombres réels de personnes vues au cours de l'enquête et répondant à certaines caractéristiques (ex : nombre de personnes consommant de l'alcool). Les pourcentages redressés représentent les valeurs de prévalences régionales pour ces caractéristiques (ex : proportion régionale de personnes consommant de l'alcool).



Résultats de l'enquête en Bretagne

Les médecins participants et l'activité au cours de l'enquête

Parmi les 90 médecins généralistes invités à participer à l'enquête, 77 ont pu effectuer le recueil d'information, ce qui correspond à un taux de participation de 86 %. Le tableau 1 montre la répartition des médecins participants en fonction des caractéristiques prises en compte pour la sélection de l'échantillon. La répartition des médecins généralistes libéraux à l'échelle de la région est présentée sur la colonne de droite. L'échantillon des participants est tout à fait représentatif pour le sexe, alors que de légers écarts existent vis-à-vis de l'année d'installation et de la tranche d'unité urbaine. Les différences ne sont toutefois pas significatives, et leurs effets éventuels sont corrigés lorsque les résultats sont exprimés en pourcentages redressés.

Tableau 1 : Médecins généralistes participant à l'enquête

	Médecins participant à l'enquête		Région
	Nombre	%	%
Sexe			
Hommes	59	77%	77%
Femmes	18	23%	23%
Année d'installation			
< 1980	23	30%	27%
1980-89	24	31%	32%
1990-94	13	17%	17%
1995-00	17	22%	23%
Tranche d'unité urbaine			
<10000 habitants	40	52%	54%
10-100000 habitants	16	21%	22%
>100000 habitants	21	27%	23%

Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

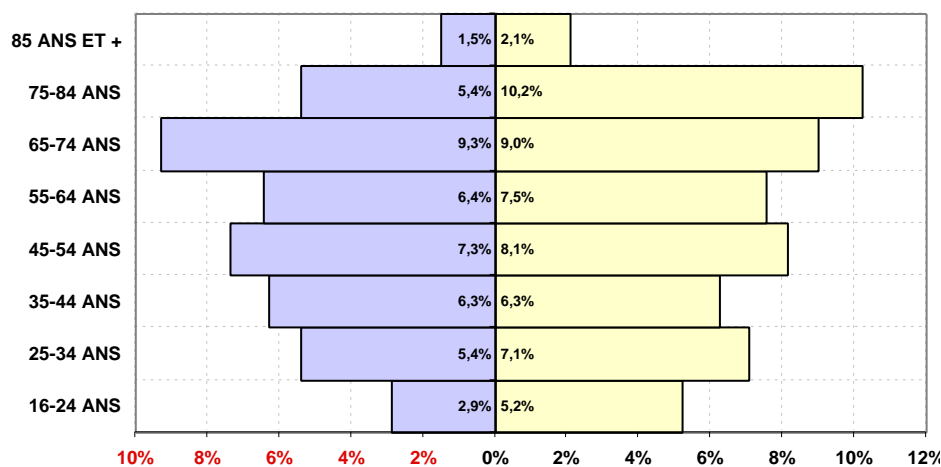
L'activité des participants au moment de l'enquête est résumée dans le tableau 1. En moyenne les médecins ont réalisé 8 actes par demi-journée d'exercice. Notez que ce chiffre ne reflète que l'activité concernant les patients âgés d'au moins 16 ans, qui selon une enquête réalisée auprès des médecins généralistes bretons (enquête URMLB-Icones 1999) représente environ quatre cinquièmes de l'activité totale. On peut en déduire une activité moyenne située aux alentours de 20 actes par jour pour les médecins généralistes participants.

Les patients vus pendant l'enquête

Au total 2218 patients adultes ont été en contact avec les médecins participants durant l'enquête. L'analyse concerne par contre 2154 questionnaires, puisqu'une minorité de patients n'a pu, ou a refusé de répondre aux questions (64 patients, soit 2.9 %).

Les femmes comptent pour 56 % des patients vus pendant l'enquête. La pyramide des âges montre leur prédominance parmi les moins de 35 ans et au-delà de 75 ans. Le recours aux médecins généralistes pour motif de contraception et de grossesse d'une part, puis la plus grande longévité féminine explique en partie ces différences. L'âge moyen de l'ensemble des consultants est de 55 ans sans variation significative selon le sexe.

Graphique 2 : Répartition en % des patients vus selon l'âge et le sexe



Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Le formulaire de recueil contenait des questions détaillées sur la situation sociale des patients dont les réponses sont présentées dans le tableau 2. Certaines variables présentées dans le tableau correspondent à ce que l'on peut appeler des marqueurs de la précarité : personnes bénéficiant du Revenu Minimum d'Insertion (RMI, 2.9 %), sans abri (0.1 %) ou domicile précaire (1.6 %). D'autres variables se réfèrent à l'existence de problème de santé ou d'incapacité : ce sont les consultants bénéficiaires de l'Allocation Adultes Handicapés (AAH, 3.4 %), les personnes en situation d'invalidité ou de longue maladie (14.7 %) et ceux bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD, 27.5 %).

**Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des patients
vus au cours de l'enquête alcool**

Situation par rapport à l'emploi	
Retraité	43,3%
Emploi stable	32,3%
Autre	9,4%
Au foyer	7,4%
Emploi précaire (CDD, intérim, stage)	5,3%
Chômeur	2,3%

Domicile	
Stable	98,3%
Précaire	1,6%
Sans abri	0,1%

Situation familiale	
En couple sans enfant	40,8%
Seul sans enfant	26,8%
En couple avec enfant(s)	20,4%
Avec d'autres membres de sa famille	6,0%
Seul avec enfant(s)	2,6%
En collectivité	1,8%
Autres situations familiales	1,6%

Situations particulières	
RMI	2,9%
AAH	3,4%
CMU	4,0%
Invalidité ou longue maladie	14,7%
ALD	27,5%
Hospitalisation au cours des 12 derniers mois suite à un accident	4,8%
Arrêt de travail au cours des 12 derniers mois	9,8%

Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

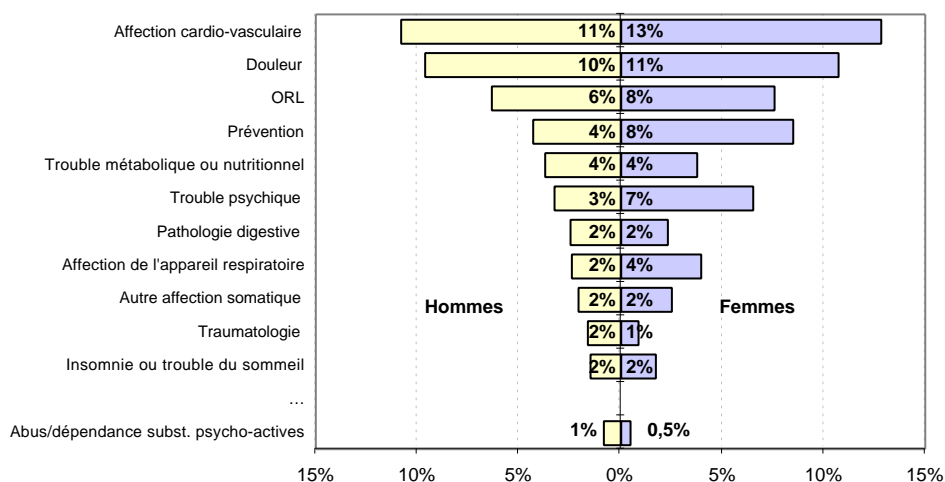
Les motifs de recours aux soins

Les motifs de consultations ou de visites en médecine générale sont multiples et de nature très variée et par conséquent difficiles à résumer. Certaines situations sont nettes comme par exemple l'administration d'un vaccin à une personne en bonne santé. D'autres sont beaucoup plus complexes car elles peuvent inclure la prise en charge d'un phénomène aigu (ex : un épisode de bronchite) en même temps que le suivi d'une maladie chronique (ex : insuffisance cardiaque) et la prise en considération de conséquences sociales (ex : personne âgée isolée).

En pratique, il est difficile de rendre compte de cette complexité dans une enquête. L'option choisie pour l'enquête alcool en médecine générale a consisté à établir une liste de 45 items (ex : hypertension artérielle) regroupés en une vingtaine de chapitres (ex : affection cardio-vasculaire). Cette liste a permis au médecin de cocher d'une part un ou plusieurs motif(s) de consultation, d'autre part un ou plusieurs problèmes de santé associés, c'est-à-dire existant(s) sans être à l'origine de la consultation.

