

Directeur de la publication

Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction

Pr François Paille

Rédacteur en chef

Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés

Dr Philippe Batel

Dr Ivan Berlin

Dr Laurent Karila

Pr Michel Lejoyeux

Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines

Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques

Pr Isabelle Varescon-Pousson

Comité de rédaction

Pr Georges Brousse

Pr Olivier Cottencin

Dr Michel Craplet

Pr Jean-Bernard Daepfen

Dr Jean-Michel Delile

Pr Maurice Dematteis

Dr Claudine Gillet

Pr Michel Reynaud

Dr Alain Rigaud

Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher

Société Française d'Alcoologie c/o GRAP,

Université Picardie

Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1

revue@sfalcoologie.fr

Tél : 07 84 75 01 57

Rédaction

Société Française d'Alcoologie

235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème

étage, 59120 Loos revue@sfalcoologie.fr

Tél : 07 84 75 01 57

Dépôt Légal mars 2020 ISSN 2554-4853

La revue *Alcoologie et Addictologie* est indexée dans les bases de données PASCAL/CNRS, PsycINFO et SantéPsy. Les sommaires sont publiés dans "Actualité et dossier en santé publique" (HCSP).

■ Doit-on étendre l'utilisation du baclofène au maintien de l'abstinence dans le trouble de l'usage d'alcool ?

Rolland Benjamin, Karila Laurent, Franchitto Nicolas, Barrault Camille, Naassila Mickael, Société Française d'Alcoologie

■ Etat des lieux national de l'utilisation des méthodes psychothérapeutiques et des autres interventions non médicamenteuses en addictologie : Résultats

Boulze-Launay Isabelle, Rigaud Alain, Basset Bernard, Paille François

■ Addictions et inégalités sociales : une dimension importante pour les politiques publiques

Cases Chantal, Beck François

■ Association de la drunkorexie au risque de troubles des conduites alimentaires et de trouble de l'usage de substance en population étudiante

Ritz Ludivine, Mauny Nicolas, Mortier Arnaud, Leconte Pascale, Margas Nicolas

■ Œdème Associé à la Thérapie de Substitution aux Opiacés par Méthadone

Burdairon Jean-Del, Nguyen An Hung, Bihan Kévin, Edel Yves

■ Représentations sociales du trouble de l'usage de l'alcool chez les patients hospitalisés pour sevrage et leurs proches

Yonga Jean-Jacques, Gilles Kehoua, Girard Murielle, Beauseigneur Laurence Dominique, Nubukpo Philippe

■ Alcool et développement : Actualisation des connaissances sur les faibles niveaux de consommation et la consommation pré-conceptionnelle des deux parents *Naassila Mickael*

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Des recommandations plus détaillées sont disponibles sur le site internet <https://sfalcoologie.fr/revue/>. Se référer en outre au Projet éditorial.

Le manuscrit doit être soumis pour une rubrique donnée par l'un de ses auteurs, qui fait parvenir au rédacteur en chef (d/o Manon Balleuil)

Un exemplaire papier, ainsi que la version électronique par courriel à sfa@sfalcoologie.fr

Alcoologie et Addictologie accepte la soumission de manuscrits rédigés en français et en anglais.

PAGE DE TITRE

- Elle doit comporter le titre de l'article (pas plus de huit mots ; éviter les abréviations)
- Les noms (seule l'initiale en capitale), prénom (en toutes lettres), titre,
- Adresse professionnelle et adresse électronique de chacun des auteurs
- Le nom de l'auteur correspondant
- Une déclaration des éventuels liens d'intérêt

RÉSUMÉ et MOTS-CLÉS

Le résumé du manuscrit doit comporter 200 mots. Pour la rubrique Recherche, il doit être structuré en sections distinctes : Contexte, Méthodes, Résultats, Discussion.

Proposer de trois à cinq mots-clés.

Une version anglaise du résumé et des mots-clés peut être proposée à la rédaction.

INTRODUCTION

Il convient de la rédiger de sorte de la rendre accessible à tout lecteur non spécialiste du domaine.

MÉTHODES (rubrique Recherche)

La partie Méthodes doit comporter le protocole de l'étude et le type d'analyse statistique utilisé, ainsi que la déclaration du consentement des sujets.

RÉSULTATS (rubrique Recherche)

Les données expérimentales doivent être décrites succinctement mais complètement dans le texte, sans redondance ni différence avec celles des figures et tableaux.

DISCUSSION et CONCLUSION

La discussion des résultats de l'étude et de leur interprétation doit être brève et focalisée sur les données. Il convient d'expliquer d'éventuelles autres interprétations et les limites du protocole.

Dans tous les cas, **le manuscrit devra être structuré** à partir de points-clés de la réflexion.

Longueur du texte. La longueur des articles est limitée à 4 000 mots pour les Recherches et les Mises au point. Les Regards critiques, Pratiques cliniques et autres textes ne doivent pas dépasser 2 000 mots.

Abréviations. Recourir le moins possible aux abréviations. Les définir lors de leur première utilisation dans le texte.

Co-auteurs. Afin de mentionner correctement l'apport de chaque auteur à l'article. Il convient de préciser la contribution de chacun d'entre eux.

Remerciements. Il convient de remercier toute personne ayant contribué de manière substantielle à l'article sans pour autant pouvoir être considérée comme un co-auteur.

Notes de bas de page. Elles ne sont pas autorisées.

RÉFÉRENCES

Prière de les limiter à 50 (voire 100 pour les Revues systématiques uniquement).

Elles sont numérotées dans l'ordre de leur apparition dans le texte, sans mise en forme automatique, et figurent sur pages séparées après le texte.

Tout lien Internet et adresse URL, y compris vers les propres sites des auteurs, doit figurer dans la liste des références avec un numéro et non dans le corps du texte du manuscrit. Pour répondre aux exigences nécessaires à l'indexation d'Alcoologie et Addictologie dans les bases de données internationales, nous avons adopté les Normes éditoriales de Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

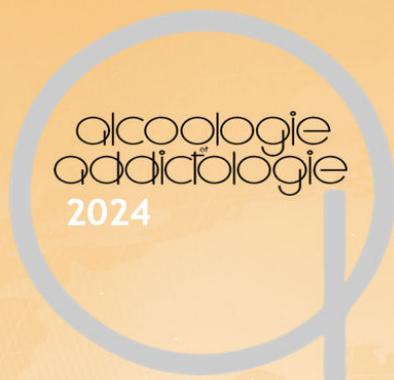
Exemples de références dans Alcoologie et Addictologie

- Article dans un journal
- Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoolologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. Alcoologie et Addictologie. 2013 ; 35 (4) : 309-15.
- Article sous presse
- Despres C, Demagny L, Bungener M. Les pratiques médicales de sevrage du patient alcool-dépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999. Alcoologie et Addictologie. Forthcoming 2011.
- Chapitre d'un livre, ou article au sein d'un livre
- Idès J. Jeu pathologique. In : Lejoyeux M, éditeur. Addictologie. Paris J. Masson; 2008. p. 229-38.

ILLUSTRATIONS

Il convient de fournir les illustrations sur des fichiers distincts de celui du texte. Veuillez noter qu'il est de la responsabilité des auteurs d'obtenir l'accord du détenteur de copyright avant de reproduire des figures ou tableaux précédemment publiés ailleurs. Les tableaux doivent être appelés dans le texte, numérotés en chiffres romains. Les figures répondent aux mêmes normes et sont numérotées en chiffres arabes.

Rédacteur en chef : Pr Amine Benyamina, d/o Manon Balleuil, Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos Tél.: 33 (0)7 84 75 01 57 - Courriel : sfa@sfalcoologie.fr - <https://sfalcoologie.fr/revue/>



Directeur de la publication
Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction
Pr François Paille

Rédacteur en chef
Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés
Dr Philippe Batel
Dr Ivan Berlin
Dr Laurent Karila
Pr Michel Lejoyeux
Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines
Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques
Pr Isabelle Varescon-Pousson
Comité de rédaction
Pr Georges Brousse
Pr Olivier Cottencin
Dr Michel Craplet
Pr Jean-Bernard Daepfen
Dr Jean-Michel Delile
Pr Maurice Dematteis
Dr Claudine Gillet
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Rigaud
Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher
Société Française d'Alcoologie c/o GRAP,
Université Picardie
Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1
revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Rédaction
Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage,
59120 Loos revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Dépôt Légal mars 2020ISSN 2554-4853

La revue Alcoologie et Addictologie est indexée dans les bases de données PASCAL/CNRS, PsycINFO et SantéPsy. Les sommaires sont publiés dans "Actualité et dossier en santé publique" (HCSP).

SOMMAIRE

Alcoologie et Addictologie 2024 ; T44 N1 : 1-76

EDITORIAL

- 4** Doit-on étendre l'utilisation du baclofène au maintien de l'abstinence dans le trouble de l'usage d'alcool?
Rolland Benjamin, Karila Laurent, Franchitto Nicolas, Barrault Camille, Naassila Mickael; Société Française d'Alcoologie
- 7** Etat des lieux national de l'utilisation des méthodes psychothérapeutiques et des autres interventions non médicamenteuses en addictologie : Résultats
Boulze-Launay Isabelle, Rigaud Alain, Basset Bernard, Paille François
- 19** Addictions et inégalités sociales : une dimension importante pour les politiques publiques
Cases Chantal, Beck François
- 30** Association de la drunkorexie au risque de troubles des conduites alimentaires et de trouble de l'usage de substance en population étudiante
Ritz Ludivine, Mauny Nicolas, Mortier Arnaud, Leconte Pascale, Margas Nicolas
- 44** Œdème associé à la thérapie de substitution aux opiacés par méthadone
Burdairon Jean-Del, Nguyen An Hung, Bihan Kevin, Edel Yves
- 52** Représentations sociales du trouble de l'usage de l'alcool chez les patients hospitalisés pour sevrage et leurs proches
Yonga Jean-Jacques, Gilles Kehoua, Girard Murielle, Beauseigneur Laurence, Dominique Laurence, Nubukpo Philippe
- 67** Alcool et développement: Actualisation des connaissances sur les faibles niveaux de consommation et la consommation pré-conceptionnelle des deux parents
Naassila Mickael



Directeur de la publication
Pr Mickael Naassila

Directeur de la rédaction
Pr François Paille

Rédacteur en chef
Pr Amine Benyamina

Rédacteurs associés
Dr Philippe Batel
Dr Ivan Berlin
Dr Laurent Karila
Pr Michel Lejoyeux
Pr Mickael Naassila

Rédactrice Sciences humaines
Pr Myriam Tsikounas

Rédactrice Sciences psychologiques
Pr Isabelle Varescon-Pousson

Comité de rédaction
Pr Georges Brousse
Pr Olivier Cottencin
Dr Michel Craplet
Pr Jean-Bernard Daepfen
Dr Jean-Michel Delile
Pr Maurice Dematteis
Dr Claudine Gillet
Pr Michel Reynaud
Dr Alain Rigaud
Dr Marc Valleur

Éditeur / Publisher
Société Française d'Alcoologie c/o GRAP,
Université Picardie
Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cx 1
revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Rédaction
Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage,
59120 Loos revue@sfalcoologie.fr
Tél : 07 84 75 01 57

Dépôt Légal mars 2020 ISSN 2554-4853

La revue Alcoologie et Addictologie est indexée dans les bases de données PASCAL/CNRS, PsycINFO et SantéPsy. Les sommaires sont publiés dans "Actualité et dossier en santé publique" (HCSP).

Contents

Alcoologie et Addictologie 2024 ; T44 N1: 1-76

EDITORIAL

- 4** Should the use of baclofen be extended to maintaining abstinence in alcohol use disorder?
Rolland Benjamin, Karila Laurent, Franchitto Nicolas, Barrault Camille, Naassila Mickael, Société Française d'Alcoologie
- 7** National overview of the use of psychotherapeutic methods and other non-drug interventions in addiction medicine: Results
Boulze-Launay Isabelle, Rigaud Alain, Basset Bernard, Paille François
- 19** Addictions and social inequalities: An important dimension for public policies
Cases Chantal, Beck François
- 30** Association of drunkorexia with the Risk of Eating Disorders and Substance Use Disorders in the Student Population
Ritz Ludivine, Mauny Nicolas, Mortier Arnaud, Leconte Pascale, Maargas Nicolas
- 44** Edema associated with methadone opioid substitution therapy
Burdairon Jean-Del, Nguyen An Hung, Bihan Kevin, Edel Yves
- 52** Social representations of alcohol use disorder among patients hospitalized for detoxification and their relatives
Yonga Jean-Jacques, Gilles Kehoua, Girard Murielle, Beauseigneur Laurence, Dominique Laurence, Nubukpo Philippe
- 67** Alcohol and development: updated knowledge on low levels of consumption and preconception consumption by both parents
Naassila Mickael

EDITORIAL

Doit-on étendre l'utilisation du baclofène au maintien de l'abstinence dans le trouble de l'usage d'alcool ?

Rolland Benjamin¹, Karila Laurent², Franchitto Nicolas³, Barrault Camille⁴, Naassila Mickael⁵,
Société Française d'Alcoologie



1. Service universitaire d'addictologie de Lyon (SUAL), hospices civils de Lyon, CH Le Vinatier, 95, boulevard Pinel, 69500 Lyon, France, PSYR2, CRNL, U1028, CNRS, UMR5292, Inserm, UCBL1, Lyon, France
2. Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions Hôpital Universitaire Paul Brousse (AP-HP) – Université Paris Saclay UR PSYCOMADD, Bât Galilée - Porte 44 - 12 Av Paul Vaillant Couturier, Villejuif 94800
3. UFR de Médecine, Service clinique d'addictologie, CHU de Toulouse, INSERM UMR1295, EQUITY " Incorporation biologique, inégalités sociales, épidémiologie du cours de la vie, cancer et maladies chroniques, interventions, méthodologie ", Université de Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse, France
4. Unité d'hépatologie, des maladies digestives et d'addictologie, Centre Hospitalier Intercommunal, Créteil 83056, France.
5. Université de Picardie Jules Verne, Unité INSERM UMR1247, Groupe de Recherche sur l'Alcool & les Pharmacodépendances, Chemin du Thil, 80025, Amiens

* Correspondance : Prof. Benjamin Rolland, benjrolland@gmail.com

L'idée de cet éditorial est venue lors d'un symposium sur le baclofène organisé pendant le 19^{ème} congrès de la Société européenne de recherche biomédicale sur l'alcoolisme, ESBRA (1-3 septembre 2023 à Graz, Autriche).

À ce jour, la France demeure le seul pays à avoir approuvé l'utilisation du baclofène pour traiter le trouble de l'usage d'alcool (TUA). L'autorisation du baclofène a été accordée exclusivement pour la réduction de la consommation d'alcool, en deuxième ligne après le nalméfène (1). Avant cette autorisation, le baclofène a été prescrit de manière intensive hors AMM pendant près d'une décennie et à des doses pouvant atteindre 300 à 400 mg par jour, avec comme indication la réduction progressive de la consommation d'alcool (2).

L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a approuvé l'utilisation du baclofène en deuxième intention en octobre 2018 pour le traitement du TUA. Cette autorisation recommande son usage en complément d'un soutien psychosocial, avec une dose quotidienne maximale autorisée de 80 mg (1). Cette évolution a été influencée par l'expérience personnelle du cardiologue français Olivier Ameisen, qui a traité son TUA en utilisant des doses extrêmement élevées de baclofène en s'inspirant des doses utilisées dans les recherches précliniques sur l'animal. Il a ensuite partagé son parcours dans son livre à succès "Le Dernier Verre" (3).



Les essais cliniques internationaux sur le baclofène dans le TUA l'avaient testé sur maintien de l'abstinence et à des doses beaucoup plus faibles, généralement entre 30 et 80 mg par jour. La question de la posologie appropriée a suscité un débat majeur en France, en raison des effets sédatifs potentiellement liés à la dose. Une étude française, s'appuyant sur les données exhaustives de la base de données de l'assurance maladie, a révélé une association significative entre la posologie de baclofène et les risques accrus d'hospitalisation et de mortalité (4,5). Cependant, cette étude a fait l'objet de critiques car elle n'a pas pris en compte les doses d'alcool consommées quotidiennement, ce qui pourrait également expliquer les hospitalisations et la mortalité observées. Initialement, la dose maximale de baclofène avait été fixée à 80 mg par jour en raison de l'augmentation préoccupante des cas d'auto-intoxication, y compris des tentatives de suicide et des surdoses accidentelles. Cependant, après un long litige entre l'Agence française du médicament et les associations de patients, cette limitation a été levée par décision de justice. Aujourd'hui, l'autorisation du baclofène ne comporte plus de restrictions de dosage (6).

L'approche française a été assez atypique, en utilisant des doses élevées pour réduire progressivement la consommation d'alcool. Cette pratique a en effet précédé la commercialisation du nalméfène et a ouvert la voie à la nouvelle stratégie de réduction de la consommation.

Une revue systématique Cochrane et une méta-analyse sur l'efficacité et la sécurité du baclofène viennent remettre en question l'indication du baclofène dans la réduction de la consommation d'alcool (7). En effet, dans cette étude, l'efficacité est significative, mais uniquement, pour le maintien de l'abstinence, réduisant le risque continu de rechute de 13 % en moyenne par rapport au placebo (7). Il est très intéressant de noter aussi que cet effet significatif a été trouvé dans des études utilisant le baclofène à faibles doses, et uniquement chez des patients récemment désintoxiqués. En revanche, aucun effet significatif n'a été trouvé sur les niveaux de craving et sur les résultats de réduction de la consommation, tels que la réduction du nombre de jours de forte consommation d'alcool, ou du nombre total de verres consommés par jour de consommation. La majorité des études incluses dans la méta-analyse étaient basées sur des protocoles utilisant des doses faibles ou modérées et la méta-analyse a jugé la sécurité du baclofène comme bonne.

Si l'efficacité du baclofène est plutôt sur le maintien de l'abstinence et non sur la réduction de la consommation, on peut alors s'interroger sur son mécanisme d'action. Le baclofène est un agoniste du récepteur GABA-B du GABA. L'hypothèse d'un effet substitutif entre alcool et baclofène ne semble plus tenir et d'autres mécanismes doivent dès lors être envisagés pour expliquer une efficacité liée au maintien de l'abstinence (8,9). La méta-analyse n'a trouvé aucune différence entre le baclofène et le placebo en ce qui concerne le craving, l'anxiété et la dépression (7).

L'introduction de faibles doses, après une période de désintoxication supervisée, semble devenir, sinon la seule indication, du moins une option supplémentaire de l'autorisation officielle, car elle s'est révélée être la pratique et la plus fondée sur des preuves jusqu'à présent dans le TUA. En cohérence avec ses recommandations précédentes, la Société Française d'Alcoologie ne plaide pas pour la suppression de l'indication de réduction de la consommation et l'utilisation occasionnelle de doses élevées, en fonction des situations et des besoins individuels des patients (10–12). Cependant, l'utilisation de doses élevées de baclofène devrait nécessiter une supervision intensive des patients et une réévaluation très régulière du rapport bénéfice-risque du traitement.

À la lumière des résultats de la méta-analyse d'Agabio et al., cet éditorial vise à suggérer la reconsidération de l'indication du baclofène en France dans le maintien de l'abstinence (7). La France, qui a été pendant plus de dix ans un laboratoire national de l'utilisation du baclofène pour le TUA, devrait maintenir cette option pharmacologique dans la réduction de la consommation d'alcool, mais devrait adapter l'indication

officielle, à la lumière des preuves les plus récentes et les meilleures dans le domaine, qui suggèrent que le baclofène peut aider les personnes dépendantes de l'alcool à maintenir l'abstinence.

1. Références

1. ANSM. L'ANSM octroie une autorisation de mise sur le marché pour une utilisation du baclofène dans l'alcool-dépendance - Communiqué [Internet]. Actualités ANSM. 2018. Available from: <https://ansm.sante.fr/actualites/lansm-octroie-une-autorisation-de-mise-sur-le-marche-pour-une-utilisation-du-baclofene-dans-lalcoolo-dependance-communique>
2. Rolland B, Bordet R, Cottencin O. Alcohol-dependence: the current french craze for baclofen. *Addiction* [Internet]. 2012 Apr 11;107(4):848–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2011.03752.x>
3. Ameisen O. *Le Dernier Verre*. Denoël. Paris; 2008. 298 p.
4. Rolland B, Labreuche J, Duhamel A, Deheul S, Gautier S, Auffret M, et al. Baclofen for alcohol dependence: Relationships between baclofen and alcohol dosing and the occurrence of major sedation. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2015 Oct;25(10):1631–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924977X15001649>
5. Chaignot C, Zureik M, Rey G, Dray-Spira R, Coste J, Weill A. Risk of hospitalisation and death related to baclofen for alcohol use disorders: Comparison with nalmefene, acamprosate, and naltrexone in a cohort study of 165 334 patients between 2009 and 2015 in France. *Pharmacoeconom Drug Saf* [Internet]. 2018 Nov;27(11):1239–48. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.4635>
6. ANSM. Alcool-dépendance : nouvelles recommandations posologiques pour le baclofène [Internet]. Actualités ANSM. 2021. Available from: <https://ansm.sante.fr/actualites/alcoolo-dependance-nouvelles-recommandations-posologiques-pour-le-baclofene>
7. Agabio R, Saulle R, Rösner S, Minozzi S. Baclofen for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023 Jan 13;2023(1). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012557.pub3>
8. Chick J, Nutt DJ. Substitution therapy for alcoholism: time for a reappraisal? *J Psychopharmacol* [Internet]. 2012 Feb 8;26(2):205–12. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269881111408463>
9. Rolland B, Bordet R, Deheul S, Cottencin O. Baclofen for Alcohol-Dependence. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2013 Apr;33(2):280–1. Available from: <https://journals.lww.com/00004714-201304000-00036>
10. Rolland B, Paille F, Gillet C, Rigaud A, Moirand R, Dano C, et al. Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies. *CNS Neurosci Ther* [Internet]. 2016 Jan;22(1):25–37. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/cns.12489>
11. *Recommandations de bonne pratique - Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement D'après la méthode « Recommandations pour la pratique clinique »* 09 février 2015 Version actualisée le 05 juin 2023 [Internet]. 2023. Available from: <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECO-SFA-Version-2023-2-2.pdf>
12. Louvet A, Trabut J, Moreno C, Moirand R, Aubin H, Ntandja Wandji LC, et al. Management of alcohol-related liver disease: the French Association for the Study of the Liver and the French Alcohol Society clinical guidelines. *Liver Int* [Internet]. 2022 Jun 29;42(6):1330–43. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/liv.15221>

RECHERCHE

Etat des lieux national de l'utilisation des méthodes psychothérapeutiques et des autres interventions non médicamenteuses en addictologie : Résultats

Boulze-Launay Isabelle^{1,2}, Rigaud Alain², Basset Bernard², Paille François³

1. Laboratoire de psychologie, Epsilon, EA 4556 Rue du Pr. Henri Serre, 34000 Montpellier

2. Association Addictions France

3. Fédération Française d'addictologie

* Correspondance : Pr Isabelle Boulze-Launay, Laboratoire de Psychologie, Epsilon, EA 4556, rue du Pr. Henri Serre, 34000 Montpellier, isabelle.launay1@univ-montp3.fr

Résumé : La Fédération Française d'Addictologie (FFA) et Addictions France ont eu pour objectif de recenser les différentes psychothérapies et autres méthodes à visée thérapeutique (dites interventions non médicamenteuses), en procédant à l'identification des conditions de leur mise en œuvre par les acteurs du soin, de la prévention et les mouvements d'entraide. Nous avons aussi souhaité connaître les besoins de formation en lien avec les psychothérapies et les autres interventions non médicamenteuses. Une enquête en ligne a été diffusée d'octobre 2019 à décembre 2019 aux 19 associations membres de la FFA. Au total 447 personnes ont répondu à cette enquête. Cette enquête comprenait 10 rubriques : lieu principal d'exercice, formations initiales, description et fréquence des différentes psychothérapies et interventions non médicamenteuses, prises en charge individuelles, prises en charge de groupe, prises en charge de l'entourage, orientation des patients, supervision des pratiques, demandes de formation continue et la dernière rubrique ouverte portait sur les remarques sur l'enquête. L'analyse des résultats montre que les psychothérapies et les autres interventions non médicamenteuses sont très largement employées en addictologie mais que leurs fondements théoriques et conceptuels sont peu connus ou peu significatifs pour les répondants. Les supervisions des équipes sont devenues très rares et les formations proposées correspondent mal aux attentes des participants. Il reste à soutenir l'intérêt de ces approches en trouvant les meilleurs moyens de les intégrer et d'évaluer leur impact dans le cadre des parcours de soin.