Le graphique 2 présente en ordre décroissant les 10 plus fréquents chapitres de motifs de consultations. Les affections cardio-vasculaires arrivent au premier rang, suivies des consultations pour douleur, des affections ORL (8 fois sur dix infectieuses), et des actes de prévention. Ce dernier groupe inclut les vaccinations, les bilans et certificats médicaux, mais aussi la contraception et la surveillance de grossesse, ce qui explique leur importance plus marquée chez les femmes. Ces quatre chapitres, affections cardiovasculaires, douleur, pathologie ORL et actes de prévention, représentent le motif principal de recours de 71 % des actes réalisés durant l'enquête. Leur répartition est fortement influencée par l'âge des consultants, avec une prédominance des pathologies infectieuses ORL chez les adultes jeunes, cédant le pas aux affections cardiovasculaires qui dominent chez les personnes âgées.

Graphique 2 : Répartition des principaux motifs de recours selon le sexe



Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

L'abus ou la dépendance aux substances psycho-actives ne comptent que pour 1.3 % des motifs de consultation. Plus spécifiquement au sein de cette catégorie, l'abus ou la dépendance à l'alcool constitue le motif de consultation ou de visite pour 11 patients (0.5 %). Si l'on associe les pathologies pour lesquelles l'alcool est un facteur étiologique important (voir tableau ci-dessous), seuls 26 actes ont un motif de recours directement lié à l'alcool. Les mêmes pathologies sont citées dans 50 actes en tant qu'antécédents ou problèmes de santé associés.

Tableau 3 : Fréquence des actes pour lesquels l'alcool est le motif de recours ou un problème associé

	Cité en tant que			
	Motifs de recours		Antécédents ou problèmes associés	
	Nombre	%	Nombre	%
Abus ou dépendance à l'alcool	11	0,5%	39	1,9%
Tumeur maligne ORL	9	0,4%	4	0,2%
Cirrhose hépatique	6	0,2%	10	0,5%
Tumeur maligne de l'œsophage	-	0,0%	-	0,0%
Hépatocarcinome	1	0,1%	2	0,1%
Ensemble*	26	1,1%	50	2,4%

* Inférieur au total de la colonne puisque plusieurs motifs de recours ont pu être indiqué pour un même patient.

Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000
Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Au total, l'abus d'alcool ou une pathologie fortement déterminée par l'abus d'alcool ne concerne que 3.4 % des actes enregistrés durant l'enquête. Bien sûr cette estimation dépend de ce que l'on inclut dans les pathologies associées à l'alcool. Un pourcentage beaucoup plus élevé serait obtenu si l'on prenait en considération les associations moins importantes mais clairement identifiées entre l'alcool et des pathologies aussi fréquentes que l'hypertension artérielle, ou les troubles psychiques (réf 3).

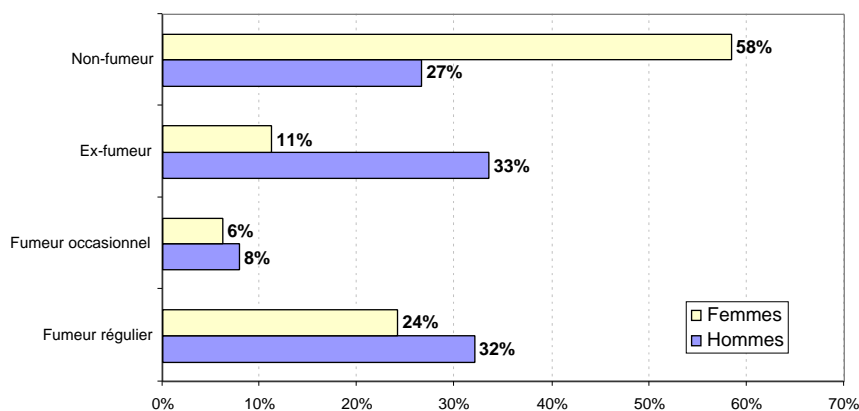
La consommation de tabac

Les réponses aux questions posées textuellement par le médecin permettent de déterminer le " profil tabagique " des patients dont les différentes modalités sont décrites dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 1 : Profil tabagique des patients

" non fumeur " : ne fume jamais et n'a jamais fumé
" ex-fumeur " : ne fume jamais mais a fumé dans le passé
" fumeur occasionnel " : fume une cigarette de temps en temps
" fumeur régulier " : fume régulièrement
" inclassable " : non réponses

Graphique 3 : Répartition des fumeurs et des non fumeurs selon le sexe et l'habitude tabagique



Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

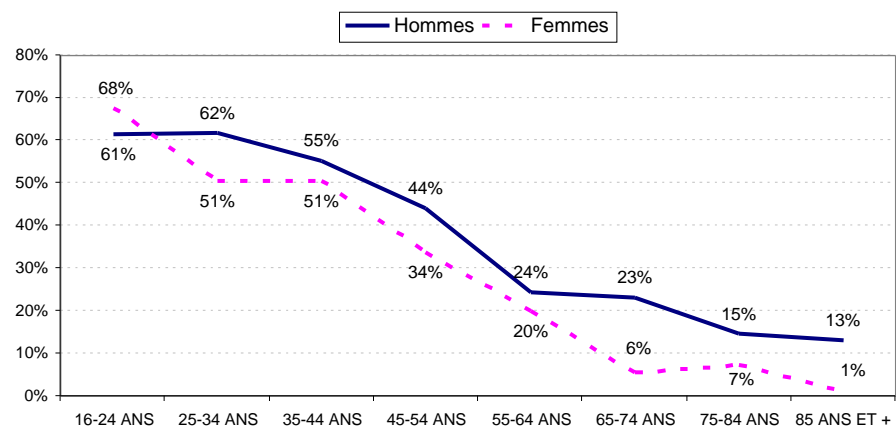
Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Un peu plus d'un patient sur trois (35 %) déclare fumer régulièrement ou de façon occasionnelle. La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les hommes où la proportion de fumeurs réguliers atteint 32 % contre 24 % chez les femmes. Ces dernières présentent pourtant la prévalence de tabagisme occasionnel ou régulier la plus élevée, proche de 70 %, dans la tranche d'âge des 16 à 24 ans. Au-delà, la prévalence du tabagisme masculin l'emporte toujours sur le féminin et les écarts les plus importants concernent les patients âgés de 65 ans et plus. Ceci peut témoigner du retard de l'épidémie de tabagisme chez les femmes.

Les valeurs de prévalence du tabagisme observées dans l'enquête alcool en médecine générale sont supérieures d'environ 10 % à celles identifiées par le Baromètre Santé (réf. 4). Les comparaisons directes sont toutefois délicates puisque le Baromètre Santé concerne un échantillon national, issu de la population générale et interviewé par téléphone. Cependant la prévalence plus élevée des fumeurs parmi les patients ayant recours aux généralistes est sans doute le reflet des effets nocifs de ce comportement. Cette interprétation est cohérente avec le fait que les nombres moyens de cigarettes consommées parmi les fumeurs réguliers vus durant l'enquête alcool (cf. graphique 5) ont tendance à être plus élevés que ceux identifiés lors du Baromètre Santé.

Graphique 4 : Prévalence du tabagisme régulier ou occasionnel selon le sexe et l'âge

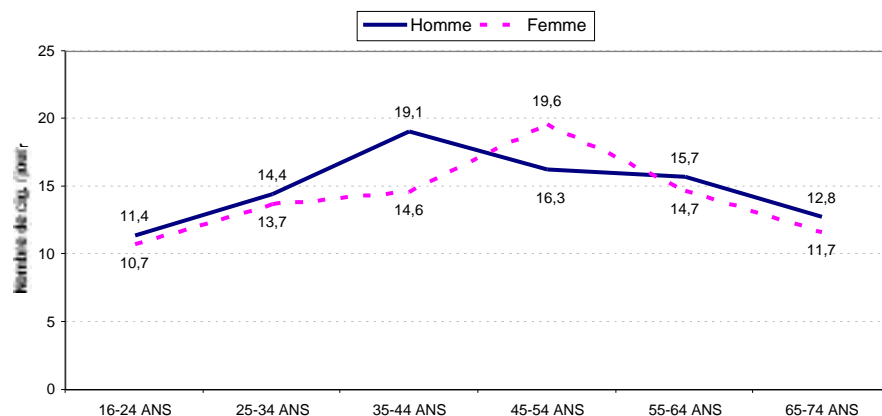


Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Graphique 5 : Nombre moyen de cigarettes consommées par jour chez les fumeurs réguliers selon l'âge et le sexe



Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Modes de consommation et dépendance à l'alcool

Il en va de l'alcool comme de l'ensemble de ce qu'il est convenu d'appeler les substances psychoactives, licites ou non, pour lesquelles on distingue trois modes de consommation (réf 5) :

- L'usage : consommation n'entraînant ni complication, ni dommage.
- L'abus ou usage nocif : consommation répétée susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, ou pour son environnement proche ou lointain.
- La dépendance (ou addiction) : l'impossibilité de s'abstenir de consommer (malgré les conséquences négatives que ce comportement entraîne dans la vie privée ou professionnelle). On distingue la dépendance physique de la dépendance psychique.

En pratique, identifier le mode de consommation d'un individu suppose de connaître la quantité et le rythme de consommation. Cette tâche est compliquée par les phénomènes de sous-déclaration et de déni. L'approche utilisée durant l'enquête alcool en médecine générale permet d'identifier le mode de consommation des patients selon trois angles différents : celui de la consommation d'alcool déclarée par les patients, celui de leurs réponses à un questionnaire de dépistage de difficultés avec l'alcool, et celui de l'appréciation même du médecin. Les résultats de ces groupes d'information sont exposés individuellement dans les trois prochaines sections de ce chapitre. Les sections suivantes présentent une tentative de classement des patients en fonction de catégories d'usage et de dépendance qui se rapprochent de celles définies ci-dessus.

■ Consommation d'alcool déclarée

En se référant à la période des douze derniers mois, un patient sur quatre déclare au moment de l'enquête consommer de l'alcool tous les jours. Ce comportement est presque quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (respectivement 41 % et 12 %). En toute logique le rapport est inversé en ce qui concerne l'abstinence qui est déclarée par 8 % des patients contre 23 % des patientes. Les réponses à cette question soulignent à quel point l'exposition à l'alcool est répandue puisque, deux sexes confondus, elle concerne environ 5 patients sur six.

Parmi les buveurs, la moitié des hommes et les trois quart des femmes déclarent que leur consommation ne dépasse pas " un ou deux verres par jour ". Si l'on considère les seuils recommandés par le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) (cf. annexe 1), la proportion, parmi les consommateurs d'alcool, de buveurs excessifs atteint 20 % chez les femmes (> 2 verres / jour) et 16 % chez les hommes (> 4 verres / jour).

**Tableau 4 : Réponses aux questions sur la consommation d'alcool déclarée
(12 derniers mois)**

	Homme	Femme	Ensemble
Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?			
Jamais	8%	23%	16%
Une fois par mois ou moins	10%	27%	20%
Deux à quatre fois par mois	17%	25%	21%
Deux à trois fois par semaine	17%	10%	13%
Quatre à six fois par semaine	6%	3%	4%
Tous les jours	41%	12%	25%
NSP/NR*	1%	1%	1%
Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?			
Un ou deux	51%	76%	64%
Trois ou quatre	30%	16%	23%
Cinq à six	9%	3%	6%
Sept à neuf	4%	1%	3%
Dix ou plus	2%	0%	1%
NSP/NR*	3%	4%	4%
Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres ou davantage au cours d'une même occasion ?			
Jamais	50%	82%	68%
Moins d'une fois par mois	24%	11%	17%
Une fois par mois	14%	2%	7%
Une fois par semaine	6%	1%	3%
Tous les jours ou presque	3%	0%	2%
NSP/NR*	4%	4%	4%

* Ne sait pas / non réponse

Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

■ Difficultés avec l'alcool : dépistage par le questionnaire DETA

Le questionnaire DETA (voir encadré 2) est un outil de dépistage dont le but est d'identifier les individus susceptibles d'avoir des difficultés avec l'alcool. Il est constitué de quatre questions explorant non pas la consommation, mais les perceptions personnelles et celles de l'entourage. Le principe du test consiste à additionner un point pour chaque réponse positive. A noter que les questions du DETA se réfèrent à la vie entière, contrairement à celles concernant la consommation (12 derniers mois). Un total de points supérieur ou égal à deux suggère la possibilité que le patient soit ou ait été exposé à une difficulté avec l'alcool.

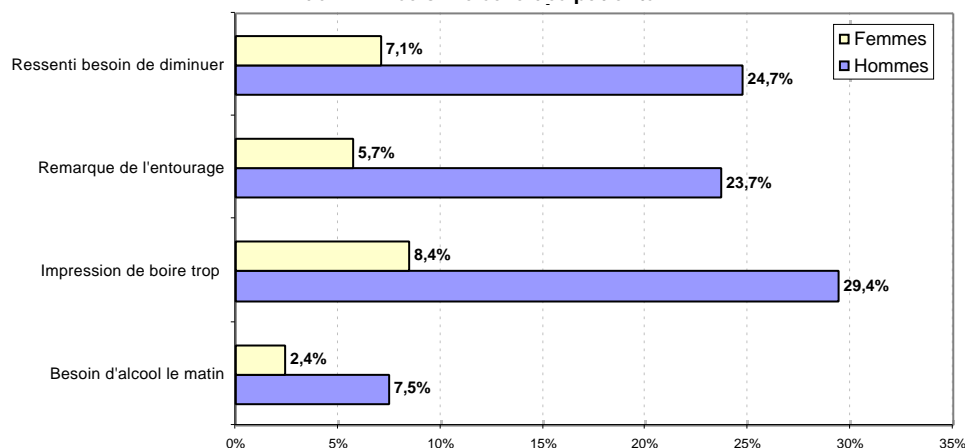
Encadré 2 : Le questionnaire DETA

Au cours de votre vie

- 1) Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation d'alcool ?
- 2) Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
- 3) Avez-vous déjà eu l'impression de boire **T**rop ?
- 4) Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool le matin pour vous sentir en forme ?

Pour l'ensemble des questions du DETA les hommes répondent de façon positive trois à quatre fois plus fréquemment que les femmes. Environ un homme sur quatre répond avoir ressenti le besoin de diminuer sa consommation d'alcool (24.7 %), ou avoir eu des remarques de la part de son entourage (23.7 %). Comparativement, la question concernant le " besoin d'alcool le matin " recueille dans les deux sexes un pourcentage beaucoup plus faible de réponses positives, lesquelles sont sans doute plus directement révélatrices de l'existence d'une difficulté importante, voire d'une dépendance.

Graphique 6 : Pourcentage de réponses positives aux questions du DETA selon le sexe des patients



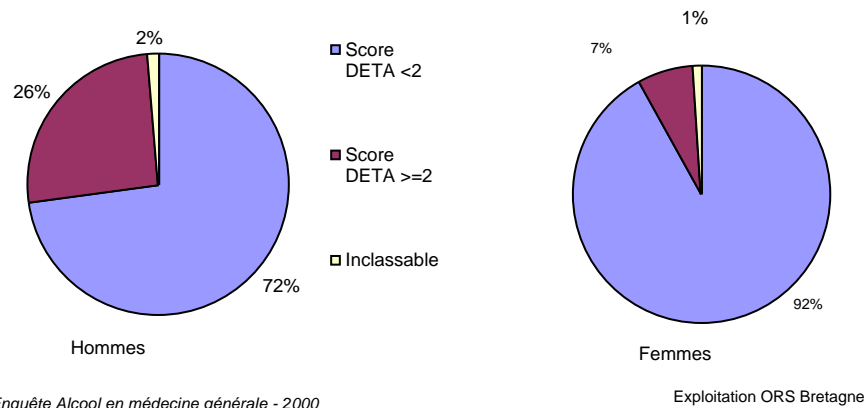
Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

En se basant sur le seuil d'un score supérieur ou égal à deux, ce sont 26 % des hommes contre 6 % des femmes, soit 15 % des patients, que le questionnaire DETA identifie comme potentiellement à risque d'avoir ou d'avoir eu des difficultés avec l'alcool. Ces chiffres surestiment certainement la prévalence des difficultés avec l'alcool. En effet, le principe du DETA, comme celui de tout outil de dépistage, est en quelque sorte d'effectuer " un premier tri " des patients, permettant ensuite de consacrer plus d'attention à ceux dont le résultat est positif.

Graphique 7 : Dépistage de difficultés avec l'alcool, score DETA supérieur ou égal à deux



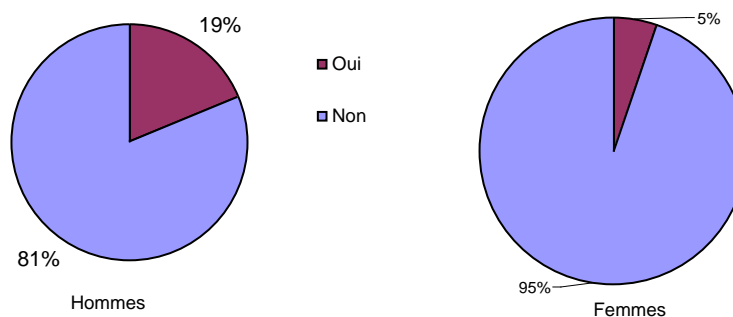
Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Les résultats du test DETA au cours de l'enquête alcool en Bretagne sont plus élevés que ceux trouvés lors du dernier Baromètre Santé. En effet, dans cette enquête, la proportion de personnes " DETA positifs " atteignait 13.3 % chez les hommes et 4.1 % chez les femmes (réf. 6). Les ratios hommes / femmes sont par contre d'ordre de grandeur comparables dans les deux enquêtes.