Mots-clés : Psychothérapie, Intervention non médicamenteuse, addictologie

Abstract: The French Federation of Addictology (FFA) and Addictions France aimed to catalog the various psychotherapies and other therapeutic methods (referred to as non-medication-based interventions) by identifying the conditions for their implementation by healthcare providers, prevention professionals, and support groups. We also sought to understand the training needs related to psychotherapies and other non-medication-based interventions. An online survey was conducted from October 2019 to December 2019 among the 19 member associations of the FFA. A total of 447 individuals responded to this survey. The survey included 10 sections: primary place of practice, initial training, description and frequency of various psychotherapies and non-medication-based interventions, individual care, group care, care for family members, patient referral, supervision of practices, continuing education needs, and an open section for comments on the survey. The analysis of the results shows that psychotherapies and other non-medication-based interventions are widely used in addictology, but their theoretical and conceptual foundations are little known or insignificant to the respondents. Supervision of teams has become very rare, and the training offered does not meet the participants' expectations. It remains essential to support the interest in these approaches by finding the best ways to integrate and evaluate their impact within care pathways.

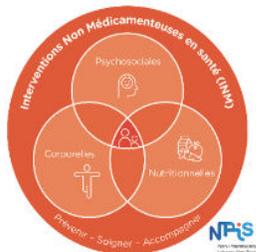
Mots-clés : Psychotherapy; Non-Medication-Based Intervention; Addictology

1. Introduction

La Fédération Française d'Addictologie (FFA) et l'Association Addictions France ont souhaité procéder à un inventaire des psychothérapies (au sens de psychothérapies pratiquées par les médecins et/ou les psychologues) et plus largement des méthodes dites non médicamenteuses actuellement utilisées dans les structures addictologiques en France. Selon Ninot (1), président de l'association N-PIS (Non-Pharmacological Intervention Society), une intervention non médicamenteuse (INM) « est une pratique de prévention santé ou de soin » (DEFINITION – NON PHARMACOLOGICAL INTERVENTION SOCIETY (npisociety.org))

Définition des INM 2023

Méthode de santé référencée, efficace, non invasive, personnalisée et encadrée par un(e) professionnel(le) qualifié(e)



Une INM est une pratique de prévention santé ou de soin

- Décrite (référéncée)
- Expliquée (mécanismes d'action)
- Etayée (étude bénéfiques/risques publiée)
- Administrée par un(e) praticien(ne) qualifié(e)
- Personnalisée (cadrée et ajustée au contexte)
- Intégrée dans un parcours individuel (tracée)

Une INM n'est pas...

- Un produit ou un service culturel
- Un produit ou un service de consommation courante
- Un produit de santé ou un dispositif médical
- Une action de promotion de santé publique
- Une organisation de soin
- Un aménagement environnemental
- Une approche, une philosophie, un mode de vie

Figure 1: Définition des INM par l'association N-PIS en 2023

Nous avons réalisé une enquête sur l'utilisation des psychothérapies et des autres INM pour préciser quels professionnels (soignants comme membre d'un mouvement d'entraide) pratiquent quelles méthodes. De septembre 2018 à septembre 2019, nous avons procédé à la construction de l'enquête en groupe de travail (groupe de travail sur les Psychothérapies de la Fédération Française d'Alcoologie), puis d'octobre à décembre 2019, l'enquête a été mise en ligne. L'ensemble de cette approche méthodologique a fait l'objet d'une publication (2).

Il est aussi important d'ajouter que parallèlement à cette démarche la FFA a procédé à la rédaction d'un « Guide pratique des psychothérapies les plus utilisées en addictologie » (3). Ce document de synthèse expose les principales psychothérapies et méthodes psychothérapiques pour les clarifier dans le but d'une optimisation des pratiques. Avec ce guide pour les patients, il s'agit d'améliorer la qualité des soins. Pour les professionnels, ce guide les soutient ou propose de les aider dans l'amélioration de leurs pratiques. Et enfin, dans le cadre de la recherche, ce guide précise les modes d'évaluation de ces méthodes (approches quantitatives ou qualitatives en fonction de la littérature scientifique).

Nous présentons ici les résultats de l'enquête sur les psychothérapies et les autres INM.

2. Méthode

En 2019, La FFA a construit une enquête en ligne qui a été adressée aux 19 associations (2) adhérentes (en 2023 la FFA compte 23 associations adhérentes) avec une anonymisation et une sécurisation des données.

Les deux premières rubriques (lieu principal d'exercice et formation professionnelle) permettaient de décrire les répondants. Les cinq rubriques suivantes décrivaient la pratique clinique des professionnels (prises en charge individuelles, de groupe ou auprès de l'entourage), le recours aux psychothérapies et aux autres INM, l'origine de l'orientation d'un patient vers une psychothérapie ou une autre INM. Les trois dernières rubriques portaient sur les connaissances théoriques et les formations (courant théorique,

supervision de pratiques, demande de formation continue). La dernière rubrique permettait de recueillir des informations qualitatives (réponses ouvertes) sur la nature des freins éventuels à l'utilisation des psychothérapies et aux autres INM.

Comme chaque participant renseigne les rubriques qui le concernent (catégorie professionnelle, type de prise en charge, modèle théorique), le nombre de répondants peut varier dans une même rubrique d'une question à l'autre. De plus, les répondants n'ont pas toujours renseigné la totalité des questions de l'enquête. Les résultats sont traités à partir d'analyses statistiques descriptives, le contenu thématique des réponses ouvertes (verbatim) a été traité à l'aide du logiciel NVivo 12 (4).

2.1. Présentation de la population des répondants

Au total, 447 personnes ont répondu à l'enquête dont 28 personnes appartenant à des mouvements d'entraide. Les niveaux de répondant ont été très variables selon les associations adhérentes de la FFA (entre 0 et 196 répondants). A noter que 22 répondants (soit 4,9 %) n'ont pas renseigné leur association d'appartenance (3).

Au niveau de la répartition des répondants, il y a environ 2/3 de femmes (328 femmes soit 73,54 %) pour 1/3 d'hommes (118 hommes soit 26,46 %), une personne n'a pas renseigné cette rubrique. Le portrait-type des répondants était une femme de 46 ans avec 13 ans de pratique en addictologie. Cette répartition usuelle et le nombre d'années d'expérience montrent que l'enquête a mobilisé des soignants qui avaient déjà une expérience confirmée en addictologie. Le tableau 1 décrit la répartition des répondants par catégories professionnelles.

Catégories professionnelle	Tableau	%
Médecins (51 médecins généralistes et 28 psychiatres...)	121	27
Psychologues	108	24
Infirmiers et 5 Infirmiers de pratique avancée	65	14,6
Educateurs - Educateurs sportifs	32	7,3
Bénévoles (membre d'un mouvement d'entraide)	28	6,3
Assistants sociaux	15	3,4
Conseillers en économie sociale et familiale	7	1,6
Diététiciennes	6	1,3
Ergothérapeutes	1	0,2
Aides-soignantes	1	0,2
Autres (28 réponses) / absence de réponse (35)	63	14,1
Total	447	100

Tableau 1 : Répartition de la population par catégories professionnelles en nombre et en pourcentage



Les médecins (27 %) et les psychologues (24 %) sont les catégories qui ont le plus répondu à cette enquête (51 % des répondants). Parmi les autres professionnels viennent les infirmiers (14,6 %) et les éducateurs ou éducateurs sportifs (7,3 %). Les bénévoles représentent 6,3 % de participants à l'enquête. Le questionnaire n'est peut-être pas parvenu à tous les acteurs de la prévention et du soin, ou ces mêmes acteurs non médecins et non psychologues ne se sont pas peut-être pas sentis concernés par ces pratiques.

3. Résultats

3.1. Description de la pratique clinique

3.1.1. Description des prises en charge individuelles, en groupe, avec et auprès de l'entourage, et orientation des patients

Sur les 447 répondants, 411 (91,2 %) affirment réaliser des consultations individuelles d'une durée moyenne de 30' à 45'. Ces consultations occupent 71 % de leur activité (estimation basée sur le dernier mois d'activité).

Sur 440 répondants (7 absences de réponses), 281 (64 %) animent des groupes de parole dont la durée est majoritairement d'1h30. La prise en charge de groupe est proposée au moins une fois par semaine. En termes de temps passé à cette activité, il est en moyenne de 17,4 % du temps de travail (estimation sur le dernier mois d'activité). On constate que 159 personnes (36 %) n'ont pas recours à cette méthode.

Sur 442 répondants (5 absences de réponse), 255 personnes (58 %) proposent une prise en charge auprès et/ou avec l'entourage, contre 187 personnes (42 %) qui ne se réfèrent pas à cette activité. Le temps de consultation est alors d'1h45 en moyenne. Les prises en charge sont ponctuelles (43,4 % des répondants rencontrent l'entourage moins d'une fois par mois dans leur activité) ou espacées (32 % des répondants ont des rencontres avec l'entourage tous les mois). Les rencontres régulières avec l'entourage sont plus rares mais concernent tout de même près d'1/4 des professionnels (24,6 %).

3.1.2. Description et fréquence des différentes psychothérapies et des autres interventions non médicamenteuses

Parmi les 447 personnes qui ont répondu, 8 professionnels sur 10 (79,4 %) déclarent pratiquer régulièrement une, plus rarement deux psychothérapie(s) et/ou des INM. Il s'agit majoritairement de médecins, de psychologues, d'infirmiers, de bénévoles et d'éducateurs. Le tableau 2 décrit les principales psychothérapies ou INM employées.

Il n'y a pas de techniques ou de psychothérapies qui prévalent. Quatre approches sont cependant privilégiées : le groupe de parole (13 %), les techniques motivationnelles (12,2 %), les interventions brèves (12 %) et la relation d'aide (10,4 %).

De plus, pour les autres méthodes psychothérapies mentionnées, les thérapies cognitivo-comportementales (7,3 %), la psycho-éducation ou l'éducation thérapeutique (6,5 %), les thérapies psychodynamiques, les approches psychodynamiques brèves (8,3 %) ou encore les thérapies familiales et systémiques, plusieurs remarques s'imposent. Pour les approches référées à des théories (les thérapies cognitivo-comportementales et les approches psychodynamiques), elles peuvent aussi être pratiquées en complément et/ou dans le cadre des méthodes précédemment citées (entretien individuel, groupe). Pour les approches familiales et systémiques (5 %), leur fréquence d'utilisation est plus restreinte.

Types de psychothérapies ou d'INM	Total	%
Groupe de parole	50	13
Techniques motivationnelles	47	12,2
Interventions brèves	46	12
Relation d'aide – counseling	40	10,4
Thérapies comportementales et cognitives	28	7,3
Psycho-éducation / Education thérapeutique	25	6,5
Thérapie psychodynamique – approche brève psychodynamique	32	8,3
Thérapie familiale – Systémie	19	5
Autres	97	25,3
Total	384	100

Tableau 2 : Principales psychothérapies ou autres INM employées

Le dernier point du tableau 2 qui mérite attention tient aux 25 % de psychothérapies ou autres INM mentionnées qui ne peuvent être regroupées dans les grandes catégories précédemment évoquées. Les réponses sont très diverses, allant des thérapies basées sur la pleine conscience, l'hypnose ou l'EMDR à l'art thérapie et aux thérapies à médiation. Peuvent aussi être mentionnées des techniques beaucoup moins connues ou très peu utilisées comme l'ostéopathie crânienne et structurelle, le brainspotting, la luminothérapie, les pilates, la gymnastique sensorielle, le yoga, l'équithérapie... Ces méthodes très diverses restent moins pratiquées ou marginales bien qu'elles puissent avoir leur intérêt dans certaines situations.

Lorsque l'on demande s'il y a des psychothérapies ou d'autres INM moins fréquemment utilisées que celles déjà citées, très peu de répondants s'expriment, et il ne s'agit quasiment que de médecins (28 répondants). Ces médecins citent 64 INM mises en place à titre ponctuel dans leur service. Il s'agit alors de techniques à médiation corporelle, de médiations artistiques, d'ateliers divers (écriture, réalité virtuelle, jardinage, photo-langage,...). Ces activités bien que diverses et moins fréquentes n'en restent pas moins des interventions, qui elles aussi ne doivent pas être négligées.

3.2. Connaissances théoriques, régulation et les formations

3.2.1. Principaux courants théoriques d'appui

Professionnel/courant théorique	Total sur 384 répondants	%
Absence de réponse	279	72,7%
Approche cognitivo-comportementale - approche cognitive	42	10,9
Approche psychosociale	25	6,5
Approche d'inspiration psychanalytique	18	4,6
Approche éducative	13	3,3
Approche systémique	8	2
Total des répondants	384	100

Tableau 3 : Principal courant théorique d'appui

Sur l'ensemble des 384 répondants qui affirment utiliser régulièrement psychothérapie et/ou d'autres INM, près des $\frac{3}{4}$ (72,7 %) ne répondent pas à la question portant sur leur(s) courant(s) théorique(s) d'appui.

Cette absence de réponse est massivement confirmée car, lorsque l'on demande si les répondants ont un second courant théorique d'appui, nous n'avons alors plus que 17 réponses (4,4 %).

3.2.2. Description des dispositifs de supervision

Supervisions	Non	Oui
Supervision par un intervenant INTERNE	383 (86 %)	64 (14 %)
Supervision par un intervenant EXTERNE	299 (67 %)	148 (23 %)
Groupes de régulation sur les pratiques ou d'une supervision HORS institution	372 (83,2 %)	75 (16,8 %)

Tableau 4 : Supervision de la pratique

Les 447 réponses indiquent majoritairement une absence de régulation des pratiques proposées par les institutions, qu'elles soient réalisées par un intervenant interne (383 soit 86 %) ou externe (299 soit 67 %). De même, très peu de participants font appel à des groupes de régulation en dehors de leur institution (372 soit 83,2 %)

3.2.3. La formation

A la question « Continuez-vous à vous former aux interventions non médicamenteuses que vous pratiquez ? », sur l'ensemble des 447 répondants, 77,85 % confirment continuer à se former. Les répondants indiquent que 74 % des formations suivies ne sont pas proposées et/ou contrôlées par les structures d'appartenance. Il s'agit d'auto-formation (lecture, article, ouvrages, e-learning...) pour 119 personnes (47 %), ou encore de participation à des formations non universitaires (séminaires...) pour 74 personnes

- le manque de reconnaissance dans la pratique
- une protocolisation excessive des pratiques
- le manque de ressources humaines
- difficulté de mobilisation par manque de temps

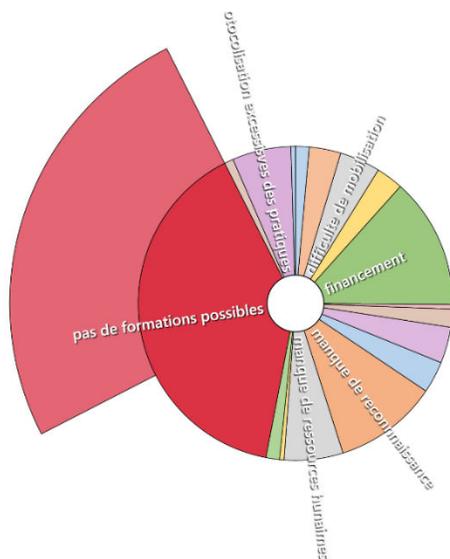


Figure 3 : Les 6 principales thématiques liées aux freins du recours aux psychothérapies et aux autres INM.

Les freins majeurs du recours aux INM sont centrés sur des manques (manque de formations, manque de financement, manque de ressources humaines). Des regrets sont aussi exprimés (manque de reconnaissance des INM, protocolisation excessive des pratiques, difficulté de mobilisation). Les autres thématiques sont trop marginales pour être exposées.

4. DISCUSSION

4.1. Population et principales psychothérapies ou autres INM employées

Sur la question de la mobilisation des répondants, le niveau plus élevé de réponses des membres de certaines associations (Association Addictions France [ex-ANPAA], Société Française d'Alcoologie...) peut avoir différentes explications : d'abord les tailles respectives des associations et leur organisation, des différences de culture pour la recherche, et des moyens humains disponibles pour ce type d'étude. Ainsi, par exemple, l'association Addictions France a réalisé une diffusion nationale à ses structures et mis en place un comité de pilotage pour suivre le nombre de réponses. Cela peut tenir aussi à la diversité des associations membres de la FFA (associations de praticiens versus associations de professionnels, de patients, fédérations de structures, réseaux...), aux doublons d'appartenance (il était demandé dans l'enquête de répondre à partir de son activité principale), à des difficultés de diffusion interne ou encore à une moindre mobilisation pour certains partenaires dans la diffusion de l'enquête... Cette démarche montre l'intérêt d'une structuration du recueil de données en addictologie pour donner une meilleure lisibilité aux enjeux thérapeutiques à soutenir dans le domaine du soin et de la prévention.

Le plus grand nombre de réponses vient des médecins et des psychologues (51 % des répondants), ce qui amène à plusieurs interrogations / hypothèses : soit les questionnaires ont été moins distribués aux autres catégories de personnels, considérant que les approches psychothérapeutiques les concerneraient moins que les médecins et les psychologues, soit ces mêmes professionnels considèrent qu'ils ne pratiquent pas

de méthodes à visée psychothérapeutique, alors que les infirmières par exemple (14,6 % des réponses) sont souvent en 1ère ligne pour assurer des activités qui entrent complètement dans ce champ.

Enfin, les résultats de cette étude doivent être relativisés car, d'une part, certaines catégories professionnelles sont surreprésentées et d'autres au contraire peu représentées dans notre échantillon ; d'autre part, parce qu'il est possible qu'il y ait un biais de réponse, les professionnels pratiquant étant peut-être plus intéressés et susceptibles de répondre à ce type d'enquête.

4.2. La pratique clinique et l'utilisation des psychothérapies et des autres INM

Les répondants indiquent à une très forte majorité faire des consultations individuelles (plus de 90 %). Ce point peut être mis en relation avec le fait que sur les 447 répondants, il y a 121 médecins et 108 psychologues, soit la moitié des participants. Pour ces deux catégories professionnelles, les consultations individuelles sont un usage prévalent dans leur pratique quotidienne. Les activités de groupe sont également fréquentes, surtout sous la forme d'animation de groupes de parole (2/3 des répondants). Ces activités représentent l'essentiel du temps thérapeutique passé par les 447 professionnels (près de 90 %). L'entourage n'est pas délaissé puisque 58 % des répondants proposent des activités pour ou associant l'entourage. Si ces rencontres sont majoritairement ponctuelles (5% de l'activité), elles sont tout de même régulières pour un quart des répondants. Notons que comme ces approches s'adressent à l'entourage et pas seulement aux patients, il est normal que le recours à leur utilisation soit plus faible que les autres approches. Il n'empêche que le recours à ces méthodes reste un élément important des programmes de soins en addictologie. Il est aussi probable que les modalités et les objectifs de ces rencontres soient très variables selon les structures et leurs moyens, depuis un entretien d'évaluation de la situation familiale jusqu'à des thérapies familiales structurées en passant par tous les degrés et modalités du travail avec l'entourage.

Concernant les activités thérapeutiques proposées, cette étude montre d'abord que la grande majorité des répondants propose des psychothérapies ou d'autres INM à leurs patients. Ensuite, les méthodes les plus utilisées ne sont pas des psychothérapies structurées au sens habituel du terme, mais plutôt des interventions simples qui sont aussi celles qui nécessitent le moins de formations spécifiques et/ou longues. Il s'agit surtout d'entretiens motivationnels, d'interventions brèves, de relation d'aide et de groupes de parole. Les thérapies psychodynamiques brèves sont les plus utilisées par un peu plus de 8 % des répondants, juste devant les TCC (7 % des répondants) et les thérapies familiales/systemiques (5 %). On peut aussi penser que les résultats globaux présentés mériteraient d'être plus finement analysés en croisant par exemple la nature des psychothérapies et autres INM proposées avec les structures d'appartenance, le temps des prises en charge à l'hôpital, lors soins résidentiels de suite ou encore en ambulatoire étant très variable. D'autres informations comme le manque de personnel nécessaire pour développer ces méthodes (temps médical ou de psychologue insuffisant) ou comme l'impossibilité à se former pourraient participer à une meilleure analyse des résultats.

Enfin, 25 % des répondants indiquent pratiquer d'autres méthodes et leur inventaire est long et varié ... Cela indique sans doute que des répondants pratiquent des techniques auxquelles ils adhèrent, qui d'ailleurs peuvent avoir un intérêt en s'inscrivant dans un programme thérapeutique plus large, même si l'évaluation de leur efficacité spécifique est souvent encore insuffisante. Il reste à analyser si ces techniques s'intègrent harmonieusement dans les programmes de soins, notamment en favorisant les interactions entre soignants et soignés, ou s'il s'agit de proposer de méthodes qui plaisent certes aux professionnels mais sans réelle cohérence avec les besoins des patients en termes d'altérations fonctionnelles et/ou avec le reste des programmes de soins. Il y a là un enjeu de réflexion essentiel pour évoluer vers des soins de qualité, cohérents, complémentaires et adaptés aux patients.



La multiplicité actuelle des psychothérapies et des autres INM interroge ainsi à la fois la question de leur ancrage dans les équipes mais aussi celle de leur ancrage théorique, notion peu renseignée dans l'enquête indiquant, probablement du fait d'une culture scientifique insuffisante, une difficulté à situer leur pratique dans les références conceptuelles et donc peut-être à en situer les objectifs thérapeutiques au regard des problématiques addictives. Si les approches dites « classiques » restent incontournables (entretiens individuels, groupes, entourage), elles sont associées à une multiplicité de méthodes dont le choix n'est cependant pas systématiquement conceptualisé et justifié, laissant penser qu'il s'agirait plus de médiations qui permettraient de mettre en œuvre des psychothérapies ou d'autres INM plus classiques.

Ainsi les praticiens voient dans cette synergie des psychothérapies et des autres INM une plus-value à l'offre de soin qu'ils souhaitent préserver en l'état et continuer à développer si les formations qui leur sont proposées le leur permettaient.

On peut s'interroger sur l'engouement pour certaines approches, en plus de leur intérêt pour les patients : sont-elles un moyen de se renouveler dans la prise en charge des pathologies chroniques que sont les addictions ? Participent-elles à des espaces dans lesquels les thérapeutes peuvent se ressourcer ? Nous aurions là un indicateur du besoin qu'ont les professionnels à être soutenus dans leur fonction.

4.1. Connaissances théoriques, régulation et les formations

En ce qui concerne l'absence d'identification du courant théorique, il peut s'agir d'une difficulté des soignants à situer leur pratique dans les références conceptuelles des différentes psychothérapies et autres INM ou encore d'un manque d'intérêt pour ce type de question. Il est aussi possible que la majorité des professionnels qui ne sont pas de formation psychothérapeute ne se soucient pas des courants théoriques.

Un autre point doit aussi être souligné, il est nécessaire que les intervenants en addictologie présentent des « qualités » qui pourraient se résumer en : « savoir-être et savoir-faire » (5, 6). Nous rencontrons en ce moment dans les pratiques cliniques un double écueil. Le savoir sur les psychothérapies et les autres INM est mis à mal par un manque de formations. Le savoir-être n'est pas garanti par le travail de supervision. Insistons sur le fait qu'en addictologie, les intervenants doivent être capables de conjuguer une bonne capacité d'écoute et d'empathie avec leur pratique. C'est cette articulation qui aide à supporter, dans le temps, les difficultés dans la relation thérapeutique.