■ Difficultés avec l'alcool : l'appréciation des médecins

Le médecin généraliste, souvent qualifié de médecin de famille, occupe une position privilégiée pour apprécier la relation que ses patients entretiennent avec l'alcool. Celle-ci peut s'appuyer sur une connaissance intime du patient et de son entourage, l'identification de signes cliniques de dépendance, parfois étayées de résultats d'examens biologiques.

Graphique 8 : Existence d'un problème avec l'alcool selon le médecin généraliste



Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Dans le formulaire de recueil, une question adressée au médecin demandait son opinion quant à l'existence " d'un problème avec l'alcool " chez le patient. Comparée au résultat du test DETA, l'appréciation des médecins indique des proportions de patients en difficulté avec l'alcool moins élevées chez les hommes (19 %), comme chez les femmes (5 %).

Une autre question adressée au médecin s'enquérissait de l'existence de signes physiques de dépendance à l'alcool. Il s'agit des symptômes et signes observés lors du syndrome de sevrage alcoolique, tels que les trémulations, les sueurs, la confusion. Les réponses des médecins suggèrent l'existence de signes physiques de dépendance à l'alcool chez 6 % des patients et 1.7 % des patientes vus pendant l'enquête (soit 3.6 %, deux sexes confondus).

■ Conduites d'alcoolisation

Les réponses aux questions sur la consommation d'alcool ont été utilisées pour classer les patients dans quatre catégories d'usage (voir encadré). Les seuils utilisés pour déterminer les catégories de consommation " nocives " sont proches de ceux utilisés dans les recommandations de consommation modérée émises par le CFES.

Encadré 3 : Classification des conduites d'alcoolisation

- Non-usage : le patient déclare ne jamais boire d'alcool
- Usage non à risque :
 - Le patient déclare ne pas boire tous les jours et ne boit jamais, ou moins d'une fois par mois, 6 verres ou davantage au cours d'une même occasion.
 - Le patient boit tous les jours moins de 5 verres (3 pour les femmes) et ne boit jamais ou moins d'une fois par mois, 6 verres ou davantage au cours d'une même occasion.
- Usage ponctuel à risque :
 - Le patient ne boit pas tous les jours et consomme 6 verres ou davantage au cours d'une même occasion une fois par mois ou plus
 - Le patient boit tous les jours moins de 5 verres (3 pour les femmes) et consomme 6 verres ou davantage au cours d'une même occasion une fois par mois ou plus.
- Usage régulier à risque : Le patient boit tous les jours 5 verres ou plus pour les hommes et 3 verres ou plus chez les femmes
- Inclassable : Les réponses manquantes ne permettent pas de classer le patient.

La proportion de patients abstinents (catégorie non-usage) est égale à 16 % et correspond naturellement à la valeur des patients déclarant ne boire jamais d'alcool (voir section " consommation d'alcool " page 22). Tous âges et sexes confondus, les conduites à risque, usage ponctuel ou régulier, concernent environ 1 patient sur 7 (soit 14 %). En effectif brut, ceci correspond à 305 patients. Les trois quart de ces patients à risque sont des hommes, chez qui l'usage à risque ponctuel est une conduite deux fois plus fréquente que l'usage à risque régulier. On ne retrouve pas cette différence chez les femmes, où les proportions de conduites à risque ponctuelles ou régulières sont comparables (respectivement (2.5 % et 3.1 %).

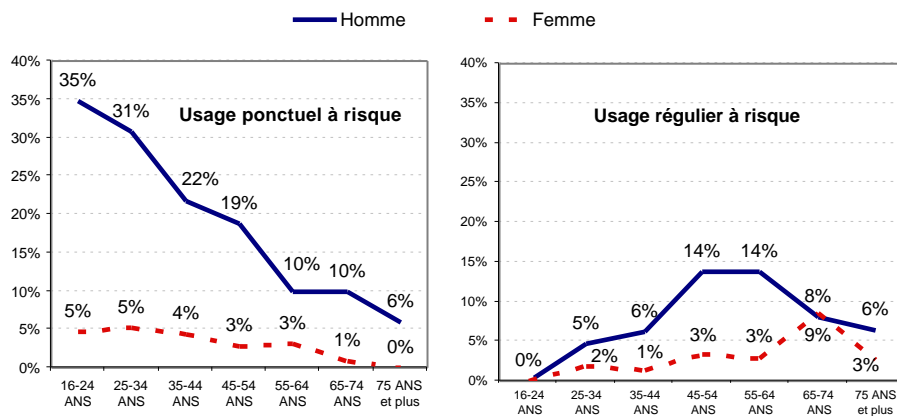
Tableau 5 : Répartition des patients selon les conduites d'alcoolisation déclarées

	Homme		Femme		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Non-usage	74	8,1%	275	22,5%	349	16,1%
Usage non à risque	575	62,8%	816	68,3%	1 391	65,8%
Usage ponctuel à risque	158	16,7%	30	2,5%	188	8,8%
Usage régulier à risque	79	8,4%	38	3,1%	117	5,5%
Inclassable	35	4,0%	53	3,6%	88	3,8%
Total	921	100%	1 212	100%	2 133	100%

Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000
 Exploitation ORS Bretagne
 Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

L'âge influence fortement les conduites d'alcoolisation. Le fait le plus marquant est la proportion élevée d'hommes jeunes classés dans la catégorie usage ponctuel à risque. En effet, elle dépasse 30 % entre 16 et 34 ans, et décroît à un rythme soutenu dans les groupes d'âges supérieurs. Chez les femmes, la tendance évolutive est comparable à celle des hommes, mais les proportions sont en moyenne 6 fois inférieures à celles observées chez les hommes.

Graphique 9 : Conduites d'alcoolisation à risque



Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000
 Exploitation ORS Bretagne
 Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

L'usage à risque régulier suit une évolution croissante, partant d'un niveau nul chez les 16-24 ans, pour culminer à presque 14 % chez les hommes âgés de 45 à 64 ans, et 9 % des femmes dans la tranche d'âge des 65-74 ans. Les fréquences diminuent ensuite dans les deux sexes.

■ Dépendance vis-à-vis de l'alcool

L'alcool et le tabac, comme les drogues illicites, exposent au phénomène de dépendance (cf. définition de la dépendance page 22). Plusieurs critères ont été utilisés pour tenter d'identifier ce phénomène chez les personnes vues au cours de l'enquête (voir encadré ci-dessous).

Encadré 4 : Identification de la dépendance à partir des réponses à l'enquête alcool en médecine générale

Existence d'une au moins des éventualités suivantes :

- Réponse positive à la question " Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? "
- Déclaration d'une consommation quotidienne d'au moins 7 verres d'alcool
- Identification de signes de dépendance physique par le médecin

Tableau 6 : Répartition des patients selon la dépendance à l'alcool

	Homme		Femme		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Dépendance à l'alcool						
Oui	103	11,0%	39	3,1%	142	6,6%
Non	779	84,9%	1 124	93,3%	1 903	89,5%
Inclassable	39	4,1%	49	3,7%	88	3,9%
Total	921	100%	1 212	100%	2 133	100%

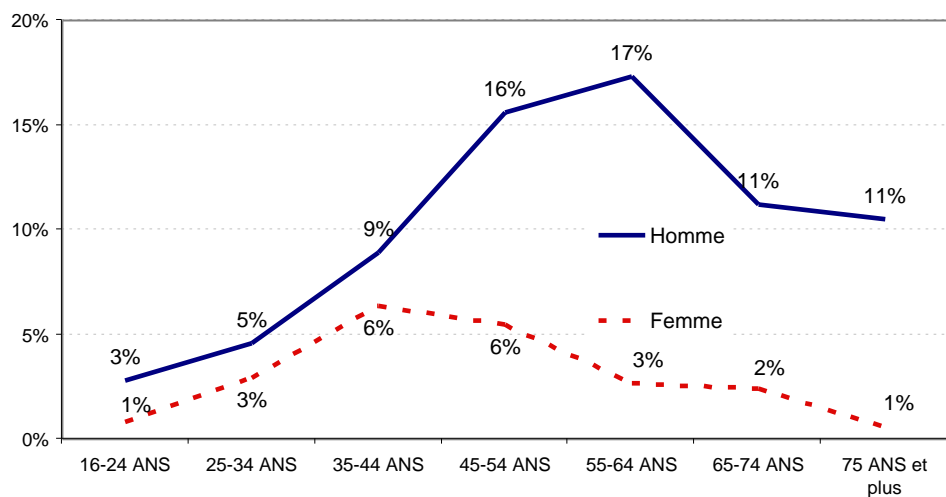
Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Sur la base de ces critères, la dépendance concerne 6.6 % des patients vus au cours de l'enquête, soit 142 personnes en effectif brut. Encore une fois les hommes dominent largement dans ce groupe où ils comptent pour environ trois quart des effectifs. Chez eux la prévalence de la dépendance atteint 11 % tous âges confondus. D'un niveau de 3 % chez les 16-24 ans, elle augmente pour atteindre 17 % dans la tranche d'âge des 55-64 ans, et se maintient ensuite à 11 %. Chez les femmes, la prévalence de la dépendance accompagne en retrait la croissance observée chez les hommes jusqu'à la tranche d'âge des 35-44 ans où elle atteint un maximum de 6.4 %. L'écart entre les deux sexes se creuse ensuite nettement, et à partir des 55-64 ans, la dépendance chez les femmes est inférieure à 3 %.