Dans notre enquête, on peut supposer que la souffrance exprimée par les soignants (excès de protocolisation des soins, difficultés d'accès aux formations par manque de moyens financiers, déficit de choix en adéquation avec les demandes) va ainsi de pair avec l'absence d'espace de régulation des pratiques. Ainsi nous n'avons pas envisagé que cette enquête puisse donner lieu à des réponses qui vont au delà du fait de recenser des données sur les psychothérapies et les autres INM. En effet dans les réponses ouvertes, les personnes se sont saisies de ces espaces pour exposer leur malaise dans le soin. Il s'agit de désaccords sur la pratique et le contexte de leur exercice. L'exemple mentionné sur les « excès de protocolisation des soins », le manque du temps semble soit traduire une absence de préoccupation pour des éléments théoriques notamment pour les méthodes utilisées le plus souvent : groupe de parole, techniques motivationnelles, interventions brèves et relation d'aide, soit encore exposer une souffrance au travail. On peut alors se demander si l'absence de formation et de régulation ne pourrait pas expliquer le peu de réponses sur les référentiels théoriques ou les confusions dans les réponses pour associer une méthode à un champ théorique ou un domaine d'activité. Ce fractionnement de la pensée, ce manque de sens dans la pratique font aussi penser à des états proches du burn-out (7). Si l'épuisement physique n'est pas mentionné dans l'enquête (le thème ne s'y prêtait pas et n'a pas été intégré dans les questions), l'épuisement émotionnel (sphère affective du rapport au travail) et l'épuisement cognitif (attention portée à la pratique, apprentissage

demandé dans l'exercice de sa profession) sont évoqués. On peut émettre l'hypothèse que ces épuisements émotionnels et cognitifs pourraient parfois être compensés par un renouveau associé à des pratiques jusque là non utilisées... Dans ce cas, l'intérêt pour les psychothérapies et les autres INM serait plus à relier au besoin de retrouver des espaces de pensée, de répit dans des pratiques usantes psychologiquement. L'épuisement au travail n'est pas spécifique aux addictions, elle semble toucher les soins dans leur ensemble, avec très souvent le problème des prises de divers toxiques pour y faire face (8).

Les analyses de verbatim attestent de ce manque de considération. Il est donc important de souligner les risques pour toute équipe en addictologie de ne pouvoir pas bénéficier de groupes de régulation afin de maintenir une bonne utilisation des techniques thérapeutiques, et de prévenir tout risque d'usure, de manque de contrôle et d'analyse dans son implication dans le soin. Il s'agit d'espace indispensable pour continuer à se former, à s'interroger sur ces actions thérapeutiques, et se ressourcer. Rappelons que les soignants sont eux-mêmes outils de soin dans ces rencontres cliniques.

Enfin, comme toutes ces méthodes impliquent des formations adaptées et de qualité, et que plus de ¾ des répondants continuent à se former hors du contrôle de leur structure d'appartenance et que 20 % des répondants se forment en l'absence de financement, il y a là un sujet de réflexion important sur les politiques devant être soutenues dans les domaines des soins mais aussi et surtout de la prévention.

5. CONCLUSION

Cette enquête, malgré ses limites, apporte des éléments intéressants sur le recensement des psychothérapies et les autres INM dans les structures addictologiques de France. Elle souligne un ensemble de questions : quels sont les modes d'évaluation les mieux adaptés pour toutes ces méthodes qui se multiplient (25 % des pratiques non classiques) ? Quelle est la place pour ces méthodes dans les programmes de soins des structures addictologiques ? Que pouvons-nous proposer à chaque patient selon ses besoins dans le cadre d'un parcours de soins personnalisé et intégratif ? Quels intervenants peuvent recourir à ces méthodes et avec quelle formation ? Dans les structures addictologiques, ambulatoires ou résidentielles, les psychothérapies et des autres INM sont souvent proposées par des professionnels dont la formation initiale, la qualification et la fiche de poste peuvent en être assez éloignées, même s'ils (se) sont formés selon des modalités elles-mêmes très diverses. Le recensement des méthodes disponibles sur un territoire et le partage d'un éventail de possibilités thérapeutiques complémentaires entre plusieurs structures permettraient à chaque patient, à un moment de sa trajectoire et en fonction des étapes de son évolution, de l'orienter vers la structure lui apportant le niveau d'intensité de soins et les méthodes les plus adaptées pour l'aider à modifier ses comportements et son rôle dans l'environnement. Il reste ainsi à définir conceptuellement et cliniquement quelles sont les pratiques à mutualiser et à quel moment du parcours, et quelles sont les raisons de leur opérationnalité propre à l'addictologie dans un parcours de soins.

Pour le mode de valorisation et de la validation de l'ensemble de ces actions, on peut se demander si la multiplication de différentes méthodes ne pourrait être davantage envisagée comme des approches qualitatives (9, 10, 11) plus compatibles avec les approches holistiques du soin, la participation d'anciens patients à ses études (12), les méthodes de la narrative evidence based medicine (13, 14). Ainsi la FFA bénéficierait d'une base de données sur les pratiques qu'elle pourrait justifier en termes d'options thérapeutiques s'appuyant sur des conceptions théoriques solides pour défendre au niveau politique une cause : celle d'un soin de qualité adapté aux sujets présentant des problématiques addictives qui demande une prise en charge longue.

6. REFERENCES

1. Ninot G, Boulze-Launay I, Bourrel G, Gerazime A, Guerdoux-Ninot E, Lognos B, ... Carbonnel F. De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie. *Hegel*. 2018 : (1), 21-27.
2. Paille F. Guide pratique des psychothérapies les plus utilisées en ADDICTOLOGIE, coordinateur F Paille. 2022 : [Microsoft Word - FFA-Guide psychotherapies-2022_05.docx \(addictologie.org\)](#)
3. Boulze-Launay I, Rigaud A, Basset B, Paille F. Etat des lieux national des méthodes psychothérapeutiques et des interventions non médicamenteuses en addictologie, Préalables scientifiques et méthodologiques. *Revue Alcoologie et Addictologie*. 2020 : 42 (3) : 38-49.
4. Edhlund B, McDougall A. *NVivo 12 essentiels*. Lulu, com, 2018.
5. Malka R, Fouquet P, Vachonfrance G, Audouin D, Nataf C. *Alcoologie*. Masson, 1983.
6. Bonvin E. Pour une initiation propédeutique à la relation thérapeutique: Transmettre l'art de l'influence. *Psychothérapies*. 2006 : 26(4), 187-196.
7. Chaine, L. (2023). Pratiques langagières en psychothérapie du burnout et des souffrances au travail. Élaboration des mini-récits d'émancipation en période d'arrêt de travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 36, 51-66.
8. Coscas, S., Rolland, F., Rodriguez, K., & Benyamina, A. (2023). Le personnel soignant et les addictions, le milieu anesthésique à risques. Un exemple de prévention: la mission FIDES (AP-HP). *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 27(5), 321-326.
9. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'assurance maladie*. 2001 : 32(2), 117-121.
10. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*. 2004 : 10(1), 79-86.
11. Guiberteau J, Collonnaz M, Kivits J, Martini H, Paille F. Trajectoires addictives et de soins des personnes présentant une conduite addictive en Lorraine. *Santé Publique*. 2022 : 34.
12. Pommery A, Moisan D, Claudon M. Patient expert en addictologie. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2018 : 12(7), 610-611.
13. Charon R, Wyer P. Narrative Evidence Based Medicine. *The Lancet*. 2008 : 371: 296-297.
14. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'assurance maladie*. 2001 : 32(2), 117-121.

Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt.

Remerciements : Les auteurs remercient l'ensemble de membres de la commission scientifique d'Addictions France (ex- ANPAA), Benjamin Rolland, Sophie Biba, Pierre Gaudriault, Guillaume Quercy, Alain Rigaud et Nicolas Simon. Les auteurs remercient aussi le groupe de travail de la FFA piloté par François Paille. Ce groupe de travail était composé de Pierre Arwidson, Marc Auriacombe, Bernard Basset, Isabelle Boulze-Launay, Georges Brousse, Micheline Claudon, Olivier Cottencin, Jean-Pierre Daulouède, Maurice Dematteis, Alain Dervaux, Benoit Fleury, Geneviève Lafaye, Yann Le Strat, Amandine Luquiens, Fabrice Olivet, Gérard Ostermann, François Paille, Ariane Pommery, Jean-Claude Tomczak, Didier Touzeau, Philippe Sayer.

**Mise au point**

Addictions et inégalités sociales : une dimension importante pour les politiques publiques

Cases Chantal¹, Beck François^{2,3*}

¹ Institut national de la statistique et des études économiques Insee, Paris, France

² Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations, Université Paris-Saclay, UVSQ, Univ. Paris-Sud, Inserm U1018, Villejuif, 94807, France

³ Santé publique France, Saint-Maurice, France

* Correspondance : François Beck, Santé publique France, Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations, Université Paris-Saclay, UVSQ, Univ. Paris-Sud, Inserm U1018, Villejuif, 94807, France . Francois.BECK@santepubliquefrance.fr

Résumé : La réduction des inégalités de santé est un des objectifs transversaux affichés de la politique de santé publique en France depuis la loi de 2004, dans laquelle six objectifs spécifiques, ne mentionnant pas de référence aux inégalités sociales, concernaient les addictions. Les conduites addictives apparaissent pourtant, comme les autres comportements de santé et de recours aux soins, très différenciées selon le niveau social. L'analyse de ces inégalités est délicate et les données souvent insuffisantes pour la mener de façon approfondie et en évolution sur longue période. Il apparaît un gradient social très net de tabagisme quotidien, et les inégalités sociales semblent s'être renforcées sur les deux dernières décennies. En matière d'alcool, le changement des seuils et indicateurs de conduites à risques rend l'évolution temporelle difficile, au-delà de la baisse de la consommation moyenne, de la réduction des écarts de consommation entre hommes et femmes et de l'inversion du gradient social pour les femmes. Les consommations régulières de cannabis concernent plutôt les jeunes défavorisés, mais les jeunes des milieux favorisés expérimentent davantage. De plus en plus considérée comme cruciale, la réduction des inégalités sociales en matière d'addiction constitue un véritable défi de connaissances et d'actions pour les politiques de santé publique.

Mots-clés : addictions, inégalités sociales, politiques de santé, réduction des risques, évaluation

Abstract: Reducing health inequalities has been one of the cross-cutting objectives of public health policy in France since the 2004 law, which included six specific objectives related to addictions without referencing social inequalities. However, addictive behaviors, like other health behaviors and healthcare utilization, vary significantly according to social level. Analyzing these inequalities is challenging due to often insufficient data for in-depth, long-term study. A clear social gradient in daily smoking is evident, and social inequalities appear to have worsened over the past two decades. For alcohol, changing risk thresholds and indicators complicate temporal analysis beyond the average consumption decline, the narrowing consumption gap between men and women, and the reversal of the social gradient for women. Regular cannabis use is more common among disadvantaged youth, while advantaged youth are more likely to experiment. Increasingly recognized as crucial, reducing social inequalities in addiction presents a significant challenge for public health knowledge and action.

Keywords: Addictions; Social Inequalities; Health Policies; Risk Reduction; Evaluation

1. Introduction

La prise en compte politique de la réduction des inégalités de santé est apparue plus tardivement en France que dans la plupart des autres pays européens [1]. Or il a été établi que si une mesure de santé publique n'est pas conçue pour toucher de façon adaptée les différents publics, risque d'augmenter les inégalités [2]. Cette préoccupation constitue désormais un des objectifs de la politique de santé publique en France depuis la loi de 2004 jusqu'à la Stratégie nationale de santé 2018-2022. A juste titre, puisque d'importantes inégalités sociales sont observées pour la plupart des maladies, problèmes et comportements de santé, et se traduisent notamment par un gradient social de mortalité plus élevé en France que dans les autres pays d'Europe occidentale [3].

Le second Plan cancer (2009-2013), pionnier en la matière en France, avait fait de la réduction des inégalités sociales de santé sa priorité [4], mais les évaluations réalisées par le Haut Conseil de santé publique, soulignent à la fois le caractère innovant de cet objectif et les limites des actions engagées dans ce plan et dans le suivant, notamment en termes de systèmes d'observation [5,6]. Les plans et programmes de lutte contre les addictions en cours mentionnent également, dès leurs éditoriaux, les inégalités sociales parmi les questions qu'ils doivent traiter [7,8].

Les conduites addictives sont en effet, comme les autres comportements de santé et de recours aux soins, très différenciées selon le niveau social. Le contraire serait étonnant, tant le contexte social est essentiel pour les mettre en perspective et les expliquer. Les inégalités sociales de consommation de produits psychoactifs sont d'ailleurs un élément d'explication invoqué parmi d'autres pour expliquer les inégalités sociales de morbidité et de mortalité qui apparaissent particulièrement marquées en France [9-11], dans un contexte où les conséquences sanitaires et sociales des consommations d'alcool et de tabac sont très importantes : il s'agit des deux premiers facteurs de risque de mortalité évitable en France [12].

Mais, à bien des égards, l'analyse des inégalités sociales en matière d'addictions est plus délicate que pour d'autres problèmes de santé [13] : leur ampleur et parfois leur sens varient notamment selon les produits et le genre. De plus, les données permettant de monitorer les politiques de réduction de ces inégalités sociales sont encore insuffisamment exploitées, et surtout de manière variable selon les produits. Il s'agit de grandes enquêtes quantitatives en population générale, principalement l'enquête santé et protection sociale de l'IRDES jusqu'en 2014, le Baromètre santé de Santé publique France, ou des enquêtes ESPAD ou ESCAPAD de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) auprès des adolescents.

L'objectif de cet article est ainsi de mettre en regard les données scientifiques et institutionnelles sur la question de la place occupée par les addictions et leurs conséquences dans les inégalités sociales, et la mise en place des politiques publiques traitant de ces questions.

2. Le suivi des objectifs de santé publique

Les principaux objectifs de la loi de santé publique de 2004 ont donné lieu, de 2006 à 2017, à des rapports de suivi annuels publiés par la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques du Ministère de la santé (DREES), sur la base d'indicateurs définis par un groupe d'experts en 2005 et révisés en 2013 [14]. Deux objectifs annexés à la loi de 2004 concernaient l'alcool (baisser la consommation d'alcool par habitant ; réduire la prévalence de la consommation d'alcool à risque ainsi que l'installation dans la dépendance) et deux autres le tabac (baisser la prévalence du tabagisme quotidien ; faire totalement disparaître la consommation de tabac en milieu scolaire et réduire le tabagisme passif au travail et dans les lieux de loisirs). Deux autres, très spécifiques, concernaient les opiacés : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue par voie intraveineuse et poursuivre



l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs. Ces objectifs étaient définis sur l'ensemble de la population, sans faire mention particulière à des écarts entre groupes sociaux.

Le suivi de ces objectifs sur le tabac et l'alcool laissait cependant place, pour rendre compte de l'objectif transversal de réduction des inégalités de santé formulé dans la loi, à de brèves analyses de synthèse des disparités entre catégories sociales et par zones géographiques, assorties ou non, selon les années, de tableaux de données issues des principales enquêtes sur la santé en population générale [15-21]. Depuis 2017, le suivi de la consommation de tabac, régulièrement publié par Santé publique France, inclut une analyse descriptive des inégalités sociales de consommation. En revanche, le suivi de la consommation d'alcool est moins régulier, moins fouillé et marqué par une relative instabilité des indicateurs utilisés. Il existe par ailleurs relativement peu de données récentes ou d'évolutions temporelles pour apprécier l'ampleur des évolutions des inégalités sociales en matière d'alcool ou de cannabis, et encore moins sur les autres produits illégaux pour lesquels la rareté de la consommation rend nécessaire le recours à des enquêtes spécialisées. Or toutes ces informations sont essentielles pour évaluer, et le cas échéant, ajuster les politiques publiques. Quant aux causes de ces inégalités, auxquelles doivent s'adresser des travaux de recherche plus élaborés, leur compréhension est évidemment centrale pour les réduire, et dans ce cas encore les analyses les plus fouillées en matière d'inégalités sociales concernent le tabac.

3. Un gradient social de tabagisme...

En 2019, selon les données les plus récentes du Baromètre santé de Santé Publique France [13], trois Français de 18-75 ans sur dix déclarent fumer (30%) et presque un quart fume quotidiennement (24%). Cependant, que l'on observe cette prévalence par niveau de diplôme, de revenu ou entre actifs et chômeurs, les écarts apparaissent sensibles entre catégories favorisées et défavorisées, au détriment de ces dernières : à la même date, le tabagisme quotidien concernait 32 % des non diplômés et seulement 18 % des diplômés du supérieur, 30 % du tiers de la population percevant le plus faible revenu par unité de consommation contre 18 % du tiers de la population au niveau de vie le plus élevé. Les écarts ne s'observent pas seulement entre les groupes les plus et les moins favorisés : la prévalence du tabagisme augmente assez régulièrement lorsque le revenu ou le niveau de diplôme baisse, laissant apparaître un véritable gradient social de consommation. Par ailleurs, le tabagisme apparaît fortement associé au chômage, puisque 43 % des chômeurs déclarent lors de l'enquête fumer quotidiennement, contre 25 % des actifs occupés.

Ce ne sont pas des faits nouveaux : des inégalités sociales de tabagisme quotidien sont documentées sur une longue période, et de manière régulière depuis le début des années 2000, notamment en termes de professions et catégories sociales (PCS) et de statut d'activité [15-21]. En 2019, comme par le passé, la prévalence du tabagisme quotidien s'avère toujours significativement plus élevée chez les hommes (28%) que parmi les femmes (21 %).

3.1. Et depuis vingt ans, des inégalités sociales plutôt renforcées

Quel tableau général en évolution peut-on tirer des indicateurs publiés depuis les années 2000 ? Sur les 20 dernières années, après plusieurs décennies de baisse, le tabagisme quotidien a été fort peu réduit en moyenne. Il a même augmenté entre 2005 et 2010, et s'est stabilisé ensuite. Il ne semble avoir diminué que sur les années les plus récentes, après 2016. Les évolutions ont, de plus, été inégales selon les groupes sociaux. Pour les cadres supérieurs et les professions libérales [23], le tabagisme quotidien a baissé de 9 points entre 2000 et 2003 (de 36 % à 27 %), puis est resté stable jusqu'en 2007 (28 %) [21]. En 2014, 19 % des cadres fumaient chaque jour. Pour les ouvriers, il a baissé de 45 % en 2000 à 37 % en 2005, pour remonter à 40 % en 2007 et 42 % en 2014, de sorte qu'au total, la baisse de la prévalence du tabagisme quotidien est



apparue nettement plus faible pour les ouvriers. Finalement, on constate sur l'ensemble de la période une aggravation sensible des inégalités entre catégories sociales, et une stabilité des inégalités entre hommes et femmes à environ 7 points. La prévalence du tabagisme quotidien a en moyenne décliné de manière assez parallèle pour les deux sexes. Elle était respectivement de 36% pour les hommes contre 26% pour les femmes en 2000.

4. Des inégalités qui se construisent dès le plus jeune âge

L'analyse des effets d'âge et de génération est importante pour comprendre la construction de ces inégalités dont il a été montré qu'elles s'enracinaient dans les expériences négatives vécues tout au long de la vie [24] et qu'elles ont tendance à se renforcer avec le temps, d'autant plus si elles sont apparues de façon précoce [25]. La théorie anglo-saxonne du *pathways model* (modèle des cheminements) identifie ainsi l'effet cumulatif des conditions défavorables dès l'enfance et tout au long de la vie pour expliquer la genèse des inégalités sociales de santé [26,27].

De nombreux travaux portent ainsi sur l'initiation au tabac et sur le passage de son expérimentation à son usage régulier. De manière générale, les études concluent à une expérimentation assez large, mais à un passage de l'expérimentation à l'usage habituel plus fréquent chez les jeunes de milieux plus défavorisés [28,29]. L'arrêt de la consommation semble à l'inverse moins fréquent pour ces catégories, y compris à l'âge adulte et lorsqu'une démarche est entreprise en ce sens [30,31]. Une transmission intergénérationnelle du tabagisme a également été mise en lumière [29] : les enfants de fumeurs sont plus fréquemment eux-mêmes fumeurs. Les écarts entre générations sont également marqués. Une analyse rétrospective a conclu qu'après avoir été plus fréquent parmi les groupes les plus diplômés, le tabagisme y a reculé, alors qu'il continuait de progresser parmi les groupes moins diplômés [32]. Il a également existé des décalages générationnels entre hommes et femmes, ces dernières ayant adopté la consommation du tabac plus tardivement, à partir de la génération 1950.

5. Pour l'alcool, les groupes sociaux à risque varient selon les indicateurs

Pour ce qui concerne les consommations d'alcool à risque, le diagnostic sur la description et surtout l'évolution temporelle des inégalités sociales est plus complexe à mener. Cette difficulté tient en partie à la multiplicité et à la diversité des indicateurs publiés au fil du temps [33]. Sur les deux dernières décennies, trois jeux d'indicateurs différents permettant la mesure des inégalités sociales ont été successivement analysés par les experts. La quantité moyenne annuelle d'alcool consommée est également documentée, mais, issue de sources sur les ventes d'alcool, elle ne permet pas d'analyse par catégorie de consommateur.

Au début des années 2000, les enquêtes en population générale ont permis d'évaluer une consommation dite à l'époque « à risque ponctuel » et une consommation dite « à risque chronique » à partir d'un module standard de questions, l'AUDIT-C, et des seuils de risques définis par les experts mobilisés par l'OMS dans le cadre des stratégies de réduction des consommations excessives avec un angle affirmé dans le sens de la réduction des risques. La consommation étiquetée à tort à risque ponctuel y était définie par une consommation d'au plus 21 verres standard d'alcool par semaine pour les hommes, 14 verres pour les femmes, et au moins 6 verres en une seule occasion une fois par mois au plus ; la consommation à risque chronique par une consommation d'au moins 22 verres par semaine pour les hommes, 15 verres pour les femmes, ou 6 verres ou plus au moins une fois par semaine. Les travaux internationaux les plus convaincants ont ainsi été menés à partir des réponses à l'Audit-C obtenues dans des enquêtes en population générale, montrant par exemple à quel point les individus les moins instruits sont plus susceptibles de signaler des conséquences négatives liées à l'alcoolisation [34-36]. Ces inégalités sociales se retrouvent assez naturellement dans la mortalité liée à l'alcool [37].



A partir de 2013, le suivi de la loi de santé publique a retenu la fréquence de la consommation d'alcool et mis en avant la prévalence de la consommation quotidienne, ainsi que la quantité consommée déclarée pour une journée « ordinaire » de consommation. Enfin les données les plus récentes reposent sur un nouveau repère de consommation défini en 2017 par un groupe d'experts mandatés par Santé Publique France et l'Institut national du cancer, toujours au regard de la fréquence et de la quantité des consommations mais avec des seuils différents. Ce nouveau repère est constitué de trois dimensions : ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine ; pas plus de 2 verres standard par jour ; avoir des jours dans la semaine sans consommation. Une consommation est jugée à risque si au moins une de ces conditions n'est pas respectée. Ces différents indicateurs utilisés au fil du temps n'ont pas été « raccordés » entre eux ; l'analyse temporelle qui peut en être menée est donc nécessairement assez impressionniste, puisque la notion même de consommation à risque varie dans le temps.

Au début des années 2000, selon les données de l'enquête santé et protection sociale de l'IRDES, plus d'un homme sur dix était jugé présenter un risque chronique et environ trois hommes sur dix un risque « ponctuel » [38]. Ces prévalences s'avéraient nettement moins fréquentes parmi les femmes : respectivement 2 % et 10 %. La moitié des hommes de 25 à 64 ans pouvait même être considérée comme à risque « ponctuel » ou chronique. Le tableau des inégalités sociales apparaissait assez contrasté selon l'indicateur retenu et le genre : la non-consommation était davantage déclarée, toutes choses égales par ailleurs, par les ménages à bas revenus, les hommes au chômage, les personnes ayant un niveau d'éducation faible, les étudiants et autres inactifs non-retraités, les ouvrières et les agricultrices. Parmi les femmes, à l'inverse du gradient social couramment observé pour les problèmes de santé, les cadres se distinguaient des autres catégories par une consommation à risque plus fréquente. Les hommes agriculteurs, artisans, commerçants et ouvriers étaient plus touchés que les autres catégories par l'alcoolisation excessive chronique, qui concernait moins, toutes choses égales par ailleurs, les diplômés du supérieur ; mais agriculteurs et ouvriers l'étaient moins par l'alcoolisation à risque ponctuel. Dans sa publication de 2006, la DREES évoquait une atténuation des écarts entre PCS sur la période 2002_2004 pour les hommes, mais ce diagnostic n'a pas été confirmé dans les autres rapports de suivi de la loi [15]. Selon le Baromètre santé, en 2010, et pour les mêmes indicateurs, les conclusions étaient voisines ; la situation d'emploi apparaissait comme un facteur protecteur d'usage à risque de l'alcool, celle-ci étant particulièrement importante parmi les hommes chômeurs les plus jeunes et ceux de 45-54 ans. Pour les hommes, l'usage d'alcool à risque était plus fréquent parmi ceux n'ayant pas le baccalauréat [31].