Graphique 10 : Dépendance à l'alcool selon l'âge et le sexe



Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Exploitation ORS Bretagne

■ Confrontation des perceptions malades - médecins

Le problème de la sous-déclaration de consommation d'alcool est bien connu, et dans le domaine de l'alcoologie, les professionnels sont souvent confrontés au déni (réf. 7). Il est possible d'estimer ces phénomènes à partir des données de l'enquête en croisant les réponses des patients avec l'appréciation des médecins. C'est ce qui est présenté dans le tableau en prenant pour refléter la perception des patients, les résultats du questionnaire DETA.

En l'absence de déni, aucun ou très peu de patients ne devrait avoir un score DETA inférieur à deux (non à risque) et identifié comme ayant des problèmes avec l'alcool selon l'avis de leur médecin.

**Tableau 7 : Existence de difficultés avec l'alcool.
Comparaison des perceptions des patients et des médecins**

		Selon le médecin		Total
		Oui	Non	
Selon le test DETA	Oui	8,5%	6,7%	15,2%
	Non	2,6%	82,2%	84,8%
Total		11,1%	88,9%	100%

Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Selon les résultats de l'enquête, les patients identifiés comme ayant des difficultés avec l'alcool et pour lesquels le score DETA est inférieur à 2, représentent 2,6 % du total des personnes vues pendant l'enquête. En d'autres termes, 55 des 237 patients ayant une difficulté avec l'alcool selon leur médecin, ont donné des réponses au questionnaire DETA qui ne correspondent pas à l'avis de leur médecin.

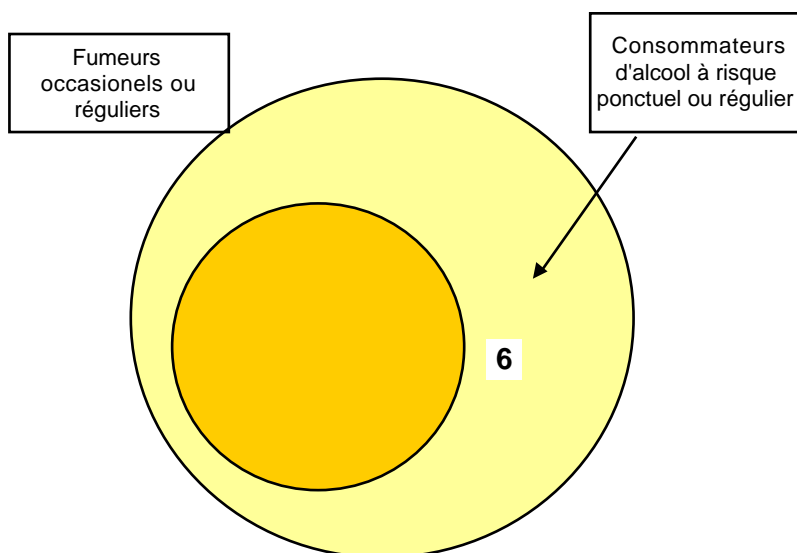
■ Association alcool - tabac

Les consommations d'alcool et de tabac vont souvent de pair. Les fréquences de ces comportements sont telles que les individus à la fois non-fumeurs et abstinents (pas d'alcool dans les 12 derniers mois) ne représentent que 12 % des patients vus au cours de l'enquête.

Si 35 % des patients déclarent fumer régulièrement ou occasionnellement, l'étude de cette fréquence en fonction des conduites d'alcoolisation montre que le tabagisme est environ deux fois plus fréquent chez les patients classés dans une catégorie d'usage de l'alcool à risque (~60 % de fumeurs), comparés à ceux dont la consommation d'alcool est modérée ou nulle (~30 %).

Le graphique 11 représente comment, selon les données de l'enquête, se répartissent 100 patients en fonction d'une part, de leur statut de fumeur et d'autre part de leur classement dans une conduite d'alcoolisation à risque. Au sein du grand cercle censé "contenir" les 100 patients, un premier cercle entoure les 35 fumeurs (26+9) et un second les 15 consommateurs d'alcool à risque (6+9). L'intersection des deux cercles identifie les 9 patients qui déclarent ces deux types de comportements.

Graphique 11 : Répartition de 100 patients en fonction de leurs comportements vis-à-vis du tabac et de l'alcool



Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées

■ Associations avec les caractéristiques sociales des patients

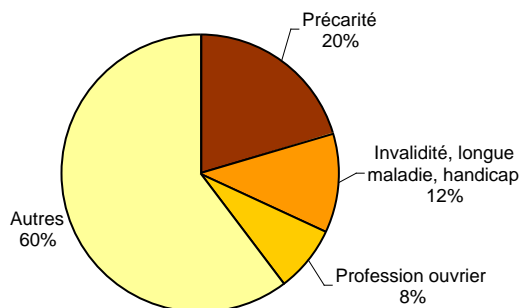
L'âge et le sexe, on l'a vu, sont significativement associés aux conduites d'alcoolisation et à la dépendance. Quel que soit le phénomène considéré, les hommes sont plus souvent concernés que les femmes. L'usage ponctuel à risque est un comportement plus fréquent chez les jeunes, alors que l'usage régulier à risque et la dépendance sont particulièrement prévalents entre 45 et 64 ans.

Le recueil des informations concernant la situation sociale des personnes vues durant l'enquête, permet d'examiner le degré d'association de ces caractéristiques (ex précarité, chômage, professions, invalidité...) avec les conduites d'alcoolisation à risque et la dépendance. En se basant sur une analyse de ces associations, on s'est efforcé d'identifier quelles catégories de patients sont significativement représentées parmi les patients à risque ou dépendants. Pour cette analyse certaines variables reflétant une caractéristique sociale proche ou similaire ont été regroupées. Ainsi les patients bénéficiaires du RMI, de la CMU ou déclarant un domicile précaire, ont été regroupés dans la catégorie " précarité ". De la même façon, les bénéficiaires d'une AAH, et les personnes déclarant une situation d'invalidité ou de longue maladie ont été regroupés dans la catégorie " invalidité et/ou maladie ".

Les principales caractéristiques sociales associées à la dépendance sont par ordre décroissant : la précarité, l'existence d'une invalidité ou d'une longue maladie, puis la profession d'ouvrier. Selon les données de la région Bretagne et après élimination des variations d'âge et de sexe, on peut estimer que la dépendance à l'alcool est environ 5 fois plus fréquente chez les personnes en situation précaire comparées aux personnes " non-précaires ". L'association entre dépendance et invalidité ou profession d'ouvrier est moins marquée, puisque dans les deux cas sa fréquence est multipliée environ par 2.

Le graphique 12 montre la répartition de ces caractéristiques sociales au sein des patients dépendants. Ainsi 20 % des patients de la région dépendant à l'alcool selon les informations et critères utilisés pour cette enquête, appartiennent à la catégorie " précaire ", 12 % sont en situation d'invalidité ou de longue maladie, et 8 % sont ouvriers. Cependant six patients dépendants sur dix ne répondent à aucune de ces caractéristiques.

Graphique 12 : Caractéristiques sociales des patients dépendants



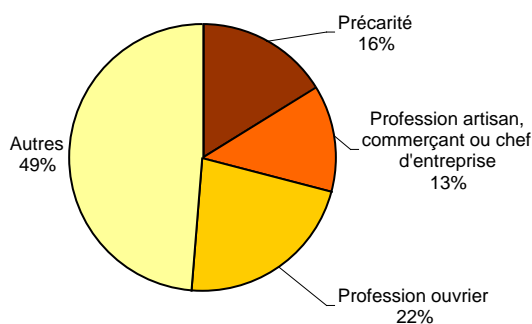
Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Comme pour la dépendance, la précarité est la caractéristique sociale la plus fortement associée à une conduite d'alcoolisation de type " usage régulier à risque ", dont la fréquence est alors multipliée par 4. Les deux autres caractéristiques sociales significativement associées à ce comportement sont d'une part la profession d'artisan, commerçant ou chef d'entreprise (toutes regroupées sous le même code dans le questionnaire) et la profession d'ouvrier. Dans ces deux cas, la fréquence de l'usage à risque est multipliée environ par 2.

Graphique 13 : Caractéristiques sociales des patients déclarant un usage régulier à risque



Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

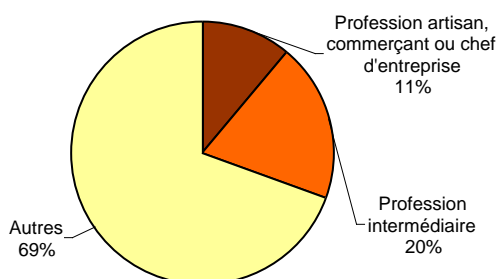
Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Les personnes en situation précaire représentent ainsi 16 % de celles déclarant un usage de l'alcool régulier à risque. Les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise y représentent 13 % des patients. Ce sont toutefois les ouvriers qui prédominent comptant pour 22 % des patients dans cette catégorie de conduite d'alcoolisation. Cependant près de la moitié, soit 49 % des personnes déclarant un usage régulier à risque n'appartiennent à aucune caractéristique sociale associée de façon significative à ce comportement.

La conduite d'alcoolisation qualifiée " d'usage ponctuel à risque ", est très fortement associée au sexe et à l'âge (voir page 28). La fréquence de ce comportement est en effet six fois plus importante chez les hommes que chez les femmes et elle diminue nettement avec l'âge. Une fois ces caractéristiques démographiques prises en compte, seule la profession " artisan commerçant ou chef d'entreprise " et la catégorie " profession intermédiaire " sont associées avec l'usage à risque ponctuel. La fréquence de ce comportement y est multipliée par respectivement 2 et 1,5. Toutes les deux, ces catégories professionnelles rassemblent un peu moins du tiers (31 %) des patients déclarant un usage ponctuel à risque. Aucune autre caractéristique sociale ne semble être significativement associée à cette conduite d'alcoolisation.

Graphique 14 : Caractéristiques sociales des patients déclarant un usage ponctuel à risque



Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Exploitation ORS Bretagne

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Les associations constatées à partir des données de l'enquête alcool, ne constituent pas des preuves robustes de relations de causalité. Ainsi le caractère " transversal " (l'absence de suivi) de l'enquête et la sélection par le recours au médecin généraliste ne permettent pas de formuler des interprétations du genre : " exercer la profession d'ouvrier double la probabilité de devenir dépendant à l'alcool ". Ceci dit l'enquête suggère clairement l'influence exercée par les facteurs sociaux sur les risques liés à l'alcool. Un autre enseignement de l'enquête est que l'usage nocif et la dépendance concernent un nombre significatif de personnes sans " facteur de risque social déterminé ". En d'autres termes, même si certaines catégories sociales sont particulièrement touchées, les conduites à risque et la dépendance à l'alcool touchent une population relativement large. Ceci est particulièrement vrai pour l'usage ponctuel à risque.



Comparaison Bretagne autres régions de France

Un point fort de l'enquête alcool est qu'elle fut réalisée dans l'ensemble des régions de France avec des échantillons suffisamment grands pour permettre des comparaisons régionales. Les résultats nationaux et des comparaisons inter-régionales seront publiés par la DREES, mais ne sont pas encore disponibles au moment où ce rapport est produit. Cependant une exploitation préliminaire de quelques indicateurs régionaux a été réalisée et ses résultats sont l'objet de cette section.

Les comparaisons ont été effectuées pour les hommes et femmes tous âges confondus. Les valeurs correspondent à des pourcentages calculés à partir des réponses valides (les non-répondants, ou réponses " ne sait pas ", ne sont pas pris en compte), afin d'éliminer l'effet de variations de taux de réponse entre les régions. Pour cette raison, les valeurs bretonnes peuvent varier légèrement de celles présentées dans les sections précédentes. Dans les tableaux et graphiques, la valeur de la région Bretagne est présentée conjointement à celles des régions exhibant les valeurs minimale, médiane et maximale pour la France métropolitaine. Le tableau montre également le rang de la Bretagne parmi les 22 régions de France métropolitaine, classées par ordre de fréquence croissante, un rang élevé correspondant à une situation défavorable. Il convient de noter que ces résultats ont une valeur indicative et non pas définitive.

En ce qui concerne le tabagisme régulier ou occasionnel, la Bretagne se situe au 18ème rang des régions de France métropolitaine avec une prévalence égale à 34,7 % deux sexes confondus. La valeur pour les hommes de la région est cependant proche de la médiane, alors que celle des femmes (30,4 %) suggère l'existence d'une prévalence du tabagisme relativement élevée par rapport aux autres régions de France.

Pour l'ensemble des indicateurs relatifs aux conduites d'alcoolisation ou à la dépendance vis-à-vis de l'alcool, la position de la Bretagne est constamment défavorable. Ceci est particulièrement le cas de la proportion de patients ayant un score DETA supérieur ou égal à deux (DETA positif) et pour la prévalence de l'usage ponctuel à risque. Pour ces deux indicateurs et quel que soit le sexe, la Bretagne est toujours classée dans les trois dernières positions, si bien que deux sexes confondus, elle occupe la dernière place.

En ce qui concerne l'usage régulier à risque, l'existence d'un problème avec l'alcool selon le médecin et la dépendance à l'alcool, les valeurs de la Bretagne sont moins extrêmes, cependant toujours situées dans le dernier tiers de celles des régions de France métropolitaine.

En terme de classement, les résultats des hommes et des femmes pour ces trois indicateurs sont assez homogènes, souvent contenus dans un intervalle de deux places. L'usage régulier à risque concerne 5.6% des Bretons contre 4.8 % en valeur médiane, ce qui correspond à la 17ème position pour la Bretagne deux sexes confondus, soit son meilleur classement pour les indicateurs présentés. Vis-à-vis de la dépendance, la Bretagne occupe la 19ème position, avec une valeur de 1 % supérieure à la valeur médiane (6.9 % contre 5.9 %). Enfin les médecins en Bretagne ont identifié un peu plus de 11 % des patients ayant des difficultés avec l'alcool, soit environ 2 % de plus qu'en valeur médiane. L'écart de classement entre hommes et femmes pour la région est un peu plus marqué pour cet indicateur, avec respectivement les 17ème et 21ème rang des régions de France métropolitaine, ce qui se traduit deux sexes confondus par une 21ème position.

Tableau 8 : Résultats de la région Bretagne comparés à ceux de la France métropolitaine

	Bretagne		France métropolitaine		
	Valeur	Rang *	Minimum	Médiane	Maximum
Fumeur occasionnel ou régulier					
Homme	39,9%	13	32,1%	39,5%	45,7%
Femme	30,4%	19	22,9%	26,8%	32,6%
Ensemble	34,7%	18	27,0%	32,0%	38,1%
Problème avec alcool selon médecin					
Homme	18,5%	17	11,7%	16,9%	24,8%
Femme	5,3%	21	2,3%	3,6%	6,2%
Ensemble	11,1%	21	7,1%	9,2%	14,1%
DETA positif					
Homme	26,0%	22	17,1%	20,6%	26,0%
Femme	7,0%	20	3,4%	4,8%	7,9%
Ensemble	15,3%	22	9,8%	11,5%	15,3%
Usage ponctuel à risque					
Homme	17,4%	22	7,6%	12,0%	17,4%
Femme	2,6%	21	0,7%	1,7%	3,2%
Ensemble	9,1%	22	4,3%	5,9%	9,1%
Usage régulier à risque					
Homme	8,7%	17	4,8%	7,9%	11,6%
Femme	3,2%	17	1,0%	2,5%	4,2%
Ensemble	5,6%	17	3,4%	4,8%	7,1%
Dépendance à l'alcool					
Homme	11,5%	17	6,1%	10,2%	17,9%
Femme	3,2%	19	1,2%	2,8%	4,1%
Ensemble	6,9%	19	3,2%	5,9%	10,0%

Exploitation ORS Bretagne

* Classement des régions de France allant de 1 (région ayant la valeur la plus favorable en terme de santé publique) à 22 (valeur la moins favorable).

Source : Enquête Alcool en médecine générale - 2000

Les résultats exprimés en pourcentages correspondent à des valeurs redressées.

Les résultats présentés dans ce tableau diffèrent légèrement de ceux présentés auparavant dans le rapport, en raison de l'exclusion des "non réponses".

La validité de ces comparaisons sera meilleure une fois que les indicateurs prendront en compte les variations de structure d'âge d'un échantillon régional à l'autre. Par ailleurs cette présentation préliminaire ne montre pas le degré de précision statistique des estimations, à savoir la fourchette des valeurs vraisemblables pour une région donnée, qui permet parfois de relativiser une position extrême. L'utilisation de ces deux techniques statistiques permettra d'affiner le " diagnostic " pour la région. Il est cependant peu probable qu'elles remettent complètement en cause l'image défavorable de la Bretagne qui se dégage de cette analyse préliminaire.