Les nouveaux indicateurs publiés dans le cadre du suivi de la loi de santé publique après 2015 [20,21] ne rendent malheureusement plus compte des inégalités entre catégories sociales en séparant l'analyse pour les hommes et les femmes. Les effets de genre apparaissent alors mêlés et les situations moins claires. Le rapport de la DREES note ainsi que « dans les catégories des agriculteurs, des artisans, commerçants, chefs d'entreprise et des inactifs âgés de 18 à 64 ans, 14 à 17 % sont des consommateurs quotidiens contre 1 % chez les étudiants, 4 % parmi les employés et 6 % parmi les professions intermédiaires. Ces différences de prévalence sont cependant en partie liées aux différences de répartition entre hommes et femmes entre les PCS. Les femmes, moins consommatrices d'alcool que les hommes, sont proportionnellement plus nombreuses dans la catégorie des employés que dans celle des agriculteurs ou des artisans, commerçants et chefs d'entreprises » [21].

Pour le nouveau repère retenu en 2017, et évalué à l'aide du Baromètre santé, 24 % des personnes de 18-75 ans présentaient une consommation d'alcool à risque pour la santé [39] ; dans le détail, 19 % déclaraient avoir bu plus de 2 verres d'alcool en une journée au moins une fois au cours de la semaine précédente, 10 % déclaraient avoir bu plus de 10 verres d'alcool au cours des sept derniers jours et 8 % déclaraient avoir consommé de l'alcool plus de cinq jours sur sept. Parmi les personnes dépassant le repère, 69% étaient des

hommes. Les effets d'âge, de diplôme, de revenu et de situation d'activité ont été analysés par genre, mais pas la catégorie sociale ; toutes choses égales par ailleurs, parmi l'ensemble des 18-75 ans, les personnes aux revenus les plus élevés étaient plus à risque d'avoir dépassé le repère et, plus spécifiquement, d'avoir consommé plus de 2 verres le même jour. Contrairement aux résultats issus des données et indicateurs antérieurs, aucun lien significatif n'a été mis en évidence avec la situation professionnelle. Parmi les femmes, le résultat central demeure sur l'inversion du gradient : les plus diplômées ou celles percevant les plus hauts revenus avaient une probabilité plus grande d'avoir dépassé le repère. Ce rapprochement des conduites d'alcoolisation des hommes et des femmes, à l'instar de l'uniformisation des rôles sociaux, est ainsi apparu plus marqué dans les milieux favorisés, ce rapport plus étroit à l'alcool pouvant être interprété comme un corollaire de leur émancipation [40].

Il est difficile de tirer de ces différentes analyses une conclusion solide sur l'évolution des inégalités sociales de santé en matière de consommations d'alcool. La seule conclusion qui semble robuste sur les 20 dernières années est, comme pour le tabac, la nette réduction de l'écart de consommation entre hommes et femmes : la déclaration d'une consommation quotidienne d'alcool, indicateur disponible sur longue période, est passée de 31 % à 12 % entre 2000 et 2014 [21], et celle des femmes de 15 à 5 %. Une étude temporelle rigoureuse reste à faire pour évaluer l'évolution des inégalités sociales de consommation et notamment les écarts sur les années récentes et selon la situation d'emploi.

6. Cannabis : les consommations régulières concernent plutôt les jeunes défavorisés, mais les jeunes des milieux favorisés expérimentent davantage

Les analyses des inégalités sociales de consommation sont plus rares pour les autres produits psychoactifs que pour le tabac et l'alcool. Selon le Baromètre santé 2010, l'usage régulier de cannabis concernait surtout les plus jeunes et était associé à un faible niveau de diplôme et à la catégorie des ouvriers chez les hommes sans emploi [41]. Avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois est plus fréquemment déclarée par les plus diplômés, mais cette consommation est moins régulière. Pour le cannabis comme pour l'alcool, davantage que pour le tabac, l'expérimentation est plus fréquente chez les adolescents issus de milieux favorisés ; mais pour tous les produits ils passent moins souvent à une consommation régulière [42,43].

En France, l'usage occasionnel de cannabis semble ainsi concerner surtout des individus socialement intégrés, tandis que l'usage régulier serait plus lié à des situations de précarité ou des difficultés sociales [44]. Ce constat rejoint celui réalisé au niveau international montrant que les adolescents socioéconomiquement défavorisés déclarent des consommations de cannabis plus importantes [45].

L'expérimentation d'autres produits illicites paraît quant à elle liée à des situations de chômage ou de difficultés financières. Celle de poppers et de cocaïne touche principalement les plus diplômés, à l'inverse de l'héroïne, alors que celle de l'ecstasy varie peu selon le niveau de diplôme. Là encore, une analyse régulière et en évolution des inégalités serait précieuse. Même s'ils sont observés dans tous les milieux sociaux, les usages problématiques de drogues illicites apparaissent quant à eux très marqués par des situations de précarité, voire de grande précarité [46].



7. Un défi de connaissance pour les politiques de santé publique

Mener des politiques de santé visant à réduire les inégalités sociales en même temps que les prévalences moyennes en matière d'addictions, au moins pour les produits les plus courants que sont l'alcool, le tabac ou le cannabis, est un véritable défi. Le relever suppose d'abord un suivi régulier des indicateurs de consommation, dont nous avons vu qu'il était perfectible. Le relever suppose également de disposer de suffisamment de travaux de recherche permettant de tester les nombreuses hypothèses possibles sur les causes de ces inégalités. Et il est particulièrement important de saisir comment ces inégalités peuvent être socialement construites pour ne pas les aggraver et pour envisager de les corriger. Il est généralement admis que les inégalités sociales de santé reposent sur différents types de déterminants individuels et d'environnement socio-économiques qui s'enchaînent et s'articulent au cours de la vie, voire entre les générations [3]. Par ailleurs, les inégalités de consommation de produits psychotropes peuvent être, en retour, à l'origine d'inégalités socio-économiques.

En matière de perceptions et de comportements, un jeu d'hypothèses fréquemment mis en avant pour expliquer les inégalités sociales de recours aux produits psychoactifs repose sur une moins bonne compréhension des risques parmi les catégories les plus défavorisées ainsi qu'une moindre préférence pour le futur [21]. Chez les adolescents, l'attention accordée à la réussite scolaire et la confiance dans l'avenir constituent ainsi un déterminant important de l'arrêt de la consommation ou pour en limiter les excès [43,47]. La consommation de tabac est parfois justifiée par les personnes concernées par une remise en cause des messages des autorités de santé, plus fréquente dans les milieux les moins favorisés [48]. Les études disponibles, y compris au niveau international, mettent ainsi en évidence une moindre efficacité auprès des populations défavorisées des campagnes générales de prévention ou des mesures nationales de lutte contre l'addiction au tabac, y compris celles portant sur la hausse des prix des produits, bien que celle-ci soit beaucoup plus sensible pour les plus bas niveaux de revenus [49]. Cette efficacité réduite a pour conséquence une augmentation des inégalités sociales, alors même que la consommation moyenne peut baisser.

D'autres facteurs liés à l'environnement et aux conditions de vie des personnes ont aussi été mis en évidence. Les études montrent ainsi que les conditions de travail difficiles, le stress occasionné par l'occupation d'emplois précaires et de courte durée sont des facteurs favorisant les consommations de produits psychoactifs à titre compensatoire [50]. Les addictions sont aussi vécues comme l'expression d'une culture partagée au sein d'un groupe de pairs, ou une reproduction de comportements familiaux, comme on l'a vu plus haut. Parmi les plus jeunes, les opinions et perceptions sont ainsi plus favorables au tabac dans l'enseignement technique [51]. Le tabagisme semble également associé aux conditions de vie : il apparaît associé à la perception qu'ont les individus de vivre dans un environnement défavorisé, à niveau d'éducation, de revenu ou statut d'emploi comparable [23]. Une explication plus générale est centrée sur le cycle social des produits, qui rend bien compte des différences générationnelles de consommation de tabac [43] : les groupes sociaux les plus favorisés innoveront dans l'adoption d'un produit, qui se diffuse ensuite largement, mais ils sont aussi précurseurs dans l'écoute et l'incorporation des messages de santé publique, puis dans l'arrêt de la consommation.

La réduction des écarts de consommation entre hommes et femmes, tout comme les consommations à risque plus fréquentes chez les femmes les plus éduquées, à plus haut revenu ou à plus haut statut social ne tient sans doute pas seulement à l'accroissement du taux d'emploi de ces dernières, ni à l'élévation relative de leur niveau d'étude ; ce sont plutôt, plus largement, les modifications des normes régissant les rôles sociaux respectifs des hommes et des femmes qui doivent être mobilisées [43]. Ces normes de genre expliquent aussi pour partie les écarts sociaux de consommation d'alcool entre garçons et filles aux plus jeunes âges.

8. Comment améliorer la prise en compte des inégalités sociales dans les politiques de lutte contre les addictions ?

Il est nécessaire de s'appuyer sur le suivi régulier et les recherches sur les causes des inégalités sociales d'addiction pour concevoir des politiques de santé qui, au-delà de réduire les addictions en moyenne, en réduisent également les écarts entre groupes sociaux. Et qui plus est, il est important de pouvoir s'appuyer sur des évaluations des politiques menées ici et ailleurs afin d'en comprendre les effets et éventuellement les effets indésirables.

Une récente revue de littérature permet de faire avancer la réflexion de manière utile sur les addictions au tabac [52]. Les recherches recensées s'accordent sur le fait que les interventions efficaces pour l'arrêt du tabac sont aussi de nature à augmenter les inégalités sociales de santé. Elle repose malheureusement surtout sur les évaluations d'actions réalisées à l'étranger, évaluations qui mériteraient d'être développées aussi en France, d'autant plus que les quelques résultats disponibles sur les données françaises peuvent parfois se révéler contradictoires, par exemple sur les effets des hausses de prix du tabac qui semblent moins efficaces en France sur la consommation des personnes à bas revenus [23]. Les préconisations portent sur le développement d'interventions de proximité, de démarches proactives auprès de publics ciblés et d'une co-construction des mesures à mettre en œuvre. Concernant l'alcool, les travaux internationaux ont montré une efficacité plutôt faible des interventions visant à réduire les dommages induits par la consommation d'alcool lorsqu'elles étaient ciblées sur des groupes sociaux particuliers [53] et une méta-analyse a conclu que leur efficacité était plus forte lorsqu'elle prenait en compte la question du genre [54].

Plus globalement sur les addictions, il apparaît crucial que les actions entreprises se situent dans une perspective holiste et développementale impliquant des interventions précoces au cours de la vie (y compris en amont des premières consommations), et l'articulation des politiques nationales et locales [55]. A ce titre, des structures telles que les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), spécialement dédiées aux jeunes et orientées vers la prévention, l'intervention précoce et le repérage des usages à risque, sont venues au début des années 2000 compléter le dispositif sanitaire et social [56].

Les actions de réduction des risques et des dommages (RdRD) entreprises depuis les années 1990 en France constituent sans doute la plus forte contribution à la lutte contre les inégalités sociales sur les addictions, avec notamment une meilleure prise en charge des usagers d'opiacés, des polyconsommateurs et des conséquences délétères de la voie injectable. La mise en place de programmes d'échange de seringues et des traitements de substitution aux opiacés et leur renforcement grâce à une politique de réduction des risques infectieux cohérente et efficace ont permis de faire baisser le nombre de surdoses mortelles et de réduire drastiquement la prévalence du VIH et, dans une moindre mesure, des hépatites chez les usagers de drogues injecteurs, qui sont dans leur grande majorité dans des situations socioéconomiques défavorisées, voire en grande précarité. Pour des produits tels que l'alcool, le tabac ou le cannabis, beaucoup plus couramment consommés et pour lesquels la problématique n'est pas infectieuse, les actions de RdRD sont forcément différentes ; elles ont par ailleurs fait l'objet de travaux moins nombreux et ne font pas encore complètement consensus [57].

L'effet aggravant des politiques universelles sur les inégalités de santé est un résultat assez général qui a également été mis en avant pour d'autres politiques, mais qui s'illustre tout à fait sur les addictions. Sir Michael Marmott, qui a coordonné plusieurs rapports pour l'OMS sur la lutte contre les inégalités de santé, promeut pour y remédier un « universalisme proportionné » des politiques de santé publique : l'échelle et l'intensité des politiques doivent être proportionnée au niveau de désavantage des différents groupes [58].

L'évaluation des objectifs de la loi de santé publique réalisée en 2010 par le Haut Conseil de santé publique concluait que les objectifs sur le tabac étaient partiellement atteints à cette date, et que les objectifs sur l'alcool ne l'étaient pas [59]. Les objectifs concernant les opiacés étaient peu évaluables en raison de données incomplètes ou questionnables. Dans les deux cas centraux du tabac et de l'alcool, le Haut conseil soulignait que les inégalités sociales de santé ne se résolvait pas. Il proposait de « mettre en place un dispositif de surveillance systématique et permanente des inégalités sociales et territoriales de santé ». Finalement, ces recommandations ainsi que celles émises spécifiquement en 2009 sur les inégalités sociales sont toujours d'actualité, dix ans après [3]. Il reste nécessaire, en matière d'addictions comme pour les autres problèmes de santé, d'afficher la réduction des inégalités sociales comme un objectif majeur, d'en suivre et d'en analyser régulièrement les évolutions, d'évaluer systématiquement les politiques mises en place à leur aune et de soutenir les recherches incluant cette dimension.

9. Références

1. Aiach P, Fassin D, L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, *Revue du Praticien*, 2004 ; 54 :2221-7.
2. White M, Adams J, Heywood P, How and why Do Interventions that Increase Health Overall Widen Inequalities within Populations?, in: Babones S. (dir.), *Health, Inequality and Society*. Bristol : Policy Press ; 2009.
3. Haut Conseil de santé publique, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, collection Avis et rapports, la Documentation française, Décembre 2009, 41 p.
4. Grünfeld J-P, Rapport au président de la République. Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 – Pour un nouvel élan, Paris : Ministère de la Santé et des Sports ; 2009.
5. Haut Conseil de santé publique, Évaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013, collection Avis et rapports, mars 2012.
6. Haut Conseil de santé publique, Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer 2004 - 2014, collection Evaluation, avril 2016.
7. Plan national de lutte contre le tabac 2018-2022, juin 2018, Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'action et des comptes publics.
8. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, 2018, MILDECA.
9. Kunst AE, Groenhouf F, Mackenbach JP and EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens. In Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. *Les inégalités sociales de Santé*. Paris : La Découverte/INSERM, 2000. p. 53-68.
10. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ, The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*. 1997; 349(9066): 1655-9.
11. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE, The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, 2008 ; CCCLVIII (23) : 2468-81.
12. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2016 ; (30-31): 528-40.
13. Jauffret-Roustide M, Les inégalités sociales dans le champ des addictions, *Les Tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po. 2014 ; 43 (2) : 61-68.
14. Drees, Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population, documents de travail série sources et méthodes, n°44, mai 2014.
15. Drees, L'état de santé de la population en France en 2006, série Rapports, 2006.
16. Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2007.
17. Drees, L'état de santé de la population en France en 2008, série Rapports, 2008.
18. Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2009-2010.
19. Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2011.
20. Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2015.

21. Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2017.
22. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, NguyenThanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2020 ; (14) : 273-81. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html
23. Peretti-Watel P, Seror V, Constance J, Beck F. Poverty as a smoking trap. *International Journal of Drug Policy*. 2009 ; 20 : 230-36.
24. Cambois E, Jusot F. Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France. *Eur J Public Health*. 2011 Oct;21(5):667-73.
25. Melchior M, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R, Caspi A. Why Do Children from Socioeconomically Disadvantaged Families Suffer from Poor Health when They Reach Adulthood? A Life-Course Study. *American Journal of Epidemiology*, 2007 ; CLXVI (8) : 966-974.
26. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health, Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. *Lancet*. 2008 ; 372(9650):1661-9.
27. OMS. Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, 2008
28. Legleye S, Janssen E, Beck F, Chau N, Khlata M. Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. *Addiction*. 2011 ; 106 (8) : 1520-31.
29. Bricard D, Jusot F, Tubeuf S. L'influence à long terme du milieu social d'origine et du tabagisme des parents sur le tabagisme en France : les résultats de l'enquête Santé Protection sociale 2006, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2011 ; 8-9 : 96-98.
30. Legleye S, Khlata M, Beck F, Peretti-Watel P. Widening inequalities in smoking initiation and cessation patterns; A cohort and gender analysis in France. *Drug and alcohol dependence*. 2011 ; 117 (2-3) : 233-41.
31. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Andler R, Richard JB, Beck F, Arwidson P. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du Baromètre santé 2010. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2016 ; (16-17) : 304-12. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_6.html
32. Bricard D, Jusot F, Beck F, Khlata M, Legleye S. L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon le sexe et la génération. *Economie et statistique*. 2015 ; 475-476 : 89-112.
33. Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. *Alcoologie et Addictologie*. 2013 ; 35 (4) : 309-15.
34. Grittner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels--results from an international study. *Eur J Public Health*. 2013 Apr;23(2):332-9.
35. Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol*. 2012 Sep-Oct;47(5):597-605.
36. Bloomfield K., Allamani A., Beck F., Helmersson Bergmark K., Csemy L., Eisenbach-Stangl I., Elekes Z., Gmel G., Kerr-Corrêa F., Knibbe R., Mäkelä P., Monteiro M., Medina Mora M. E., Nordlund S., Obot I., Plant M., Rahav G., Romero Mendoza M., 2005, Gender, culture and alcohol problems. A multi-national study. Berlin: Charité Universitätsmedizin, Institute for Medical Informatics, Biometrics & Epidemiology, 341 p.
37. Mackenbach JP, Kulhanova I, Bopp M, Borrell C, Deboosere P, Kovács K, Looman CW, Leinsalu M, Mäkelä P, Martikainen P, Menvielle G, Rodríguez-Sanz M, Rychtaříková J, de Gelder R. Inequalities in alcohol-related mortality in 17 European countries: a retrospective analysis of mortality registers. *PLoS Med* 2015; 12: e1001909.
38. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque? *Questions d'économie de la santé*, janvier 2008 ; 129.
39. Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2019 ; (10-11) : 180-7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html
40. Beck F, Legleye S, Maillachon F, de Peretti G. Femmes influentes sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives. *Médecine/science*. 2010 ; 26(1) : 95-97.

41. Richard JB, Beck F. Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France, au prisme du genre et des inégalités sociales. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2016 ; (7-8) :126-33. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_4.html
42. Beck F, Amsellem-Mainguy Y. Les inégalités sociales de santé. Vers une prévention mieux ciblée. In Labadie F. (dir.) *Inégalités entre jeunes sur fond de crise*. Paris : La Documentation française ; 2012. p. 126-138.
43. Legleye S, Inégalités de genre et inégalités sociales dans les usages de drogues en France. Médecine humaine et pathologie. Thèse de doctorat en santé publique, Université Paris Sud - Paris XI, 2011. NNT: 2011PA11T084.
44. Beck F, Obradovic I. Le cannabis en France. Totem ou tabou ? *Esprit*. 2017 ; 2 : 72-84.
45. Stevens A, Inequality and adolescent cannabis use: A qualitative comparative analysis of the link at national level, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2016 ; 23 (5) : 410-21.
46. Gérôme C, Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Milhet M, Detrez V, Martinez M, Usagers, marchés et substances : évolution récentes (2018-2019), 2019, Tendances, OFDT, n° 136, 8 p.
47. Inserm, Conduites addictives chez les adolescents, Usages, prévention et accompagnement, Expertise collective, Éditions Inserm, 2014.
48. Constance J, Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre, *Ethnologie française*. 2010 ; 40 (3) : 535-42.
49. Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F. Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction*. 2009 ; 104 (10): 1718-28.
50. Legleye S, Baumann, M, Peretti-Watel P, Beck F, Chau N. Associations of short-term employment, physical and psychological occupational demands, and job dissatisfaction with alcohol abuse and smoking. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*. 2011 ; 59 (4) : 223-32.
51. El-Khoury-Lesueur F, Bolze C, Melchior M. Les adolescents face au tabac : émergence précoce des inégalités sociales. L'étude nationale DePICT (2016). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2018 ; (14-15) : 283-90. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_3.html3
52. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Lenormand MC, Blanchoz JM. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature, *Santé publique*. 2018 ; 30 (1) : 45-60.
53. Martineau F, Tyner E, Lorenc T, Petticrew M, Lock K. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. *Preventive Medicine*. 2013 Oct;57(4):278-96.
54. Fitzgerald N, Angus K, Emslie C, Shipton D, Bauld L. Gender differences in the impact of population-level alcohol policy interventions: evidence synthesis of systematic reviews. *Addiction*. 2016 Oct;111(10):1735-47.
55. Arwidson P, Addictions et enjeux de santé publique. In: Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A. *Traité d'addictologie*, 2^{ème} édition. Paris : Lavoisier Médecine sciences ; 2016. p. 283-89.
56. Obradovic I. Dix ans d'activité des consultations jeunes consommateurs. *Tendances*. 2015 ; 101 : 1-4.
57. Beck F, Diaz-Gomez C, Brisacier A-C, Cadet-Taïrou A, Obradovic I. Eléments sur l'efficacité des politiques de réduction des risques et des dommages développées en France et à l'étranger depuis 30 ans. *Alcoologie et addictologie*. 2016 ; 38 (4) : 346-74.
58. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review; 2010.
59. Haut Conseil de la Santé publique. Objectifs de santé publique, évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. 2010. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefi=132>

RECHERCHE

Association de la drunkorexie au risque de troubles des conduites alimentaires et de trouble de l'usage de substance en population étudiante

Ritz Ludivine^{1,*}, Mauny Nicolas², Mortier Arnaud^{1,3}, Leconte Pascale⁴, Margas Nicolas⁵

¹ Université de Caen Normandie, LPCN UR 7452, F-14000 Caen, France

² Université de Franche-Comté, Laboratoire de Psychologie, F-90000 Belfort, France

³ Université de Caen Normandie, CNRS, LMNO UMR 6139, F-14000 Caen, France

⁴ Université de Caen Normandie, UMR-S 1075 COMETE, F-14000 Caen, France

⁵ Université de Lausanne, Institut des Sciences du Sport, 1015 Lausanne, Suisse

* Correspondance : Université de Caen – UFR de Psychologie- Esplanade de la Paix- 14000 CAEN ; email : ludivine.ritz@unicaen.fr

Résumé : **Contexte :** La drunkorexie, caractérisée par une consommation excessive d'alcool associée à des désordres alimentaires, est un comportement prévalent chez les étudiants, et peu étudié dans des cohortes françaises. Les objectifs de cette étude étaient de caractériser la prévalence de la drunkorexie sur une population d'étudiants français, d'en déterminer les facteurs prédictifs et le lien avec le risque de troubles des conduites alimentaires (TCA) et de troubles de l'usage de substances psychoactives (i.e. alcool, cannabis, médicaments). **Méthode :** 3600 étudiants de l'Université de Caen Normandie ont participé à une enquête en ligne évaluant la drunkorexie, le risque de TCA ainsi que la consommation et le risque de trouble de l'usage d'alcool (TUAL), de cannabis et de médicaments détournés de leur usage. **Résultats :** Plus de la moitié des étudiants ont déclaré consommer de l'alcool et parmi eux, 41.6 % étaient atteints de drunkorexie. Les mesures de drunkorexie se sont révélées être liées aussi bien au risque de TCA que de TUAL, ainsi qu'au nombre de jours de consommation d'alcool dans la semaine. Toutefois, seul un lien indirect a été mis en évidence entre drunkorexie et usage de cannabis et de médicaments. **Discussion :** La drunkorexie est un comportement fréquent chez les étudiants consommateurs d'alcool et est associée aussi bien à un usage problématique d'alcool qu'à des troubles alimentaires. Le lien indirect avec la consommation d'autres substances psychoactives alerte sur la nécessité d'investiguer ces consommations dans l'accompagnement de ces étudiants. **Conclusion :** La drunkorexie pourrait être associée à un risque plus important de TCA, de TUAL et de l'usage de substances psychoactives chez les étudiants.