Discussion

Commentaires

Les principaux résultats

Cette enquête montre une nouvelle fois à quel point le comportement de consommation d'alcool est répandu. Parmi la clientèle adulte des médecins généralistes libéraux, cinq patients sur six sont concernés, et un patient sur quatre déclare consommer de l'alcool tous les jours. L'étude détaillée des conduites d'alcoolisation révèle l'influence du sexe et de l'âge sur ces comportements.

Selon les données de la Bretagne, l'usage ponctuel à risque est un comportement qui concerne principalement les jeunes hommes. Dans la tranche des 16-34 ans environ un homme sur trois est concerné, contre seulement une femme sur 20. Ce type de comportement expose aux conséquences aiguës de l'alcool de types accidents ou violence.

L'usage régulier à risque par contre expose plutôt aux conséquences de l'éthylisme chronique que sont les pathologies cancéreuses, hépatiques, neurologiques ou psychiatriques, ainsi qu'aux difficultés sociales et familiales. L'usage régulier à risque concerne 8 % des hommes et 3 % des femmes vus par les généralistes au cours de l'enquête. La fréquence de ce comportement augmente avec l'âge et atteint 14 %, soit environ un homme sur 7 dans la tranche d'âge des 45 à 64 ans.

Si la consommation d'alcool ou ses conséquences ne sont que rarement le motif de recours aux généralistes, la dépendance est par contre identifiable chez près de 7 % des patients. Là encore la prédominance masculine est marquée puisque la fréquence de la dépendance est presque 4 fois plus élevée chez les hommes (11 %) que chez les femmes (3 %).

Les données de mortalité situent toujours la Bretagne parmi les régions fortement touchées par l'alcool. Seulement la mortalité récente est le reflet de comportements de consommation anciens, et l'on sait que les quantités consommées ont fortement évolué à la baisse en France au cours des dernières décennies. Cette enquête quant à elle fournit une estimation des comportements récents, plus précisément tels qu'à l'automne 2000. Les résultats d'une analyse interrégionale préliminaire suggèrent que comme pour la mortalité, la position de la Bretagne parmi les autres régions de France en terme de comportements d'alcoolisation est défavorable. Dans les deux sexes et quel que soit l'indicateur

de conduite à risque ou de dépendance considéré, la Bretagne se situe toujours dans le groupe du tiers des régions ayant les valeurs les plus élevées. Les plus mauvais classements concernent les prévalences de l'usage à risque ponctuel. L'analyse interrégionale préliminaire comporte des limites qui sont discutées ci-après.

Les limites

Cette enquête d'envergure nationale, dont les résultats pour la Bretagne sont exposés dans ce document, s'est appuyée sur un protocole robuste et soigneusement préparé. Ceci a facilité la mise en œuvre du recueil dans les régions, et les objectifs opérationnels de l'enquête en terme de taux de participation des médecins et de volume d'information à recueillir ont été atteints en Bretagne. En conséquence, il est légitime d'accorder aux résultats un bon niveau de représentativité régionale. Il convient toutefois de rappeler que ces résultats concernent la clientèle adulte des médecins généralistes libéraux, et non pas la population générale de la Bretagne.

La sous-déclaration volontaire de la consommation d'alcool est un phénomène bien connu et inévitable dans une enquête de ce type (réf. 8). Pour contrecarrer ce problème, plusieurs angles d'approche ont été utilisés pour élucider les comportements vis-à-vis de l'alcool (consommation déclarée, test DETA). Le point fort d'une enquête en médecine générale est de disposer de l'avis d'un professionnel de santé de proximité. Ainsi la confrontation entre l'appréciation médicale et les réponses des patients permet d'estimer l'importance du déni.

Il faut rappeler encore le fait que les comparaisons interrégionales présentées dans ce document ne sont le fruit que d'une première analyse. Celle-ci n'a pu tenir compte de facteur d'ajustement ou d'explication qui permettraient de mettre en perspective les résultats. L'absence de prise en compte des variations de structure d'âge d'une région à l'autre, ou du degré de précision statistique des estimations (intervalle de confiance) ont déjà été mentionnées. Des analyses plus fines permettraient d'explorer à quel point les caractéristiques socio-économiques (ex : % de patients en situation de précarité) contribuent à expliquer le " classement " des régions.

Les limites propres aux enquêtes transversales, c'est-à-dire réalisées à un moment donné et sans suivi, ont également déjà été évoquées. Les enquêtes transversales donnent une photographie instantanée de la situation. Il faut garder ceci à l'esprit lorsque l'on interprète les courbes en fonction de l'âge, lesquelles représentent une coupe transversale de plusieurs générations et non pas le suivi dans le temps d'une génération. L'impression de passage d'un usage ponctuel à risque (1/3) vers soit un usage régulier à risque (1/7), soit un usage normal à mesure que l'âge avance qui se dégage de l'observation des courbes ne correspond donc pas nécessairement à ce qui est, ou sera, vécu par une génération particulière. Par ailleurs l'identification d'associations entre différentes variables dans une enquête transversale n'établit pas la causalité. Ceci dit les associations entre la situation de précarité et la profession d'ouvriers d'une part, les conduites à risque et la dépendance d'autre part, corroborent les liens établis par d'autres études.

Enfin les résultats présentés dans ce document n'épuisent pas, et de loin, l'ensemble des analyses réalisables à partir des données recueillies lors de l'enquête. Un certain nombre de variables telles que celles relatives à la prise en charge des patients par exemple n'ont pas été exploitées. De même, l'influence de caractéristiques propres aux médecins (sexe,

années d'installation), de l'environnement urbain ou rural, n'a pas été explorée. Pour ces dernières, comme pour les associations avec les caractéristiques sociales des patients, une analyse reposant sur l'ensemble des données recueillies en France (concernant environ 50 000 patients) assurera une meilleure validité des résultats.

Comparaison avec d'autres enquêtes

Certaines références au Baromètre Santé du CFES ont été faites au fur et à mesure de la présentation des résultats sur lesquelles nous ne reviendrons pas. A notre connaissance, trois études concernant l'alcool et la clientèle en médecine générale ont été réalisées autour de l'année 1990 (réf. 9, 10, 11). L'ancienneté de ces enquêtes, le fait qu'elles aient été réalisées par des médecins volontaires, leurs zones de références géographiques (ex : région Picardie pour l'une d'entre elles), les différentes catégorisations des consommations ou définition des comportements ne rendent pas leurs résultats directement comparables à ceux présentés ici pour la Bretagne. On retiendra simplement que les proportions de patients jugés alcoolo-dépendants étaient respectivement 9.1, 12.8 et 17.8 % chez les hommes, 2.2 et 4.2 % chez les femmes. Une comparaison plus approfondie de résultats de ces trois études, ou d'éventuelles études ultérieures, avec ceux de l'enquête en Bretagne ne peut être entreprise ici.

Implications en terme de prévention

La prévention en matière de consommation d'alcool est compliquée par la mise en évidence de quelques effets bénéfiques d'une consommation modérée. Certaines études ont en effet montré qu'un à deux verres d'alcool par jour semblent protéger contre les maladies cardio-vasculaires. Cependant il faut bien noter que cet effet protecteur n'a été identifié que pour des consommations faibles, et chez des hommes âgés de plus de 40 ans ou des femmes ménopausées (réf. 2). Selon les experts de l'INSERM, concevoir des messages de prévention en matière de consommation d'alcool est un défi, puisque d'une part la dose seuil en deçà de laquelle aucun effet néfaste n'est engendré n'est pas clairement établie. D'autre part, parce que cette dose minimale varie d'une personne à l'autre en fonction de la corpulence ou de susceptibilités génétiques individuelles.

Néanmoins le consensus actuel définit un comportement raisonné comme la consommation inférieure ou égale à 20 gr d'alcool (soit deux verres de vin) par jour chez les femmes et 40 gr d'alcool (soit quatre verres de vin) par jour chez les hommes. Sur la base de tels seuils et en associant celui d'un maximum de 6 verres en consommation ponctuelle, cette enquête permet d'estimer qu'en moyenne, le mode de consommation d'alcool d'une personne adulte sur sept (un homme sur quatre, une femme sur vingt) vue en consultation ou visite par les médecins généralistes en Bretagne, met sa santé en danger. Une façon de reformuler cette statistique est de faire le constat que vis-à-vis de la clientèle adulte des médecins généralistes, environ un acte sur sept est l'opportunité d'une action ciblée de prévention des conséquences néfastes de la consommation d'alcool...