Mots-clés : drunkorexie ; alcoolorexie ; trouble de l'usage d'alcool ; trouble des conduites alimentaires ; substances psychoactives

Abstract: **Context:** Drunkorexia, a common behaviour in students, is characterized by excessive alcohol consumption associated with eating disorders, but has been little studied in French cohorts. The aim of this study was to characterize the prevalence of drunkorexia in a population of French students, to identify predictive factors and to examine the association with the risk of eating disorders and substance use disorders (i.e. alcohol, cannabis, medication). **Methods:** 3,600 University of Caen Normandy's students underwent measures of drunkorexia, risk of eating disorders (ED), and use and risk of disorders regarding alcohol (AUD), cannabis and medication. **Results:** More than half of the students reported drinking alcohol, and 41.6 % of them suffered from drunkorexia. Measures of drunkorexia were associated with both the risk of ED and AUD and with the number of days per week of alcohol consumption. However, only an indirect association was found between drunkorexia and cannabis and medication use. **Discussion:** Drunkorexia is a common behaviour among student drinkers and associated with both excessive drinking and ED. The indirect association with the use of psychoactive substances highlights the need to investigate these drugs consumption in students engaged in drunkorexia. **Conclusion:** Drunkorexia may be associated with an increased risk of ED, AUD and substance use disorders among students.

Keywords: drunkorexia; Food and Alcohol Disturbance; alcohol use disorder; eating disorders; substance use

1. Introduction

1.1. La drunkorexie

L'association d'une consommation excessive d'alcool à un désordre alimentaire, également appelée drunkorexie (ou alcoolorexie) (Kershaw, 2008) est fréquente chez les jeunes adultes et les étudiants (Lupi et al., 2017). La drunkorexie regroupe un ensemble de comportements et troubles alimentaires qui surviennent avant, pendant et/ou après la consommation d'alcool, dans l'objectif de compenser l'apport calorique fourni par l'alcool et/ou de maximiser les effets psychoactifs de l'alcool (Choquette, Rancourt, et al., 2018). Les désordres alimentaires présents dans la drunkorexie peuvent prendre des formes multiples : restriction alimentaire, utilisation de laxatifs/diurétiques, jeûne alimentaire extrême ou vomissements auto-induits. Des auteurs ont proposé le terme anglais de *Food and Alcohol Disturbance* (FAD) pour rendre compte de la drunkorexie comme étant un comportement planifié, associant de manière concomitante des désordres alimentaires en lien avec un usage problématique d'alcool (Choquette, Rancourt, et al., 2018). Différentes études révèlent qu'entre 6 à 39 % des jeunes adultes déclarent réduire leur apport calorique avant de boire (Lupi et al., 2017; Pompili & Laghi, 2018a) et jusqu'à plus de 50 % des étudiants s'engagent dans un comportement de drunkorexie (Choquette, Ordaz, et al., 2018; Knight et al., 2017; Laghi et al., 2021). Néanmoins, la majorité de ces études a été conduite sur des cohortes américaines ou italiennes et la prévalence de la drunkorexie en population française estudiantine reste peu explorée.

1.2. Les facteurs prédictifs de la drunkorexie

Même si la drunkorexie combine des comportements problématiques liés à la consommation d'alcool et au contrôle de l'alimentation, elle ne répond pas aux critères diagnostiques du trouble de l'usage d'alcool (TUAL) ou des troubles des conduites alimentaires (TCA). C'est pourquoi de nombreuses études quantitatives corrélationnelles se sont intéressées aux facteurs prédictifs de la drunkorexie chez les adolescents et les étudiants américains ou italiens (pour revue, Shepherd et al., 2021), afin d'étudier les dimensions comportementales associées à la drunkorexie. Ces études ont montré qu'une plus grande fréquence de drunkorexie était associée à une plus grande quantité d'alcool consommée au cours du dernier mois (en unités standards) (Gorrell et al., 2019; Rahal et al., 2012), à un nombre d'épisodes d'ivresse plus important (Giles et al., 2009) ainsi qu'à un score total plus élevé à l'AUDIT, permettant de dépister les individus à risque de trouble de l'usage d'alcool et de problèmes liés à l'alcoolisation (Choquette, Ordaz, et al., 2018; Horvath et al., 2020; Hunt & Forbush, 2016). Par ailleurs, les désordres alimentaires (Pietrabissa et al., 2018), tels que le jeûne alimentaire, les vomissements auto-induits, l'utilisation de laxatifs ou l'hyperphagie, ou encore l'exercice physique dysfonctionnel ont été rapportés comme très fortement liés à la drunkorexie (Hunt & Forbush, 2016; Pompili & Laghi, 2018b). Ainsi, la drunkorexie semble être associée à une variété de désordres comportementaux en lien avec la consommation d'alcool et l'alimentation. Ces études ont permis de mieux comprendre les facteurs prédictifs associés à la drunkorexie et de mieux la décrire, sans établir pour autant de lien de cause à effet. Ces travaux n'ont toutefois pas fait la part de ce qui relèverait plus du risque de TUAL ou du risque de TCA, et n'ont pas précisé l'ordre des prédictifs. Par ailleurs, la limite de ces études est d'avoir considéré la drunkorexie comme un comportement unitaire, alors qu'elle est caractérisée par différentes motivations (e.g. atteindre l'ivresse plus rapidement, éviter la prise de poids, favoriser la perte de poids) et manifestations comportementales (e.g. restriction alimentaire, comportements de purge).

Une étude récente ayant validé en français une échelle évaluant la drunkorexie (la CEBRACS) a mis en évidence que de plus hauts scores à cette échelle étaient associés à de plus fortes consommations d'alcool, un risque accru de TUAL et de TCA (Ritz et al., 2023). Toutefois, cette étude s'est intéressée aux corrélats de la CEBRACS afin d'en assurer la validité. À ce jour, aucune étude conduite sur une cohorte française n'a

examiné les variables prédictives associées à la drunkorexie, en particulier celles ayant le plus d'influence sur l'engagement dans ce comportement, en distinguant ses différentes motivations et manifestations comportementales. Par ailleurs, malgré le nombre important d'étudiants polyconsommateurs (i.e. associant usage d'alcool au cannabis et/ou à d'autres substances psychoactives) (Lannoy et al., 2020), la question de l'association entre la drunkorexie et la consommation de substances psychoactives demeure non étudiée. En effet, les désordres alimentaires pourraient aussi être associés à la consommation d'autres substances que l'alcool, afin d'obtenir les mêmes effets que la drunkorexie avec ces autres substances.

1.3. Objectifs

Ainsi, les objectifs de cette étude sont triples : 1) caractériser la prévalence de la drunkorexie sur une large cohorte d'étudiants français afin de déterminer si elle est similaire à celle retrouvée aux Etats-Unis ou en Italie ; 2) déterminer les facteurs prédictifs de drunkorexie en fonction de ses motivations et ses manifestations comportementales et 3) évaluer si l'engagement dans la drunkorexie est associée à des risques plus élevés de troubles des conduites alimentaires (TCA), de troubles de l'usage de l'alcool (TUAL) ou de troubles de l'usage du cannabis ou des médicaments détournés de leur usage.

2. Matériels Et Méthodes

Cette étude s'inscrit dans le projet ADUC (Alcool et Drogues à l'Université de Caen) qui s'intéresse aux consommations de substances psychoactives et à la santé mentale des étudiants de l'Université de Caen Normandie.

2.1. Participants

Entre 2021 et 2022, tous les étudiants inscrits à l'Université de Caen Normandie ont été sollicités, par la Direction des Systèmes d'Information, via leur adresse email institutionnelle pour répondre à une enquête en ligne totalement anonyme réalisée par LimeSurvey et hébergée sur les serveurs de l'Université. Les objectifs de l'enquête et le caractère totalement anonyme étaient précisés aux étudiants. Afin d'inciter les étudiants à participer à cette enquête en ligne, un retour personnalisé sur les consommations et la santé mentale était proposé à la fin des questionnaires, sur la base des différentes réponses apportées. Au total, 6321 étudiants ont accepté de participer à cette étude. L'échantillon final était constitué de 3600 étudiants (57 %), après exclusion des participants n'ayant pas complété la totalité des questionnaires.

Variables	Echantillon complet (N=3600)
Age ¹	20.2 ±2.75 [18-35]
Sexe (H/F ; en effectif) ²	1155/2443
Niveau d'étude (en effectif) ³	L1 : 1592 L2 : 612 L3 : 669 M1 : 346 M2 : 275 Doctorat : 78

Tableau 1 : Description démographique de l'échantillon

¹: les données sont présentées en moyenne ± écart type [minimum- maximum]

²: 2 données manquantes ; ³: 28 données manquantes. Malgré ces données manquantes, les participants ont été conservés dans l'échantillon car ils ont tous répondu aux variables d'intérêt.

Les données démographiques des participants sont présentées dans le tableau 1. Tous étaient de langue maternelle française, âgés de 18 ans et plus, inscrits à l'Université de Caen Normandie, tous niveaux d'étude et portails confondus. L'échantillon était constitué de 68 % de femmes et 32 % d'hommes, ayant une moyenne d'âge de 20.2 années (± 2.75). 80.4 % des étudiants étaient en Licence (44.6 % en L1, 17.1 % en L2, 18.7 % en L3), 17.4 % en Master et 2.2 % en Doctorat.

2.1.1. Aspects éthiques

L'étude a bénéficié d'une autorisation de la CNIL (numéro u24-20171109-01R1). La Direction du Système d'Information (DSI) de l'Université de Caen Normandie a développé un système garantissant l'anonymat complet des répondants lorsqu'ils sont sollicités par leur adresse email pour répondre à l'enquête et permettant de ne pas inclure deux fois un même étudiant à une même enquête. Tous les participants ont été informés de l'étude avant leur inclusion et ont donné leur consentement, en accord avec la Déclaration d'Helsinki (Cook et al., 2003) et le code de conduite de l'APA pour le traitement éthique des participants volontaires à la recherche (American Psychological Association, 2016).

2.2. Mesures

La drunkorexie a été évaluée par la *Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale* (CEBRACS), récemment validée en français par Ritz et al., 2023. La CEBRACS est une échelle d'auto-évaluation en 21 items évaluant à la fois l'utilisation de comportements de restriction et/ou de purgation alimentaire visant à renforcer les effets de l'alcool et/ou à éviter la prise de poids liée à la consommation d'alcool. Cette échelle évalue un large éventail de comportements à différents moments de la consommation (avant que les participants ne prévoient de boire de l'alcool, pendant qu'ils consomment et sont sous l'effet de l'alcool, et après avoir bu de l'alcool lorsqu'ils ne sont plus sous ses effets). Les participants ont été invités à répondre aux différents items en fonction de la fréquence à laquelle ils pratiquaient le comportement (1 = jamais ; 2 = rarement (environ 25 % des occasions) ; 3 = parfois (environ 50 % des occasions) ; 4 = souvent (environ 75 % des occasions) ; 5 = presque toujours). Le score total varie de 21 à 105 points. Les participants ayant obtenu un score total à la CEBRACS supérieur à 21 points, c'est-à-dire qui déclaraient s'engager rarement dans un comportement (environ 25 % par occasion) à au moins un des items de la CEBRACS, étaient considérés comme s'engageant dans la drunkorexie (Ritz et al., 2023).

Quatre sous-échelles ont également été calculées : la sous-échelle « alcool » comprenant 7 items et reflétant des stratégies de restriction alimentaire dans l'objectif d'atteindre l'ivresse plus rapidement, la sous-échelle « restriction alimentaire et exercice physique » comprenant 7 items et renvoyant à des comportements de restriction ou d'activité physique dans l'objectif de compenser les calories liées à l'alcool et d'éviter la prise de poids, la sous-échelle « purge » comprenant 5 items reflétant l'utilisation de laxatifs et/ou diurétiques dans l'objectif de limiter la prise de poids et la sous-échelle « restriction extrême et vomissements » comprenant 2 items qui reflètent des comportements de restriction alimentaire sur plusieurs repas voire plusieurs jours et le recours à des vomissements auto-induits.

La *consommation d'alcool* a été évaluée par trois questions portant sur l'âge de la première consommation/exposition à l'alcool, le nombre de verres standards d'alcool consommés par semaine et le nombre de jours de consommation d'alcool dans la semaine. Les participants ont également complété le *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT, (Gache et al., 2005), un auto-questionnaire en 10 items validé en français, destiné à identifier les individus à risque de troubles liés à la consommation d'alcool. Cet outil est considéré comme une mesure efficace du risque de TUAL chez les étudiants (Demartini & Carey, 2012). Un score supérieur à 6 pour les femmes et à 7 pour les hommes est considéré comme reflétant un risque de TUAL (Gache et al., 2005).

Le *risque de trouble des conduites alimentaires* a été évalué par le questionnaire SCOFF dont la validité a été attestée en population étudiante (Garcia et al., 2010, 2011). Le SCOFF est composé de cinq questions dichotomiques (réponses "oui" ou "non") portant sur des attitudes vis-à-vis du corps et de l'alimentation, permettant d'aboutir à un score total qui varie de 0 à 5. Deux réponses positives ou plus sont considérées comme fortement prédictives d'un risque de TCA.

Les participants ont également été interrogés sur leur *consommation de cannabis* par auto-déclaration (réponse oui/non) et, s'ils étaient consommateurs, ont complété le *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST ; (Legleye et al., 2011), pour lequel un score ≥ 3 a été considéré comme à risque de trouble de l'usage du cannabis. De la même manière, les participants ont été interrogés sur *l'usage détourné de médicaments* par auto-déclaration (oui/non) et, s'ils étaient consommateurs, ont complété le *Drug Abuse Screening Test* (DAST ; (Giguère et al., 2017)) pour lequel un score ≥ 3 est considéré comme à risque de trouble de l'usage de médicaments.

2.3. Analyses statistiques

La description de l'échantillon a été réalisée par des analyses statistiques descriptives (prévalence en % sur la base des cut-off scores, moyenne et écart-types). La comparaison entre la prévalence de la drunkorexie dans notre échantillon et celle d'une cohorte italienne (Laghi et al., 2021) et américaine (Choquette, Ordaz, et al., 2018) a été réalisée par un test Z.

Afin d'étudier les facteurs prédictifs de drunkorexie chez les consommateurs d'alcool, des analyses de régression de Poisson surdispersées pas à pas ascendante ont été réalisées, avec comme variables à expliquer les différents scores évaluant la drunkorexie (score total à la CEBRACS ainsi que les scores aux 4 sous-échelles), et comme variables explicatives les mesures relatives à l'usage d'alcool (âge de début, nombre de verres standards par semaine, nombre de jours de consommation dans la semaine et score total à l'AUDIT) et au risque de TCA (score total au SCOFF). Les valeurs de R^2 ajusté, représentant le pourcentage de variance expliquée par le modèle sur la variable à expliquer, ont été reportées.

Afin de déterminer si la drunkorexie (sur la base du cut-off score > 21 à la CEBRACS) est liée à un risque plus important de TUAL (sur la base du cut-off score > 6 ou 7 à l'AUDIT), de TCA (sur la base du cut-off score > 2 au SCOFF), d'usage de cannabis (oui/non) et/ou d'usage de médicaments détournés de leur usage (réponse oui/non), une analyse de régression logistique a été conduite. La même analyse a été conduite avec le risque de trouble de l'usage du cannabis (sur la base du cut-off score ≥ 3 au CAST) et de trouble de l'usage de médicaments (sur la base du cut-off score ≥ 3 au DAST) (respectivement $N= 383$ et $N= 148$) comme variables explicatives de la drunkorexie.

3. Résultats

3.1. Prévalence de la drunkorexie en population étudiante française

Variabiles	Echantillon complet (N=3600)
Consommation d'alcool (Oui/Non ; effectif)	1862/1738
Age de début ¹	15.5 \pm 1.84 [1-28]
Nombre de verre standard par semaine ¹	5.03 \pm 7.99 [0-100]
Nombre de jour de consommation par semaine ¹	1.81 \pm 1.14 [0-7]
AUDIT ¹	7.85 \pm 5.65 [0-33]

AUDIT (Risque de TUAL/Usage ; effectif)	1019/843
SCOFF	0.87 ± 1.12 [0-5]
SCOFF (Positif/Négatif ; effectif) ³	897/2703
CEBRACS score total ¹	24.3 ± 7.17 [21-77]
CEBRACS (Positif/Négatif ; effectif) ⁴	774/1088
CEBRACS sous-échelle « alcool » Positif/Négatif (effectif) ⁴	8.61 ± 4.04 [7-35] 492/1370
CEBRACS sous-échelle « restriction » Positif/Négatif (effectif)	8.42 ± 3.53 [7-35] 534/1328
CEBRACS sous-échelle « purge » Positif/Négatif (effectif) ⁴	5.07 ± 0.66 [5-19] 33/1829
CEBRACS sous-échelle « restriction extrême » Positif/Négatif (effectif) ⁴	2.16 ± 0.73 [2-10] 123/1739
Consommation de cannabis (Oui/Non ; effectif)	439/3161
CAST ⁵ Positif/Négatif (effectif) ⁶	5.40 ± 5.62 [0-25] 250/180
DAST Positif/Négatif (effectif) ⁷	0.89 ± 1.69 [0-9] 16/174

Tableau 2 : Statistiques descriptives des variables de consommation d'alcool, de risque de troubles des conduites alimentaires et de consommation d'autres substances psychoactives.

¹ : les données rapportées dans le tableau ne portent que sur les participants consommateurs d'alcool (N=1862) ² : AUDIT usage : score total <6 pour les femmes et <7 pour les hommes ; mésusage score total ≥6 pour les femmes et ≥7 pour les hommes ³ : Scoff positif ≥2 ; Scoff négatif <2 ⁴ : les participants ont été considérés comme s'engageant dans un comportement de drunkorexie quand ils répondaient au moins « rarement » (25 % du temps) s'engager dans le comportement sur au moins un des items de l'échelle ou de la sous-échelle ⁵ : le CAST a été proposé uniquement aux consommateurs de cannabis (N=434 ; 5 données manquantes) ⁶ : Positif : score total au CAST score ≥3 ⁷ : Positif : score total au DAST >3

Parmi les 1862 étudiants (51.7 % des participants) ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 774 (41.6 %) ont obtenu un score total à la CEBRACS > 21 points (tableau 2 ; Figure 1A). Parmi ces étudiants atteints de drunkorexie, 26.4 % ont obtenu un score positif à la sous-échelle « alcool » (score > 7 ; Figure 1B), 28.7 % un score positif à la sous-échelle « restriction alimentaire et exercice physique » (score > 7 ; Figure 1C), 1.8 % un score positif à la sous-échelle « purge » (>5 points ; Figure 1D) et 6.6 % un score positif à la sous-échelle « restriction extrême et vomissements » (score > 2 ; Figure 1E) de la CEBRACS.

La prévalence de la drunkorexie dans notre échantillon est très proche de celle observée au sein d'une cohorte italienne (N=402 ; 42.5 % de drunkorexiques, Z= -0.33 ; (Laghi et al., 2021), mais est significativement inférieure à celle d'une cohorte américaine (N=378 ; 55.83 % de drunkorexiques, Z= -4.95 ; (Choquette, Ordaz, et al., 2018). Dans cette dernière étude, les auteurs ont également inclus 342 étudiants français dont

56.7 % d'entre eux pratiquaient la drunkorexie, prévalence significativement supérieure à notre échantillon ($Z = -5.06$).

3.2. Facteurs prédictifs de la drunkorexie chez les consommateurs d'alcool

Variables à expliquer Etape modèle pas à pas	Variables explicatives	β ; p	R2 ajusté ¹ ; significativité du modèle
Score total CEBRACS			
Etape 1	SCOFF	0.55 ; < 0.001	17.60 ; < 0.001
Etape 2	SCOFF	0.46 ; < 0.001	26.85 ; < 0.001
	AUDIT	0.07 ; < 0.001	
CEBRACS sous échelle « alcool »			
Etape 1	AUDIT	0.10 ; < 0.001	16.24 ; < 0.001
Etape 2	AUDIT	0.09 ; < 0.001	23.49 ; < 0.001
	SCOFF	0.38 ; < 0.001	
CEBRACS sous échelle « restriction alimentaire et exercice physique »			
Etape 1	SCOFF	0.59 ; < 0.001	17.57 ; < 0.001
Etape 2	SCOFF	0.53 ; < 0.001	20.78 ; < 0.001
	AUDIT	0.05 ; < 0.001	
CEBRACS sous échelle « purge »			
Etape 1	Nombre jour/semaine ²	0.47 ; < 0.001	6.81 ; < 0.001
Etape 2	Nombre jour/semaine	0.45 ; < 0.001	8.68 ; < 0.001
	SCOFF	0.30 ; 0.06	
CEBRACS sous échelle restriction extrême et vomissements auto-induits			
Etape 1	SCOFF	0.84 ; < 0.001	11.87 ; < 0.001
Etape 2	SCOFF	0.73 ; < 0.001	15.11 ; < 0.001
	AUDIT	0.08 ; < 0.001	

Tableau 3 : Facteurs explicatifs de la fréquence de l'engagement dans un comportement de drunkorexie évalué par la CEBRACS.

Les analyses statistiques ont été réalisées par une régression de Poisson pas à pas ascendante avec comme variable à expliquer les différents scores de la CEBRACS et comme variables explicatives les mesures de consommation d'alcool et de risque de trouble des conduites alimentaires. ¹ Les valeurs de R² ajusté sont présentées en % de variance expliquée ² : nombre de jours de consommation d'alcool dans la semaine

Les résultats issus de l'analyse de régression de Poisson pas à pas ascendante sur le score total à la CEBRACS et aux sous-échelles chez les étudiants consommateurs d'alcool (N=1862) sont présentés dans le tableau 3.

Le score total à la CEBRACS et aux sous-échelles « restriction alimentaire et exercice physique » et « restriction extrême et vomissements » sont significativement et positivement liés au score total au SCOFF puis au score total à l'AUDIT, avec des tailles d'effets de medium à forte pour le modèle complet (R²= 26.85

%, 20.78 % et 15.11 % respectivement). Plus précisément, plus le score total au SCOFF puis à l'AUDIT sont élevés, plus les comportements de drunkorexie mesurés par le score total à la CEBRACS et aux-sous échelles « restriction alimentaire » et « restriction extrême et vomissements » sont fréquents.

Le nombre de jours de consommation d'alcool dans la semaine est significativement et positivement associé au score de la sous-échelle « purge », avec une taille d'effet faible (R^2 ajusté = 6.81 %). Plus précisément, plus le nombre de jours de consommation d'alcool dans la semaine est élevé, plus les comportements de drunkorexie dans cette sous-échelle sont fréquents. Bien que le lien avec le score total au SCOFF ne soit pas significatif (tendance à $p=0.06$), l'ajout de cette variable dans le modèle de régression permet d'augmenter la taille d'effet (de 6.81 % à 8.68 %).

Enfin, le score à la sous-échelle « alcool » de la CEBRACS est également significativement et positivement lié au score total à l'AUDIT puis au score total au SCOFF, avec une taille d'effet medium (R^2 ajusté = 23.49 %). Ainsi, de hauts scores totaux à l'AUDIT puis au SCOFF sont liés à une plus grande fréquence des comportements de drunkorexie à la sous-échelle « alcool » de la CEBRACS.

3.3. Association de la drunkorexie aux risques de TUAL, de TCA, et de consommation et de trouble de l'usage de cannabis et de médicaments détournés de leur usage

Parmi les consommateurs d'alcool, 1019 (54.7 %) ont obtenu un score total à l'AUDIT supérieur ou égal à 6 pour les femmes et supérieur ou égal à 7 pour les hommes, et étaient donc considérés comme à risque de TUAL. De la même manière, 506 consommateurs d'alcool (27.18 %) ont obtenu un score total au SCOFF ≥ 2 et étaient donc à risque de TCA. Concernant les consommations de substances, 20.68 % (N=385) des consommateurs d'alcool ont déclaré consommer du cannabis et 169 (9.08 %) consommaient des médicaments détournés de leur usage.