Compte tenu du phénomène de sous-déclaration, les opportunités de prévention sont peut être encore plus nombreuses que ce qui vient d'être estimé. Bien entendu les situations de précarité et le milieu ouvrier méritent une attention particulière. Les résultats de cette enquête suggèrent par contre que la majorité des personnes à risque ou dépendantes n'appartiennent pas à ces deux catégories. En d'autres termes, la prévention doit s'adresser à un public large.

Vu la fréquence de l'exposition à l'alcool, le dépistage systématique des comportements à risque accompagné de la sensibilisation des patients lors de la consultation en médecine générale, constitue une réelle perspective de prévention. L'efficacité et la faisabilité d'une intervention de ce type mériteraient toutefois d'être évaluées rigoureusement avant qu'elle soit recommandée.



Conclusion

Grâce à une méthode rigoureuse et à l'excellente participation des médecins, cette enquête a atteint son but, à savoir, réaliser une photographie des comportements de consommation et de la dépendance à l'alcool chez la clientèle adulte des généralistes libéraux en Bretagne. Le constat est que les comportements à risque (abus ponctuel ou régulier d'alcool) concernent environ un patient sur sept, alors que la dépendance concerne un patient sur quatorze. Quel que soit le phénomène considéré, la prédominance masculine est marquée et elle culmine chez les jeunes hommes pour l'usage ponctuel à risque. Sur la base d'une comparaison inter-régionale préliminaire, la Bretagne se situe dans le groupe de régions françaises pour lesquelles les indicateurs de comportements à risque et de dépendance à l'alcool sont défavorables.

De nombreuses mesures visent en France à réduire les conséquences sanitaires et sociales de la consommation nocives d'alcool. Elles vont des mesures législatives régulant les ventes de boissons alcoolisées et pénalisant l'alcool au volant, aux campagnes de prévention nationales, telles que celles diffusées sur les chaînes télévisées à l'automne 2001. De tels efforts, sans doute d'autres encore, sont nécessaires pour s'attaquer à un phénomène dont les racines culturelles sociales et économiques sont bien ancrées.



Références bibliographiques

- 1) World Drinks Trends 1999. NTC Publications Ltd
- 2) Expertise collective. Alcool, Effets sur la santé INSERM 2001.
- 3) Hill C. Actualité et Dossier en Santé Publique. N° 30 Mars 2000.
- 4) Baromètre Santé premiers résultats 2000.
- 5) M. Reynaud, PJ Parquet, G Lagrue : Les pratiques addictives : abus et dépendance aux substances psychoactives.
- 6) Baromètres Santé. Premiers résultats 2000 Consommation d'alcool.CFES.
- 7) Ludovic Gaussoit, Alcoologie et Addictologie 2000 ; 22(2) :113-119
- 8) La santé en chiffres. Alcool. Publication du CFES.
- 9) Huas D, Darne B, Lombrail P, Leblanc B., Rueff B. Malades alcooliques et consultations en médecine générale : Prévalence et détection. Rev Prat MG 1990 ; 81 : 45-9.
- 10) Trugeon A. Observatoire régional de la santé et DRASS de Picardie. Patients, alcool et tabac en médecine générale : enquête régionale de morbidité, 1991.
- 11) Huas D, Allemand H, Loiseau D, Pessione F, Rueff B. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. Rev Prat MG 1993 ; tome 7 ; N°203 : 39-44.



Annexes





Annexe 1 : recommandations du CFES, de la CNAMTS, de l'ANPA





DES REPERES

POUR UNE CONSOMMATION MODEREE

Eviter de se mettre en danger en limitant sa consommation d'alcool

L'alcool est dangereux même si on n'en ressent pas les effets, même si on n'est pas ivre ou dépendant.

Il n'est pas toujours facile d'estimer à quoi correspond la modération ; souvent on ne mesure l'importance de l'alcool bu que par ses effets immédiats et ses conséquences visibles sur le plan comportemental.

C'est au quotidien que l'on s'alcoolise petit à petit : déjeuners de travail, pots, dîners, apéritifs... Cela peut conduire à dépasser facilement le seuil de la consommation à moindre risque. Souvent, le buveur sous-estime sa consommation et pense qu'il est "dans la norme" de boire comme il le fait.

➔ Des repères simples et faciles à utiliser au quotidien

Que l'on boive une chope de bière, une flûte de champagne, un verre de porto ou un verre de vin, on consomme la même quantité d'alcool : **10 grammes d'alcool par verre**. C'est le repère qui est généralement pris pour représenter **une unité d'alcool**.



Concrètement, les repères de consommation sont les suivants :

➔ Chez la femme : pas plus de **2 ou 3 unités d'alcool**¹ en moyenne par jour

➔ Chez l'homme : pas plus de **3 ou 4 unités d'alcool** en moyenne par jour

¹ L'unité d'alcool correspond à un verre standard et à 10 grammes d'alcool par unité ou par verre.

Malheureusement, il n'existe **pas de frontière nette** entre une consommation d'alcool sans risque et une consommation dangereuse. Toutefois, si l'on respecte la base moyenne de consommation journalière proposée ci-dessus, le risque d'avoir un problème en raison de sa consommation d'alcool est faible. Mais **plus on dépasse les limites indiquées, plus le risque est important.**

➡ Les femmes sont plus sensibles à l'alcool

Les femmes sont plus sensibles à l'alcool que les hommes, en raison des **différences physiques de poids corporel et de composition du tissu graisseux.**

Pour une même quantité consommée, la concentration d'alcool dans le sang est plus élevée chez la femme. Un apéritif, un verre de vin ou de bière fait monter en moyenne l'alcoolémie de 0,33 g/l chez une femme de 50 kg et de 0,20 g/l chez un homme de 70 kg.

➡ Les effets pervers de la résistance à l'alcool

Bien « résister » aux effets de l'alcool est pervers : on ne pense pas avoir trop bu, pourtant les effets, surtout à long terme, sont là car on a absorbé la même quantité d'alcool.

Par ailleurs, chez ces personnes qui boivent régulièrement de l'alcool et qui pensent bien le supporter, **il faut faire attention au risque de dépendance** : la personne n'est jamais apparemment ivre, en revanche, elle n'est pas capable de passer plusieurs jours sans consommer d'alcool.

Ne pas consommer d'alcool dans les situations suivantes :

- ✚ pendant la grossesse,
- ✚ pendant l'enfance,
- ✚ quand on conduit un véhicule,
- ✚ quand on travaille sur une machine dangereuse,
- ✚ quand on prend certains médicaments (se référer à la notice),
- ✚ lorsque l'on souffre de certaines maladies chroniques comme l'épilepsie, la pancréatite, l'hépatite virale active...



Annexe 2 : Membres du groupe projet national



La conception de l'enquête a été effectuée au sein d'une équipe projet composée de :

- Gérard BADEYAN, coordonnateur du programme (Chef du Bureau état de santé de la population, Drees)
- Dr Laure COM-RUELLE, Sylvie DUMESNIL (Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé)
- Moïsette CROSNIER-DAVID (Statisticienne régionale à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales du Centre)
- Dr Sylvain DALLY (Association nationale de prévention de l'alcoolisme, Hôpital Fernand Widal)
- Dr Gilles DELIGNEUX (URML du Centre, Hôpital Sainte-Anne)
- Danièle FONTAINE, Alain TRUGEON (Fédération nationale des ORS)
- Sylvia GUYOT (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales des Yvelines)
- Dr Dominique MARTIN (Direction générale de la santé, Bureau SD6B : pratiques addictives)
- Dr Philippe MICHAUD (Centre Magellan, Gennevilliers)
- Marie-Claude MOUQUET (Bureau de l'état de santé de la population, Drees)
- Christophe PALLE (Observatoire français des drogues et des toxicomanies)
- Dr Claudine PARAYRE (Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie)
- Dr Bruno PIERRE (Service d'alcoologie du CHS "Bon sauveur" Saint-Lô)
- Dr Hervé VILLET (Observatoire régional de la santé de Haute-Normandie)

L'enquête a été encadrée par un groupe de travail inter-ORS chargé de constituer le fichier national à partir des données collectées dans les régions et d'élaborer un cadre commun d'analyse à fournir aux équipes régionales permettant d'assurer la comparabilité des principaux résultats entre régions :

- Danièle FONTAINE, Karine LAPIERRE (FNORS)
- Sylvie MAQUINGHEN (ORS d'Auvergne)
- Céline LECLERC (ORS du Centre)
- Angélique LEFEBVRE, Hervé VILLET (ORS de Haute-Normandie)
- Jean-François BONNE, Marielle PODIGUE, Ariski TALEB, Alain TRUGEON (ORS Picardie)
- Marielle AULAGNIER, Karim BENDIANE (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur)



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
9 NSP/NR*
- 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