Une première analyse de régression logistique indique qu'en contrôlant la consommation de médicaments et de cannabis, la drunkorexie est significativement liée au risque de TCA, avec 61.62 % de drunkorexiques chez les personnes à risque de TCA contre 35.76 % chez celles sans risque de TCA (OR = 2.88 ; $p < 0.001$; IC 95 % [2.31-3.59]) et au risque de TUAL, avec 61.7 % de drunkorexiques chez les personnes à risque de TUAL contre 35.68 % chez celles sans risque de TUAL (OR = 2.90 ; $p < 0.001$; IC 95 % [2.36-3.57]). La consommation de médicaments ($p=0.16$) et de cannabis ($p=0.36$) ne sont pas significativement associées à la drunkorexie en contrôlant les risques de TCA et de TUAL. Des analyses de régression logistique complémentaires indiquent que le risque de TUAL et de TCA sont tous deux associés à un risque plus important de consommer du cannabis (Chi² modèle = 132 ; $p < 0.001$; figure 3A) et des médicaments (Chi² modèle = 26.7 ; $p < 0.001$; figure 3B).

Deux autres analyses de régression logistique conduites sur les sous-échantillons consommant du cannabis (N=430) et des médicaments (N=190) indiquent que la drunkorexie n'est pas associée significativement à un score positif au CAST ($p=0.66$) ni au DAST ($p=0.12$).

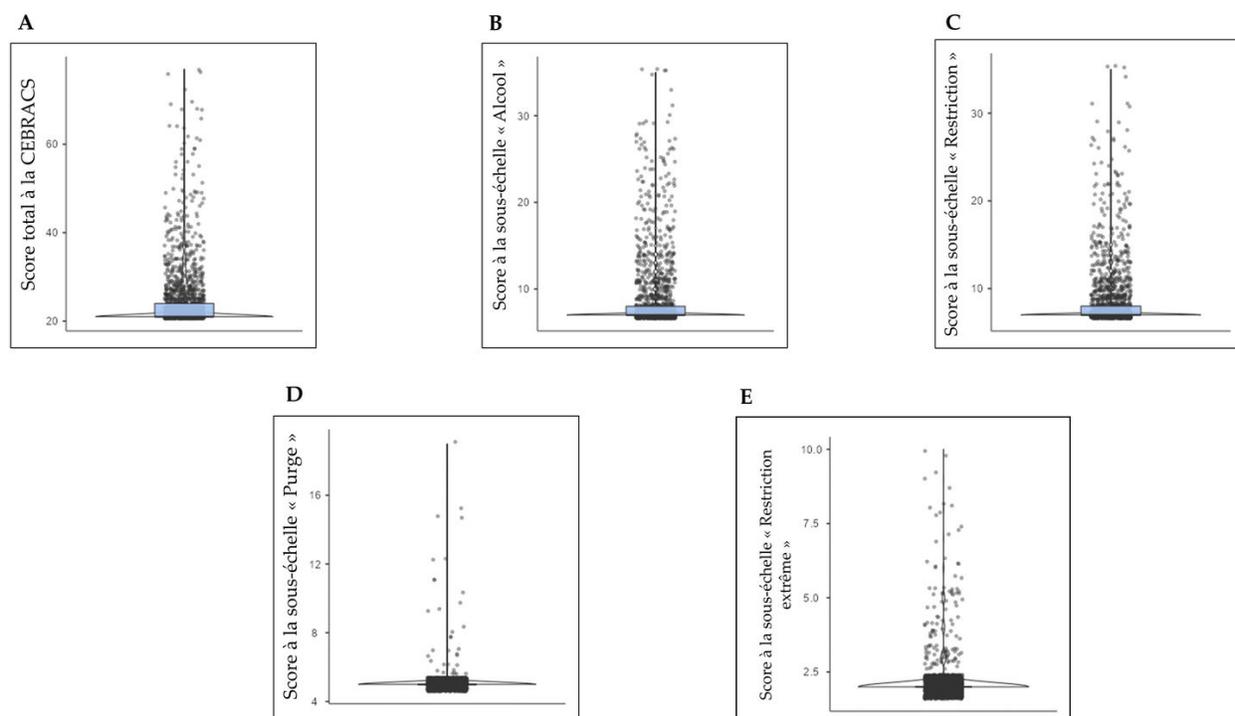


Figure 1 : Boîtes à moustache représentant la distribution des différents scores à la CEBRACS chez les étudiants pratiquant la drunkorexie (N=1862).

A : score total à la CEBRACS ; B : score à la sous-échelle « alcool » ; C : score à la sous-échelle « restriction alimentaire et exercice physique » ; D : score à la sous-échelle « purge » ; E : score à la sous-échelle « restriction extrême et vomissements auto-induits ».

4. DISCUSSION

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la prévalence de la drunkorexie auprès d'une large population d'étudiants français en la comparant à celle de cohortes italienne et américaine, d'en étudier les facteurs prédictifs et de possibles associations avec un risque de TUAL, de TCA et/ou de trouble de l'usage d'autres substances.

4.1. Prévalence de la drunkorexie chez une large cohorte d'étudiants et comparaison avec d'autres pays

Les analyses conduites sur une large cohorte d'étudiants inscrits à l'Université de Caen Normandie indiquent que 42 % des étudiants consommateurs d'alcool s'engagent dans un comportement de drunkorexie, suggérant que la drunkorexie est un comportement relativement fréquent chez les étudiants français consommateurs d'alcool. Ce résultat est en accord avec la prévalence obtenue par une étude conduite en Italie (Laghi et al., 2021) mais inférieure à celle d'une étude conduite aux Etats-Unis et en France sur une petite cohorte de 365 étudiants français (Choquette, Ordaz, et al., 2018). La majorité des études américaines rapporte une prévalence élevée de la drunkorexie (plus de 50 % des consommateurs

d'alcool, pour revue (Shepherd et al., 2021). Toutefois, les motivations de la drunkorexie semble être culturellement différentes, les étudiants américains s'engageant dans la drunkorexie pour atteindre une intoxication plus importante alors que les étudiants français souhaitent davantage compenser les calories liées à la consommation d'alcool (Choquette, Ordaz, et al., 2018). Cette comparaison a été toutefois effectuée sur un échantillon total relativement faible (N=720) et les deux cohortes d'étudiants n'ont pas été incluses avec la même procédure.

Parmi les motivations et les manifestations comportementales de la drunkorexie, nos résultats révèlent que la recherche d'une ivresse rapide et le contrôle de la prise de poids par la restriction alimentaire et l'exercice physique représentent les motivations les plus fréquentes. Le recours à une restriction alimentaire drastique et aux comportements de purge (vomissements auto-induits mais aussi utilisation de laxatifs et/ou diurétiques) sont moins fréquents chez les étudiants sondés (Figure 1). Ces résultats semblent être en accord avec les travaux récents, indiquant des scores plus hauts dans les sous-échelles « alcool » et « restriction alimentaire » que dans les autres sous-échelles dans une cohorte américaine et française (Choquette, Ordaz, et al., 2018). Ceci souligne la pertinence d'utiliser les cut-off scores de ces sous-échelles et de considérer comme à risque de drunkorexie les étudiants qui déclarent s'engager au moins 25 % du temps dans des comportements de restriction alimentaire dans l'objectif d'atteindre l'ivresse plus rapidement ou d'éviter la prise de poids.

4.2. Facteurs prédicteurs de la drunkorexie

Au regard de nos résultats, il apparaît que les comportements de drunkorexie peuvent être liés à des scores élevés au SCOFF évaluant le risque de TCA, et à l'AUDIT évaluant le risque de TUAL. Ces résultats confirment ceux obtenus dans d'autres études, montrant une forte association entre drunkorexie, usage problématique d'alcool (Choquette, Ordaz, et al., 2018; Horvath et al., 2020; Hunt & Forbush, 2016) et désordres alimentaires (Pietrabissa et al., 2018). Toutefois, ils soulignent également que le premier facteur prédicteur de l'engagement dans la drunkorexie est lié au risque de TCA et ensuite au risque de TUAL, soulignant la nécessité de considérer la drunkorexie non pas uniquement sous le prisme d'un usage problématique d'alcool.

Néanmoins, lorsqu'on considère les sous-échelles de la CEBRACS, l'ordre des facteurs prédicteurs est différent, indiquant que chaque type de drunkorexie est liée de manière privilégiée à certains facteurs. En effet, le premier facteur prédicteur de la sous-échelle « alcool », qui renvoie à des comportements de restriction alimentaire dans l'objectif d'atteindre l'ivresse plus rapidement, est le risque de TUAL avant le risque de TCA, alors que le premier facteur prédicteur des sous-échelles « restriction alimentaire et exercice physique » et « restriction extrême et vomissements auto-induits », qui renvoient à des comportements destinés à éviter ou favoriser la prise/perte de poids, est le risque de TCA avant le risque de TUAL. Ces résultats permettent d'aller plus loin que les travaux antérieurs ayant réalisé de simples analyses de corrélations avec l'échelle globale (Pinna et al., 2015; Rahal et al., 2012; Ritz et al., 2023). Ils soulignent la nécessité de ne pas uniquement considérer le score total à la CEBRACS mais aussi les scores aux sous-échelles, qui sont associés à des problématiques différentes. Les tailles d'effet, médiums pour chacune de ces analyses, mettent en évidence des liens relativement forts entre drunkorexie, risque de TCA et risque de TUAL.

Un résultat surprenant concerne le caractère prédictif du nombre de jours de consommation d'alcool dans la semaine. Ce nombre de jour apparaît en effet dans l'étude comme le plus important prédicteur de l'engagement dans des comportements de purge ayant pour objectif de favoriser la perte de poids. Même si la taille d'effet est faible, il semblerait que plus les étudiants consomment dans la semaine, plus la fréquence des comportements de purge est importante. Ce lien a déjà été rapporté (pour revue voir

Shepherd et al., 2021). Il pourrait être la conséquence de la perte de contrôle (les étudiants consommeraient plus de fois dans la semaine qu'ils ne l'auraient souhaité) et s'expliquer par une tentative de contrebalancer un comportement considéré comme néfaste (la consommation d'alcool apportant des calories) par un comportement considéré comme meilleur pour la santé (se purger de ces calories). Ce mécanisme de « damage control » a déjà été mis en avant chez les étudiants pratiquant la drunkorexie (Dinger et al., 2018).

4.3. Association de la drunkorexie et de l'usage de substances

En accord avec les résultats précédents, le risque de TCA et le risque de TUAL sont associés respectivement à une cote 2.88 fois et 2.90 fois plus élevée d'engagement dans la drunkorexie. Encore une fois, ces résultats confirment le lien important entre drunkorexie et risque de TCA, avec un odds ratio presque 3 fois plus élevé que chez les étudiants ne s'engageant pas dans la drunkorexie. Ceci souligne la nécessité d'un repérage précoce des désordres alimentaires chez les étudiants identifiés comme ayant des problèmes de consommation d'alcool, afin de favoriser un dépistage efficace des étudiants pratiquant la drunkorexie et la mise en place d'un accompagnement pluridisciplinaire.

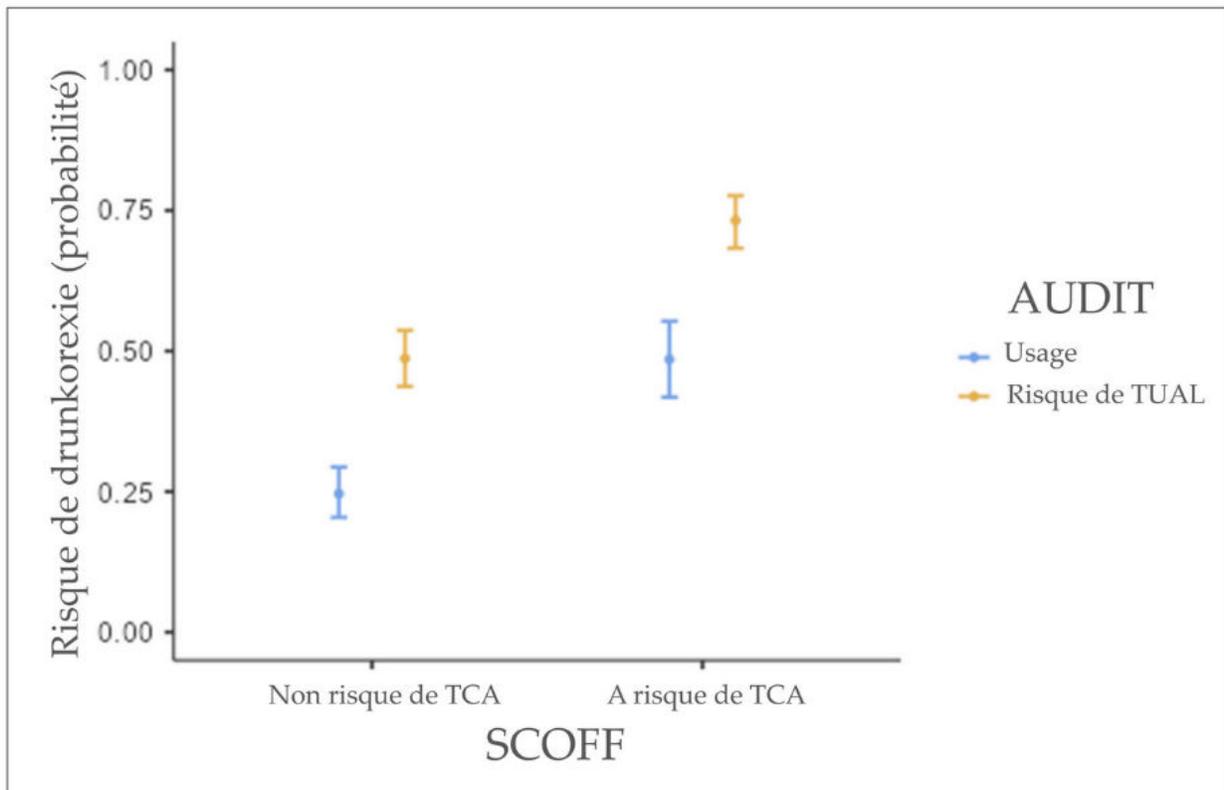


Figure 2 : Association de la drunkorexie aux risques de TCA et de TUAL. La drunkorexie est évaluée par un score total à la CEBRACS >21. A risque de TCA : score total au SCOFF ≥ 2 ; Risque de trouble de l'usage d'alcool : score total à l'AUDIT ≥ 6 pour les femmes et ≥ 7 pour les hommes. Les probabilités sont indiquées avec les intervalles de confiance à 95 % [Borne inférieure- Borne supérieure]

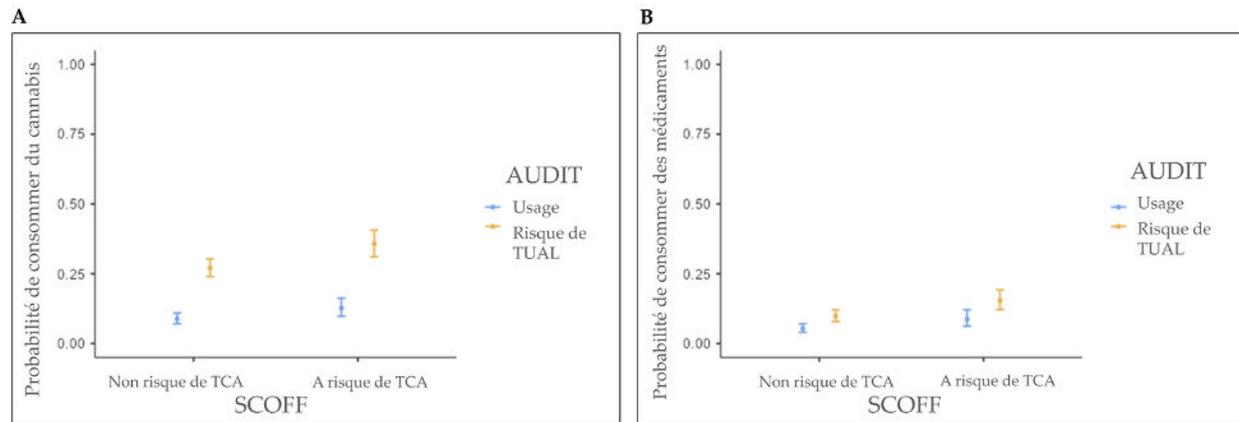


Figure 3 : Association des risques de TCA et de TUAL sur la consommation de cannabis (A) et de médicaments détournés de leur usage (B). A risque de TCA : score total au SCOFF ≥ 2 ; Risque de trouble de l'usage d'alcool : score total à l'AUDIT ≥ 6 pour les femmes et ≥ 7 pour les hommes. Consommation de cannabis et de médicaments (réponse Oui/Non). Les probabilités sont indiquées avec les intervalles de confiance à 95 % [Borne inférieure- Borne supérieure]

Pour la première fois, cette étude a investigué la consommation et le risque de trouble de l'usage de cannabis et de médicaments détournés de leur usage chez les étudiants drunkorexiques. Il apparaît que les étudiants à risque de TCA et/ou de TUAL, en plus d'être les plus enclins à s'engager dans la drunkorexie (Figure 2), sont également ceux qui sont le plus consommateurs de cannabis et de médicaments détournés de leur usage (Figure 3). Il n'existe ainsi qu'une relation indirecte entre consommation de substances psychoactives et drunkorexie, via une fragilité plus importante des étudiants à risque de TUAL et/ou de TCA dans les addictions. Par ailleurs, même si la consommation de substance n'atteint pas le critère d'un risque de trouble de l'usage (scores au CAST et au DAST non significatifs), il semble important d'interroger la consommation de substances psychoactives et de la considérer dans l'accompagnement des étudiants pratiquant la drunkorexie. À terme, ces étudiants pourraient présenter une vulnérabilité plus importante aux addictions.

5. CONCLUSION

Au final, les résultats de cette étude confirment que la drunkorexie est un comportement relativement fréquent chez les étudiants consommateurs d'alcool, dont les prédictors concernent non pas uniquement des variables en lien avec la consommation d'alcool mais aussi avec le risque de TCA. Ceci souligne l'intérêt de considérer la drunkorexie sous le prisme d'un usage problématique d'alcool et des problématiques alimentaires. Bien que l'association de la drunkorexie à l'usage d'autres substances ne soit qu'un lien indirect via le risque de TUAL et/ou de TCA, l'association étroite entre risque de TUAL et/ou de TCA et consommation de substances psychoactives alerte sur la nécessité d'investiguer ces consommations dans l'accompagnement des étudiants drunkorexiques, qui pourraient être plus à risque de développer un trouble de l'usage dans le temps. Ces résultats trouvent également un intérêt dans le développement de stratégies à tous les niveaux de prévention, afin de considérer les comportements de drunkorexie et les risques associés chez les étudiants consommateurs d'alcool.

Ces premiers résultats ouvrent la porte à d'autres perspectives, et notamment celle d'étudier les liens entre la drunkorexie et les difficultés psychologiques et sociales rencontrées par les étudiants, afin de mieux préciser les profils d'étudiants s'engageant dans la drunkorexie. Par ailleurs, un suivi longitudinal semble

essentiel afin de déterminer les dynamiques et l'évolution de la drunkorexie vers un TCA et/ou un trouble de l'usage de substances psychoactives.

Contribution des auteurs : Conceptualisation, LR. ; écriture de l'article, LR.; analyses statistiques, LR et AM ; relecture et correction de l'article, NM², PL, NM⁵; supervision, PL, NM⁵; Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Remerciements : les auteurs souhaitent vivement remercier la Direction du Système d'Information de l'Université de Caen pour leur aide précieuse dans la gestion du questionnaire en ligne et la sollicitation aux étudiants.

Liens et/ou conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt.

Accessibilité des données : les données de l'étude sont disponibles sur demande auprès des auteurs.

6. REFERENCES

1. American Psychological Association. (2016). Revision of Ethical Standard 3.04 of the "Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct" (2002, as amended 2010). *American Psychologist*, 71, 900–900. <https://doi.org/10.1037/amp0000102>
2. Choquette, E. M., Ordaz, D. L., Melioli, T., Delage, B., Chabrol, H., Rodgers, R., & Thompson, J. K. (2018). Food and Alcohol Disturbance (FAD) in the U.S. and France: Nationality and gender effects and relations to drive for thinness and alcohol use. *Eating Behaviors*, 31, 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.09.002>
3. Choquette, E. M., Rancourt, D., & Kevin Thompson, J. (2018). From fad to FAD: A theoretical formulation and proposed name change for 'drunkorexia' to food and alcohol disturbance (FAD). *The International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 831–834. <https://doi.org/10.1002/eat.22926>
4. Cook, R. J., Dickens, B. M., & Fathalla, M. F. (2003). *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Clarendon Press.
5. Demartini, K. S., & Carey, K. B. (2012). Optimizing the use of the AUDIT for alcohol screening in college students. *Psychological Assessment*, 24(4), 954–963. <https://doi.org/10.1037/a0028519>
6. Dinger, M. K., Brittain, D. R., O'Mara, H. M., Peterson, B. M., Hall, K. C., Hadley, M. K., & Sharp, T. A. (2018). The Relationship Between Physical Activity and Binge Drinking Among College Students: A Qualitative Investigation. *American Journal of Health Education*, 49(1), 33–39. <https://doi.org/10.1080/19325037.2017.1369198>
7. Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daeppen, J.-B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29, 2001–2007. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000187034.58955.64>
8. Garcia, F. D., Grigioni, S., Allais, E., Houy-Durand, E., Thibaut, F., & Déchelotte, P. (2011). Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 30(2), 178–181. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.09.007>
9. Garcia, F. D., Grigioni, S., Chelali, S., Meyrignac, G., Thibaut, F., & Dechelotte, P. (2010). Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 11(7), 888–893. <https://doi.org/10.3109/15622975.2010.483251>
10. Giguère, C.-É., Potvin, S., & Signature Consortium. (2017). The Drug Abuse Screening Test preserves its excellent psychometric properties in psychiatric patients evaluated in an emergency setting. *Addictive Behaviors*, 64, 165–170. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.042>
11. Giles, S. M., Champion, H., Sutfin, E. L., McCoy, T. P., & Wagoner, K. (2009). Calorie restriction on drinking days: An examination of drinking consequences among college students. *Journal of American College Health: J of ACH*, 57(6), 603–609. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.6.603-610>
12. Gorrell, S., Walker, D. C., Anderson, D. A., & Boswell, J. F. (2019). Gender differences in relations between alcohol-related compensatory behavior and eating pathology. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 24(4), 715–721. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0545-7>

13. Horvath, S. A., Shorey, R. C., & Racine, S. E. (2020). Emotion dysregulation as a correlate of food and alcohol disturbance in undergraduate students. *Eating Behaviors, 38*, 101409. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101409>
14. Hunt, T. K., & Forbush, K. T. (2016). Is “drunkorexia” an eating disorder, substance use disorder, or both? *Eating Behaviors, 22*, 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.034>
15. Kershaw, S. (2008, March 2). Starving Themselves, Cocktail in Hand. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2008/03/02/fashion/02drunk.html>
16. Knight, A., Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., & Simpson, S. (2017). Drunkorexia: An Empirical Investigation among Australian Female University Students. *Australian Psychologist, 52*(6), 414–423. <https://doi.org/10.1111/ap.12212>
17. Laghi, F., Pompili, S., Bianchi, D., Lonigro, A., & Baiocco, R. (2021). Exploring the association between psychological distress and drunkorexia behaviors in non-clinical adolescents: The moderating role of emotional dysregulation. *Eating and Weight Disorders: EWD, 26*(3), 797–806. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00912-9>
18. Lannoy, S., Mange, J., Leconte, P., Ritz, L., Gierski, F., Maurage, P., & Beaunieux, H. (2020). Distinct psychological profiles among college students with substance use: A cluster analytic approach. *Addictive Behaviors, 109*, 106477. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106477>
19. Legleye, S., Piontek, D., & Kraus, L. (2011). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence, 113*(2–3), 229–235. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.011>
20. Lupi, M., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2017). Drunkorexia: An emerging trend in young adults. *Eating and Weight Disorders: EWD, 22*(4), 619–622. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0429-2>
21. Pietrabissa, G., Rossi, A., Gaudenzi, M., Bertuzzi, V., Tagliagambe, A., Volpi, C., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Mannarini, S., Castelnuovo, G., & Simpson, S. (2018). Drunkorexia: Empirical investigation and analysis of the characteristics of the phenomenon in an Italian sample of adolescents and young adults. *Psychology, Society & Education, 10*(3), 285–299. <https://doi.org/10.25115/psye.v10i3.2135>
22. Pinna, F., Milia, P., Mereu, A., di Santa Sofia, S. L., Puddu, L., Fatteri, F., Ghiani, A., Lai, A., Sanna, L., & Carpiniello, B. (2015). Validation of the Italian version of the Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS). *Eating Behaviors, 19*, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.08.004>
23. Pompili, S., & Laghi, F. (2018a). Drunkorexia among adolescents: The role of motivations and emotion regulation. *Eating Behaviors, 29*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.01.001>
24. Pompili, S., & Laghi, F. (2018b). Drunkorexia: Disordered eating behaviors and risky alcohol consumption among adolescents. *Journal of Health Psychology, 1359105318791229*. <https://doi.org/10.1177/1359105318791229>
25. Rahal, C. J., Bryant, J. B., Darkes, J., Menzel, J. E., & Thompson, J. K. (2012). Development and validation of the Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS). *Eating Behaviors, 13*(2), 83–87. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.001>
26. Ritz, L., Mauny, N., Leconte, P., & Margas, N. (2023). French validation of the Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS) in a university student sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 28*(1), 95. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01622-8>
27. Shepherd, C. B., Berry, K. A., Ye, X., & Li, K. (2021). Food and alcohol disturbance among US college students: A mixed methods scoping review. *Journal of American College Health: J of ACH, 1–17*. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1947300>

Pratique clinique

Œdème associé à la thérapie de substitution aux opiacés par méthadone

Burdaïron Jean-Del^{1,*}, Nguyen An Hung², Bihan Kévin³, Edel Yves²

¹ Department of Psychiatry, Pôle Hospitalo-Universitaire Psychiatrie Paris 15e, GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences Paris, France jd.burdaïron@ghuparis.fr

² Addictology department, Pitié-Salpêtrière University Hospital, Paris, France

³ Kévin Bihan, Pharmacist, Pharmacology department, Pitié-Salpêtrière University Hospital, Paris, France

* Correspondance : Jean-Del Burdaïron, Department of Psychiatry, Pôle Hospitalo-Universitaire Psychiatrie Paris 15e, GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences Paris, France ; jd.burdaïron@ghuparis.fr

Résumé : La méthadone, un substitut courant dans le traitement de la dépendance aux opiacés, présente généralement des effets secondaires communs tels que la constipation et la transpiration au début du traitement. Cependant, l'œdème est rarement décrit et semble se manifester entre 3 à 6 mois après le début de la substitution à la méthadone. Cet article présente un cas clinique d'une femme de 54 ans qui a développé un œdème massif et généralisé dans la semaine suivant le début de la substitution à la méthadone. L'article fournit une observation clinique succincte et discute des interventions thérapeutiques employées.

Mots clés : Méthadone, Thérapie de substitution aux opioïdes, Œdème

Abstract: Methadone, a prevalent substitute in treating opioid dependence, typically presents common side effects like constipation and sweating during initiation. However, edema is rarely described and seems to manifest between 3 to 6 months of methadone substitution. This paper presents a unique case involving a 54-year-old woman who developed widespread massive edema within a week of commencing methadone substitution. The document provides a succinct clinical observation and discusses the therapeutic interventions employed.

Key words : Methadone, Opioid substitution therapy, Edema

1. Introduction

La méthadone, un traitement de substitution pour la dépendance aux opiacés, fonctionne comme un agoniste des récepteurs μ -opioïdes, possédant des propriétés analgésiques et antitussives qui peuvent conduire au développement d'un syndrome de dépendance pharmacologique. La posologie appropriée doit être adaptée aux profils individuels des patients en raison d'une variabilité interindividuelle significative tant au niveau de la pharmacocinétique que de la pharmacodynamie. Le profil pharmacodynamique entre la morphine et la méthadone présente des similitudes sur les récepteurs opioïdes. Les effets secondaires courants au début du traitement incluent la constipation, la transpiration et occasionnellement des éruptions cutanées. Il est à noter que l'œdème est un effet secondaire rarement rapporté et est principalement documenté sous forme de rapports de cas [1-3]. Dans ce contexte, nous présentons un cas clinique détaillant l'apparition soudaine d'œdème lors de l'introduction de la méthadone.

2. Cas

En janvier 2020, une femme de 54 ans a été admise au département d'addictologie pour le début d'une thérapie de substitution aux opiacés à la suite d'une tentative de sevrage auto-initié.

Son historique de toxicomanie a commencé à l'âge de 16 ans avec l'utilisation d'héroïne injectée, marquée par de nombreux épisodes de sevrage auto-initié, parfois substitués par de la buprénorphine. En 2019, sa

consommation de drogue a augmenté, impliquant une combinaison quotidienne de cocaïne et d'héroïne (speedball) administrée par voie intraveineuse à raison d'un gramme chaque jour. En décembre 2019, elle a fait une overdose d'héroïne et de cocaïne, entraînant son admission en unité de soins intensifs. Elle avait des antécédents d'hypertension artérielle, d'hépatite B et d'hépatite C guérie. Son régime médicamenteux régulier incluait la nicardipine le matin et l'irbésartan.

Le traitement à la méthadone a été initié à une dose liquide de 10 mg (sirop) le 13/01/2020 (D1) alors qu'elle pesait 62 kg. L'examen clinique et les résultats de laboratoire étaient totalement normaux, y compris un test urinaire confirmant une abstinence de l'héroïne depuis plus de 72 heures. La posologie initiale a été choisie conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), car la patiente déclarait être abstinent depuis sa sortie des soins intensifs début janvier 2020. La posologie quotidienne de méthadone a été augmentée de manière incrémentale et progressive, chaque administration étant supervisée par une infirmière. Le 20/01/2020 (D7), un gain de poids notable a été observé, et la patiente pesait 69 kg tout en prenant 40 mg de méthadone.

À l'examen, les œdèmes étaient présents de manière bilatérale, s'étendant des chevilles jusqu'à la région mi-jambes, avec une distension abdominale notable (Figure 1). Aucun ganglion inguinal n'a été détecté. La localisation de l'œdème n'était pas compatible avec un lymphœdème ou un angio-œdème. L'état général de la patiente était satisfaisant, l'hémodynamique était stable et elle était afebrile. Les examens cardiologiques et pulmonaires étaient sans particularité, sans crépitements observés. Le test de la bandelette urinaire était négatif (à l'exception de la méthadone).

Figure 1 : œdème bilatéral



Les tests biologiques ont indiqué une hémodilution sans preuve d'insuffisance rénale ou hépatique. Les niveaux de préalbumine et d'albumine étaient dans les plages normales, et les niveaux de NTproBNP n'étaient pas significatifs. Une radiographie thoracique n'a révélé aucune anomalie. Des échographies abdominales et transthoraciques ont été réalisées et n'ont identifié aucune cause cardiaque ou hépatique. Cela a permis d'exclure les insuffisances rénale, cardiaque et hépatique.

Depuis son admission, la patiente recevait, en plus de son traitement régulier mentionné ci-dessus, 2 mg de mélatonine et 15 mg d'alimémazine pour favoriser le sommeil, 1200 mg/jour de N-acétylcystéine pour réduire l'envie de cocaïne, des patches de nicotine pour l'arrêt du tabac, 12,5 mg de cyamémazine au besoin pour l'anxiété, ainsi que du phloroglucinol et du paracétamol pour le soulagement de la douleur.

Plusieurs causes courantes d'œdème ont été écartées sur la base des résultats négatifs des évaluations supplémentaires, y compris les insuffisances cardiaque, rénale et hépatique, ainsi que la dénutrition. En l'absence d'autres troubles pouvant expliquer ces œdèmes, l'analyse s'est orientée vers une hypothèse d'œdème iatrogène induit par un médicament. La méthadone a été considérée comme le principal suspect, car les autres médicaments n'étaient pas connus pour induire des œdèmes, ce qui a été confirmé par consultation avec le pharmacien de l'hôpital, Dr. Bihan (centre de pharmacovigilance), et leur timing ne correspondait pas à l'apparition de l'œdème.

Cependant, la titration de la méthadone a continué sous surveillance renforcée et en conjonction avec du furosémide 40 mg/j le 20/01/2020 (D8) en raison de signes de sevrage chez la patiente. L'efficacité relative du diurétique a conduit à une réévaluation de notre stratégie, nous amenant à opter pour une réduction de la méthadone à partir du 24/01/2020 (D12). Par la suite, le furosémide a été interrompu, mais nous avons observé une régression de l'œdème. Les directives de prescription habituelles concernant la formulation du traitement de substitution aux opioïdes ont été ajustées, en tenant compte du rapport risque-bénéfice associé à l'arrêt de la méthadone. Un changement de formulation a été proposé le 27/01/2020 (D15), passant de la méthadone liquide à la méthadone en gélules. Une nouvelle augmentation très progressive a été initiée, cette fois sans provoquer de gain de poids supplémentaire.

La cétirizine a été ajoutée le 01/02/2020 (D20) en raison de la persistance d'un léger œdème et de l'hypothèse d'un mécanisme de libération d'histamine. L'œdème a disparu le 16/02/2020 (D35) avec un poids stable à 65 kg. Les antihistaminiques ont été arrêtés sans rechute quelques jours plus tard lorsque la posologie de la méthadone s'est stabilisée à 70 mg par jour. (Figure 2).

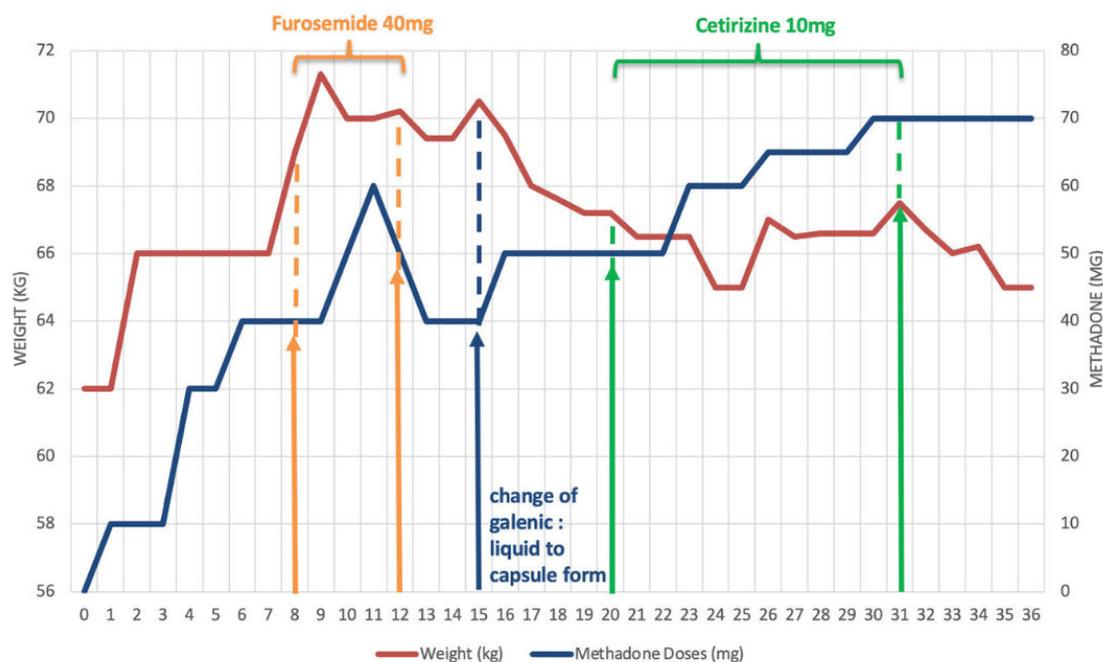


Figure 2 : Évolution du poids et de la dose de méthadone en fonction du temps

3. DISCUSSION

Les cas d'œdème induits lors de l'initiation de la thérapie de substitution aux opioïdes avec la méthadone sont documentés dans la littérature [4]. Typiquement, ces cas sont décrits comme des œdèmes non graves, apparemment réversibles et dose-dépendants. Ils sont connus pour ne pas répondre aux diurétiques, tandis que les corticostéroïdes peuvent être potentiellement efficaces [5]. Cependant, contrairement à notre observation, la littérature rapporte des délais d'apparition variables par rapport à l'initiation du traitement, avec une moyenne de 3 à 6 mois [6].



Les opioïdes ont été associés à un œdème périphérique [5], reconnaissant la stimulation directe de la libération d'histamine par les opiacés à partir des mastocytes ou des basophiles. Ces médiateurs libérés peuvent augmenter la perméabilité vénulaire, conduisant à un angio-œdème. Chez certains patients, la méthadone pourrait déclencher cette séquence, impliquant potentiellement les récepteurs H1 dans de tels cas [7]. Bien que les mécanismes physiopathologiques ne semblent pas différer selon que l'œdème apparaisse tôt ou tard, l'aspect distinctif de notre cas clinique réside dans l'apparition rapide de l'œdème lors de l'initiation de la méthadone. L'examen de la base de données nationale de pharmacovigilance française a révélé une vingtaine de cas d'œdème d'apparition précoce avec prise de poids survenant dans les <15 jours suivant le début de la méthadone. Ainsi, la possibilité d'un œdème iatrogène induit par un médicament ne doit pas être négligée en cas d'œdème d'apparition précoce.

De plus, contrairement à d'autres cas cliniques où le traitement à la méthadone a été suspendu, nous avons réussi à maintenir le traitement en continuant progressivement l'initiation de la thérapie de substitution aux opioïdes et en passant de la méthadone liquide à la méthadone en comprimés, offrant ainsi des approches alternatives pour gérer de tels scénarios cliniques. Est-ce un effet des excipients ? Est-ce lié à une réintroduction plus lente ? Ce sont des pistes potentielles à explorer dans de nouvelles études.

4. CONCLUSION

Cette description clinique semble confirmer la survenue d'un œdème comme un effet indésirable pendant le traitement à la méthadone, même aux premiers stades. Bien que le mécanisme physiologique reste incertain à ce jour, les études pharmacologiques en cours promettent de faire progresser notre compréhension dans ce domaine. Bien que l'exploration des étiologies cardiaques et rénales demeure une étape initiale cruciale dans de telles situations, la dépendance à la dose observée et la sensibilité aux antihistaminiques suggèrent fortement que la méthadone en est la cause probable. La décision de réduire la posologie ne devrait pas être une règle automatique ; alternativement, une introduction plus graduelle et un ajustement de la posologie peuvent être envisagés. L'absence de recommandations spécifiques pour la gestion de ce type de réaction indésirable souligne l'importance de signaler toute réaction indésirable attribuable à une molécule à un centre de pharmacovigilance. Ces notifications jouent un rôle vital dans l'affinement de nos connaissances et, par conséquent, dans l'amélioration des soins aux patients grâce à l'évolution de nos pratiques.

Les auteurs déclarent n'avoir aucuns conflits d'intérêts.

5. References

1. Macfadden W, Maany I, Dhopes V, Woody G. Methadone and edema. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:36–7.
2. Kharlamb V, Kourlas H. Edema in a patient receiving methadone for chronic low back pain. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm* 2007; 64:2557–60. <https://doi.org/10.2146/ajhp060553>.
3. Presant S, Knight L, Klassen G. Methadone-induced pulmonary edema. *Can Med Assoc J* 1975; 113:966–7.
4. Mahé I, Chassany O, Grenard A-S, Caulin C, Bergmann J-F. Methadone and edema: a case report and literature review. *Eur J Clin Pharmacol* 2004; 59:923–4. <https://doi.org/10.1007/s00228-003-0712-1>.
5. O'Connor LM, Woody G, Yeh HS, Manny I, Dhopes V. Methadone and edema. *J Subst Abuse Treat* 1991; 8:153–5. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(91\)90006-v](https://doi.org/10.1016/0740-5472(91)90006-v).
6. Longwell B, Betz T, Horton H, Witte CL, Witte MH. Weight gain and edema on methadone maintenance therapy. *Int J Addict* 1979;14:329–35. <https://doi.org/10.3109/10826087909054585>.
7. Sarica A, Servettaz A, Abou Taam M, Herlem E, Carlier C, Trenque T. Méthadone et œdèmes : à propos d'un cas [Methadone-induced edema: A case report]. *Presse Med*. 2015;44(5):552-4. French. doi: 10.1016/j.lpm.2014.12.005.

Clinical case

Edema associated with methadone opioid substitution therapy

Burdairon Jean-Del^{1,*}, Nguyen An Hung², Bihan Kévin³, Edel Yves²

¹ Department of Psychiatry, Pôle Hospitalo-Universitaire Psychiatrie Paris 15e, GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences Paris, France jd.burdairon@ghuparis.fr

² Addictology department, Pitié-Salpêtrière University Hospital, Paris, France

³ Kévin Bihan, Pharmacist, Pharmacology department, Pitié-Salpêtrière University Hospital, Paris, France

* Correspondance : Jean-Del Burdairon , Department of Psychiatry, Pôle Hospitalo-Universitaire Psychiatrie Paris 15e, GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences Paris, France ; jd.burdairon@ghuparis.fr

Abstract: Methadone, a prevalent substitute in treating opioid dependence, typically presents common side effects like constipation and sweating during initiation. However, edema is rarely described and seems to manifest between 3 to 6 months of methadone substitution. This paper presents a unique case involving a 54-year-old woman who developed widespread massive edema within a week of commencing methadone substitution. The document provides a succinct clinical observation and discusses the therapeutic interventions employed.

Key words : Methadone, Opioid substitution therapy, Edema

Résumé : La méthadone, un substitut courant dans le traitement de la dépendance aux opioïdes, présente généralement des effets secondaires communs tels que la constipation et la transpiration au début du traitement. Cependant, l'œdème est rarement décrit et semble se manifester entre 3 à 6 mois après le début de la substitution à la méthadone. Cet article présente un cas unique d'une femme de 54 ans qui a développé un œdème massif et généralisé dans la semaine suivant le début de la substitution à la méthadone. L'article fournit une observation clinique succincte et discute des interventions thérapeutiques employées.

Mots clés : Méthadone, Thérapie de substitution aux opioïdes, Œdème

1. Introduction

Methadone, a substitutive treatment for opioid dependence, functions as a μ -opioid receptor agonist, possessing analgesic and antitussive properties that may lead to the development of a pharmacological dependence syndrome. The appropriate dosage must be tailored to individual patient profiles due to significant interindividual variability in both pharmacokinetics and pharmacodynamics. The pharmacodynamic profile between morphine and methadone exhibits similarities on opioid receptors.

Common side effects during treatment initiation include constipation, sweating, and occasionally, rashes. Notably, edema is a rarely reported side effect and is predominantly documented in the form of case reports [1–3]. In this context, we present a unique case detailing the abrupt onset of edema upon the introduction of methadone.

2. Case

In January 2020, a 54-year-old woman was admitted to the Department of Addiction Medicine for the initiation of opioid replacement therapy due to a self-initiated withdrawal attempt.

Her history of substance abuse commenced at the age of 16 with the use of injected heroin, marked by numerous episodes of self-initiated withdrawals, occasionally substituted with buprenorphine. During 2019, her drug consumption escalated, involving a daily combination of cocaine and heroin (speedball) administered intravenously at a rate of one gram each day. In December 2019, she experienced a heroin and cocaine overdose, leading to admission to the intensive care unit. She had a history of high blood pressure, hepatitis B, and cured hepatitis C. Her regular medication regimen included Nicardipine in the morning and irbesartan.

Methadone treatment was initiated at a liquid dose of 10mg (syrup) on 13/01/2020 (D1) when she weighed 62 kg. The clinical examination and laboratory results were entirely normal, including a urine test confirming abstinence from heroin for over 72 hours. The initial dosage was selected following the recommendations of the French Health Authority (HAS), as the patient claimed abstinence since her discharge from the intensive care unit in early January 2020. The daily methadone dosage was increased incrementally and gradually, with each administration overseen by a nurse. On 20/01/2020 (D7), a notable weight gain was observed, and the patient weighed 69 kg while taking 40 mg of methadone.

Upon examination, the edemas were present bilaterally, extending from the ankles to the midleg region, with noticeable abdominal distension (*Figure 1*). No inguinal nodes were detected. The localization of the edema was inconsistent with lymphedema or angioedema. The patient's overall condition was satisfactory, hemodynamics were stable, and she was afebrile. Cardiological and pulmonary examinations were unremarkable, with no crackles observed. The urine strip test was negative (excluding methadone).



Figure 1 : Bilateral oedema

Biological tests indicated hemodilution without evidence of renal or hepatic insufficiency. Prealbumin and albumin levels were within normal ranges, and NTproBNP levels were not significant. A chest X-ray revealed no abnormalities. Abdominal and transthoracic ultrasounds were conducted and did not identify any cardiac or hepatic causes. This allowed for the exclusion of renal, cardiac, and hepatic Insufficiencies.

Since her admission, the patient had been receiving, in addition to her regular treatment mentioned above, 2 mg of melatonin and 15 mg of alimemazine to promote sleep, 1200 mg/day of Nacetylcysteine to reduce cocaine craving, nicotinic patches for smoking cessation, 12.5 mg of cyamemazine as needed for anxiety, and phloroglucinol and paracetamol for pain relief.

Several common causes of edema were ruled out based on negative results from additional assessments, including cardiac, renal, and hepatic insufficiencies, as well as undernutrition. In the absence of other disorders that could account for these edemas, the analysis leaned towards an iatrogenic drug-induced edema hypothesis. Methadone was considered the primary suspect, as the other medications were not known to induce edema confirmed through consultation with the hospital pharmacist, Dr. Bihan (pharmacovigilance center), and their timing did not align with the onset of edema.

The titration of methadone, however, continued under enhanced monitoring and in conjunction with furosemide 40mg/d on 20/01/2020 (D8) due to signs of patient withdrawal. The relative effectiveness of the diuretic prompted a reassessment of our strategy, leading us to opt for a reduction in methadone starting on 24/01/2020 (D12). Subsequently, furosemide was discontinued, yet we observed a regression of edema. The usual prescription guidelines regarding the formulation of opioid substitution treatment were adjusted, taking into account the risk-benefit ratio associated with methadone discontinuation. A change in formulation was proposed on 27/01/2020 (D15), transitioning from liquid methadone to methadone in capsule form. A further very gradual increase was initiated, this time without causing additional weight gain.

Cetirizine was added on 01/02/2020 (D20) due to the persistence of mild edema and the hypothesis of a histamine release mechanism. The edema disappeared on 16/02/2020 (D35) with a stable weight at 65 kg. Antihistamines were discontinued without relapse a few days later when the dosage of methadone stabilized at 70 mg per day. (Figure 2).

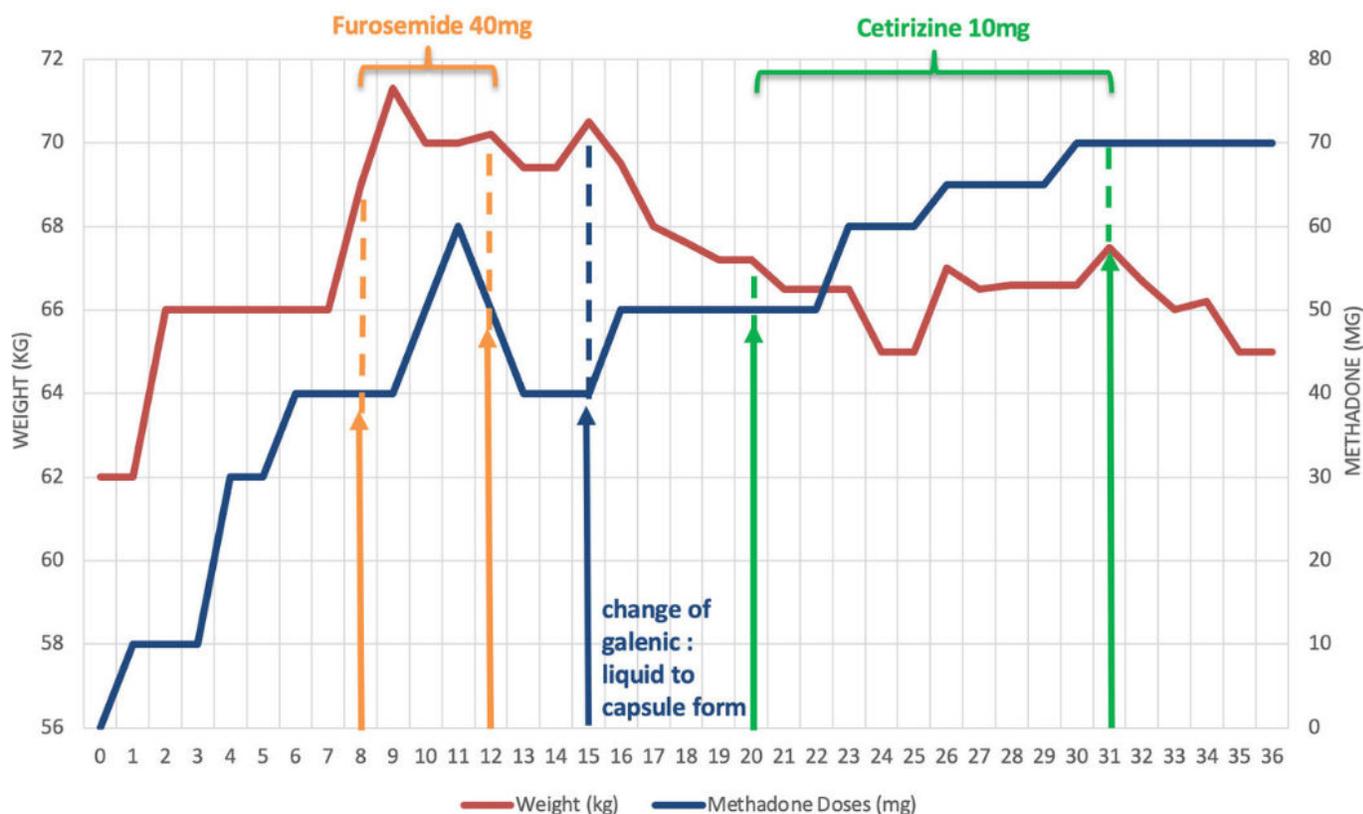


Figure 2 : Weight and methadone dose evolution as a function of time

3. DISCUSSION

Cases of edema induced during the initiation of opioid substitution therapy with methadone are documented in the literature [4]. Typically, these cases are described as non-severe, apparently reversible, and dose-dependent edemas. They are known to be unresponsive to diuretics, while corticosteroids may be

potentially effective [5]. However, in contrast to our observation, the literature reports variable onset delays compared to the initiation of treatment, averaging from 3 to 6 months [6].

Opioids have been associated with peripheral edema [5], acknowledging the direct stimulation of histamine release by opiates from mast cells or basophils. These released mediators may heighten venular permeability, leading to angioedema. In certain patients, methadone could trigger this sequence, potentially involving H1 receptors in such instances [7].

Despite the fact that the pathophysiological mechanisms do not seem to differ whether the edema appears early or late, the distinctive aspect of our clinical case lies in the rapid onset of edema at the initiation of methadone. Examination of the French national pharmacovigilance database revealed around twenty cases of earlyonset edema with weight gain occurring within <15 days of starting methadone. Hence, the possibility of iatrogenic drug-induced edema should not be overlooked in instances of earlyonset edema.

Moreover, unlike other clinical cases where methadone treatment was suspended, we managed to sustain treatment by gradually continuing opioid substitution therapy initiation and transitioning from liquid to tablet methadone, providing alternative approaches for managing such clinical scenarios. Is it an effect of excipients? Is it related to a slower reintroduction? These are potential avenues to explore in new studies.

4. CONCLUSION

This clinical description appears to affirm the occurrence of edema as an undesirable effect during methadone treatment, even in the early stages. While the physiological mechanism remains unclear to date, ongoing pharmacological studies hold the promise of advancing our understanding in this domain. Although the exploration of cardiac and renal etiologies remains a crucial initial step in such situations, the observed dose-dependence and sensitivity to antihistamines strongly suggest methadone as the likely cause.

The decision to reduce dosage should not be an automatic rule; alternatively, a more gradual introduction and adjustment of dosage may be considered. The absence of specific recommendations for managing this type of adverse reaction underscores the importance of reporting any adverse reactions attributable to a molecule to a pharmacovigilance center. Such notifications play a vital role in refining our knowledge and, consequently, enhancing patient care through the evolution of our practices.

The authors declare no conflict of interest.

5. References

8. Macfadden W, Maany I, Dhopes V, Woody G. Methadone and edema. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:36–7.
9. Kharlamb V, Kourlas H. Edema in a patient receiving methadone for chronic low back pain. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm* 2007; 64:2557–60. <https://doi.org/10.2146/ajhp060553>.
10. Presant S, Knight L, Klassen G. Methadone-induced pulmonary edema. *Can Med Assoc J* 1975; 113:966–7.
11. Mahé I, Chassany O, Grenard A-S, Caulin C, Bergmann J-F. Methadone and edema: a case report and literature review. *Eur J Clin Pharmacol* 2004; 59:923–4. <https://doi.org/10.1007/s00228-003-0712-1>.
12. O’Conor LM, Woody G, Yeh HS, Manny I, Dhopes V. Methadone and edema. *J Subst Abuse Treat* 1991; 8:153–5. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(91\)90006-v](https://doi.org/10.1016/0740-5472(91)90006-v).
13. Longwell B, Betz T, Horton H, Witte CL, Witte MH. Weight gain and edema on methadone maintenance therapy. *Int J Addict* 1979;14:329– 35. <https://doi.org/10.3109/10826087909054585>.
14. Sarica A, Servettaz A, Abou Taam M, Herlem E, Carlier C, Trenque T. Méthadone et œdèmes : à propos d'un cas [Methadone-induced edema: A case report]. *Presse Med.* 2015;44(5):552-4. French. doi: 10.1016/j.lpm.2014.12.005.

Recherche

Représentations sociales du trouble de l'usage de l'alcool chez les patients hospitalisés pour sevrage et leurs proches

Yonga Jean-Jacques¹, Gilles Kehoua², Girard Murielle^{3,4}, Beauseigneur Laurence⁵, Dominique Laurence⁵, Nubukpo Philippe^{3,4,5*}

¹ Centre Hospitalier Esquirol, Pôle universitaire d'Addictologie en Limousin, 15 rue du Dr Marcland, 87025 Limoges

² Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Parasitologie Tropicale, Inserm 1094, 2 rue du Docteur-Marcland, 87025 Limoges

³ Unité de Recherche et de Neurostimulation, Centre Hospitalier Esquirol, Rue du Docteur Marcland 87025 Limoges.

⁴ Inserm Unité 1094 Faculté de médecine et de pharmacie, 2 Rue du Dr Marcland Limoges France

⁵ Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin Centre Hospitalier Esquirol, 15 rue du Docteur Marcland 87025 Limoges

* Correspondance : Pr Philippe NUBUKPO, Chef de Pôle universitaire d'Addictologie en Limousin, 15 rue du Docteur Marcland 87025 Limoges philippe.nubukpo@9online.fr

Résumé : En France, l'alcool est la substance psychoactive prééminente dans la culture. Son usage est lié à l'histoire de la société, et ne constitue pas culturellement un problème en soi. Pourtant, le nombre de sujets présentant un trouble de l'usage de l'alcool est estimé à deux millions avec 49 000 décès par an liés à des causes directes et indirectes. L'usage de l'alcool étant banalisé dans la culture française, la maladie peut être méconnue dans la population en général. L'objectif de cette étude est de décrire la connaissance de la maladie et des recours possibles en cas de recherche d'aide chez les patients hospitalisés souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) en unité de soins résidentiels, complexes en addictologie à Limoges (France) ainsi que chez leurs aidants principaux. L'Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC), adapté au TUA en fonction des onze critères du DSM-5 le définissant, a été utilisé pour recueillir les données. Les résultats montrent que la maladie est peu connue selon ces critères tant chez les patients que les aidants principaux. Il est nécessaire d'améliorer la connaissance de la maladie dans ses déterminants essentiels tant chez les aidants principaux que chez les patients.

Mots clés : Représentations sociales, Troubles de l'usage de l'alcool, Patients, Aidants principaux.

Abstract: In France, alcohol is the predominant psychoactive substance deeply embedded in the culture. Its use is intricately linked to the societal history and is not inherently considered a cultural issue. However, an estimated two million individuals are affected by alcohol use disorder (AUD), leading to 49,000 deaths annually due to direct and indirect causes. Given the normalized use of alcohol in French culture, the disease may go unrecognized within the general population. This study aims to describe the awareness of AUD and available resources for seeking help among hospitalized patients with AUD in residential addiction treatment units in Limoges, France, as well as among their primary caregivers. The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC), adapted for AUD based on the eleven criteria defining it in the DSM-5, was utilized to collect data. Results indicate a limited understanding of the disease according to these criteria among both patients and primary caregivers. There is a pressing need to enhance knowledge of the disease and its fundamental determinants among both patients and primary caregivers.

Keywords: Social representations, Alcohol use disorders, Patients, Primary caregivers



1. Introduction

La maladie alcoolique est une maladie chronique évolutive, impliquant une consommation excessive d'alcool, avec des épisodes de rechutes élevées (1). Elle se caractérise par une impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation, malgré la motivation et les efforts déployés par le sujet pour arrêter ou diminuer. L'usage néfaste de l'alcool est le troisième facteur de risque concernant les décès prématurés et les inaptitudes dans le monde (2). C'est donc un problème majeur de santé publique (3). Avec la parution des critères du DSM-5 en Mai 2014, la maladie alcoolique est définie comme un « trouble de l'usage de l'alcool ou TUA ». Selon ces critères, le TUA peut se définir comme un désir compulsif, voire puissant, de consommer de l'alcool dont les conséquences entraînent un désinvestissement des autres activités (4). Le trouble de l'usage de l'alcool représente la première conduite addictive en France et dans de nombreux pays (5). En France, l'alcool est la substance psychoactive prééminente dans la culture, dont l'usage est lié à la société (6). Pour certains français, la consommation de l'alcool de manière répétée comporte des effets favorables à divers titres (gustatifs, relationnels, physiques, etc.). Pour d'autres, son usage entraîne des désagréments, des difficultés, des dommages et des souffrances (6). Dans le milieu hospitalier français, un patient sur sept, de même qu'un professionnel de la santé sur sept, ou de médecine générale, présente au moins un problème de santé lié à des consommations d'alcool (5). Ainsi, chacun est susceptible d'avoir dans son entourage « un malade de l'alcool ». Les personnes dépendantes à l'alcool ignorent ou minimisent les dangers associés à leur consommation et la maladie elle-même. Certaines personnes dépendantes à l'alcool ne trouvent aucun intérêt à consulter un professionnel de santé et à entrer dans une démarche de soin (1) car elles ne pensent pas qu'il s'agisse d'une maladie. Les représentations sociales de la maladie et du malade, pourraient influencer le diagnostic et le parcours des soins. Conformément à la psychologie sociale, les représentations sociales correspondent à l'ensemble organisé des connaissances, des croyances et des opinions, des images et des attitudes partagées par un groupe à l'égard d'un objet social défini, ici : la maladie alcoolique (7). Elles sont liées à la fois aux croyances, aux connaissances profanes ou scientifiques du sujet et/ou du groupe d'appartenance ; elles déterminent les comportements ou attitudes et ont en même temps une fonction de justification, d'explication de ces conduites ; elles sont plus ou moins ancrées au travers un noyau central difficile à mobiliser et des cercles périphériques et vont influencer la demande d'aide (7). L'objectif de cette étude, est de décrire la connaissance de la maladie chez des patients souffrant du TUA et pris en charge dans un service spécialisé d'addictologie au sein d'un hôpital psychiatrique (Le centre hospitalier Esquirol de Limoges) , ainsi que chez un proche de chaque malade interrogé. Pour ce faire, la connaissance des critères définissant la maladie et constituant la référence au niveau international (DSM5) a été exploré.

2. Méthodes

Ce travail a été réalisé chez des patients hospitalisés souffrant du trouble de l'usage de l'alcool, et chez leurs aidants principaux respectifs afin de connaître les représentations sociales (en termes de connaissances) qu'ils se font de la maladie et du malade. L'objectif principal était de décrire les connaissances (Sémiologie du trouble conformément aux critères du DSM-5) des patients souffrant du trouble de l'usage de l'alcool et de leurs aidants principaux ; L'objectif secondaire était de décrire les différentes aides ou recours mentionnées par les patients souffrant du trouble de l'usage de l'alcool et leurs aidants principaux pour lutter contre le trouble de l'usage de l'alcool. Cette étude pilote, descriptive, transversale quantitative et qualitative, a été menée au Centre Hospitalier Esquirol, hôpital psychiatrique départemental de la Haute Vienne. Elle a reçu l'avis favorable du comité de protection de personnes sous les références N°ID RCB : 2017-AO 3523-50.

2.1. Outil de recueil des données

Le questionnaire Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC) (8), a été utilisé : il s'agit d'un guide d'entretien semi-directif et à validité transculturelle, adaptable à l'environnement et à la pathologie étudiée (8). Il a été adapté au TUA, en fonction des onze critères du DSM-5 (4). Il explore 4 domaines : Causes perçues ou modèles explicatifs, stigma social perçu, connaissances ou familiarité avec la maladie, et aides recherchées. Les résultats relatifs aux connaissances et aides recherchées sont présentés ici.

La partie « connaissance de la maladie » du questionnaire comporte des questions sur le contact avec la maladie, les problèmes psychosociaux, le symptôme le plus préoccupant de la maladie, l'évolution de la maladie adaptée au trouble de l'usage de l'alcool selon les critères du DSM-5. La partie « aide recherchée » comporte les questions sur la lutte contre la maladie, les différentes sources d'aides et la première aide recherchée (cf. annexe).

2.2. Recrutement des patients souffrant du TUA et recueils des données

D'après les expériences des études qualitatives (9) et du fait de la saturation des données (10), la taille de la population d'étude a été estimée à 50 sujets, repartis de la manière suivante : 25 patients avec TUA et 25 aidants principaux. Les sujets (Hommes ou Femmes) inclus étaient âgés de dix-huit ans et plus diagnostiqués par un psychiatre ou addictologue au cours d'une période de douze mois selon les onze critères du DSM-5. Leurs aidants principaux (Conjoint, enfant, ascendant, fratrie ou à défaut ami et collègue), étaient des personnes (hommes ou femmes) âgés de 18 ans et plus, qui vivaient ou partageaient la vie du malade, le rencontre régulièrement. Après avoir fait un pré-screening sur 60 patients, 45 patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool étaient éligibles. 11 ont été perdus de vue, 2 autres étaient sous protection juridique (curatelle) et 18 autres étaient sans aidant principal et ont donc été exclus. Au total 14 patients souffrant du TUA ont été inclus. A chaque patient était associé un aidant principal. Ils ont tous signé un consentement éclairé et ont été interrogés en utilisant le questionnaire EMIC.

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés du 05 février au 26 mars 2018. Ils duraient environ 1h-1h15 minutes en moyenne.

Un dictaphone, WS olympus 811, a été utilisé pour enregistrer ces entretiens qui ont ensuite été ordonnés, retranscrits littéralement avec la prise en compte des ponctuations. Ils ont été recueillis dans des fiches de synthèse d'entretien en format Word Excell, puis convertis en corpus de texte et l'analyse des données effectuée.

2.3. Méthodes d'analyse des données

Les critères de la maladie définis selon le DSM-5, les connaissances et les différents types d'aides mentionnés ont été recherchés en lisant dans les discours des patients souffrant du trouble de l'usage de l'alcool et de leurs aidants principaux. Pour l'analyse quantitative :

- Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart types.
- Les variables qualitatives en fréquence et pourcentage

Les données ont été saisies sur base informatique à l'aide du logiciel Excel version 2018 ; l'analyse des données quantitatives a été réalisée à l'aide du logiciel Statview 5.0. L'analyse des données qualitatives a

utilisé, le logiciel Iramuteq version 0.7 alpha (logiciel d'analyse de données textuelles ou de statistiques textuelles sur des corpus de texte).

3. Résultats

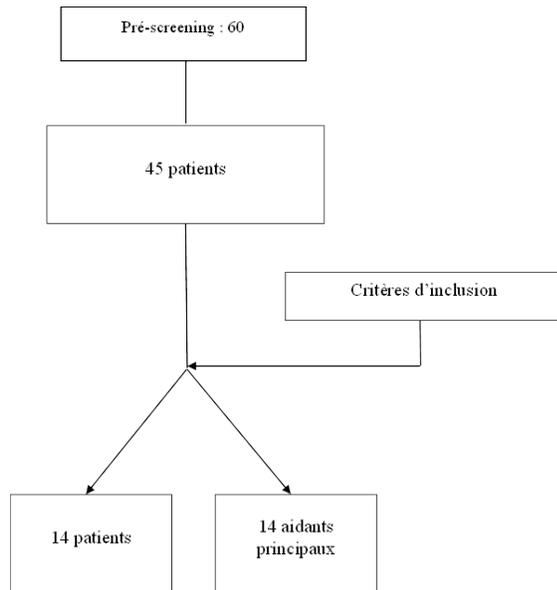


Figure 1 : Diagramme de flux

- 11 perdus de vue
- 2 protections juridiques
- 18 patients sans aidant principal

3.1. Caractéristiques de la population étudiée

	Patients		Aidants principaux		
	n=14	%	n=14	%	
Age	43±10		43±10		
Sexe					
	Homme	12	86	2	14
	Femme	2	14	12	86
Religion					
	Athée	7	50	10	71
	Autres	7	50	4	29
Revenus Réguliers					
	Oui	13	93	14	100
	Non	1	7	0	0
Profession					
	Chômage	8	57	2	14
	Ouvrier	4	29	5	36
	Autoentrepreneur	2	14	7	50

Tableau 1 : Données sociodémographiques des patients et leurs aidants principaux

Sur les 5600 salariés (personnel médical (n=550), soignant (n=3950), administratif et technique (n=1100)) du GHT, 191 se sont connectés au site (taux de participation = 3,41 %). Sur ces 191 personnes, 121 personnes ont complété la première partie et 75 d'entre eux ont répondu aussi à la seconde partie. Les données de la première partie seront donc basées sur un échantillon de 121 et celles de la seconde sur 75.

Les patients sont plus âgés en moyenne (43 ± 10 ans) que les aidants principaux (42 ± 10 ans).

Les femmes sont fortement représentées au sein des aidants principaux tandis que les hommes sont nombreux chez les patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool. Le Sexe ratio est de 6.

La grande majorité des sujets de l'étude, patients comme aidants principaux, est athée (50% chez les patients contre 71 % chez les aidants principaux) et une autre moitié (50%) est partagée en d'autres religions (catholiques, protestants) et une appartenance non religieuse (déistes) chez les patients. Chez les aidants principaux, 29% remplissent ce même critère.

Les patients comme leurs aidants principaux ont des revenus réguliers (100% pour les aidants principaux, 93% pour les patients, seul 7% des patients n'ont pas de revenus réguliers)

Les patients souffrant de troubles de TUA sont majoritairement au chômage (57 % des patients) comparés aux aidants principaux (14%) (cf tableau 1).

3.2. Connaissance de la maladie par les patients

3.2.1. Données Quantitatives

44% des patients souffrant du trouble de l'usage de l'alcool connaissaient la maladie selon la dénomination « Troubles de l'usage de l'alcool », contre aucun aidant principal. La maladie était connue sous d'autres dénominations (cf tableau 2).

	Patients		Aidants principaux	
	n=14	%	n=14	%
Connaissance de la maladie				
Oui	9	64	8	57
Non	5	36	6	43
Nom de la maladie				
Trouble de l'usage de l'alcool	4	44	0	0
Dépendance de l'alcool	1	11	3	37
Alcoolisme	1	11	1	13
Maladie alcoolique	3	34	3	37
Addiction à l'alcool	0	0	1	13

Tableau 2 : Connaissance de la maladie des patients et leurs aidants principaux

Critères du trouble de l'usage de l'alcool selon le DSM-5	Patients	Aidants principaux
Des activités socioculturelles abandonnées à cause de l'alcool	2	0
Envie impérieuse (craving) Fort désir de consommer l'alcool	2	1
Incapacité de remplir les obligations majeures au travail, ou à la maison	2	2
Efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de l'alcool	2	2
Consommation répétée d'alcool dans les situations où cela peut être physiquement dangereux	2	2
Consommation répétée de l'alcool malgré les connaissances de conséquences	1	3
Consommation excessive de l'alcool pendant une période prolongée	0	2
Trop de temps passé à des activités nécessaires à l'obtention d'alcool	0	0
Utilisation de l'alcool malgré les problèmes occasionnés par ses effets	0	0
Besoin de grandes quantités d'alcool pour obtenir une intoxication	0	0
Syndrome de sevrage	0	0
Syndrome de sevrage	0	0

Tableau 3 : Connaissance de la maladie selon le DSM-5 chez les patients et leurs aidants principaux

Six critères ont été mentionnés par les patients souffrant de trouble de l'usage de l'alcool comme par les proches avec des fréquences différentes (variant entre 1 et 3 fois). La consommation excessive de l'alcool

pendant une période prolongée, qui est l'un des critères importants conduisant à la maladie, n'a été mentionnée par aucun sujets avec TUA tandis qu'il est présent comme critère chez leurs aidants principaux. Le syndrome de sevrage caractérisant l'état de dépendance physique n'a pas été mentionné tant chez les sujets avec TUA que leurs aidants principaux. L'état de manque psychique ou craving est faiblement mentionné chez les patients et leurs aidants principaux (cf tableau 3).

3.2.2. Données qualitatives

Concernant la mauvaise connaissance de l'alcoolisme comme une maladie chronique selon le concept DSM-5 de « Trouble de l'usage de l'alcool » ou d'autres concepts ou appellations, les récits de certains d'entre eux nous renseignent :

« Bien sûr, j'en ai déjà entendu parler du trouble de l'usage de l'alcool mais, c'est-à-dire, avant de venir ici, j'ai déjà fait d'autres séjours en région parisienne, donc on m'a déjà expliqué les troubles de l'usage de l'alcool justement. Je connais la maladie » (Michèle, 38 ans).

Mais pour la plupart des patients ce n'est pas le cas, comme nous montre ce récit :

« Non, non je n'ai jamais entendu parler du trouble de l'usage de l'alcool, on disait toujours maladie alcoolique, je ne pensais pas que l'alcoolisme est une maladie » (André, 48 ans).

Plusieurs discours dérivés des entretiens peuvent expliquer la raison de leur absence de connaissance :

- L'absence de connaissance :

« Non jamais, jamais, je ne connaissais pas la maladie, justement, que ce soit à l'école, que ce soit nulle part, personne n'en parle » (Willy, 35 ans).

- L'ambivalence, le déni et le défaut d'insight :

« Oui, j'ai quelques amis qui boivent assez souvent d'alcool, voire même quasiment tous les jours mais qui sont dans ce qu'on appelle le déni et qui n'acceptent pas le fait de dire qu'ils sont alcooliques puisque moi, enfin, je considère l'alcoolisme comme une maladie, donc, euh, eux, ils sont dans le déni. J'ai ma sœur aussi qui boit tous les jours pratiquement. Elle n'accepte pas qu'on considère qu'elle soit alcoolique » (Franck, 47 ans).

Certains d'entre eux s'identifient avant de parler d'autrui qui est malade également :

« Oui, beh moi, déjà, et en général, les gens qui sont addicts traînent avec d'autres addicts qui se ressemblent, s'assemblent. C'est bien souvent le cas » (Magaly, 36 ans).

Le récit suivant témoigne d'un patient qui semble moins concerné par la maladie car il se soustrait de ceux qui sont malades en parlant plutôt d'autrui

« Oui, j'ai connu mon papa, ma grand-mère, mon beau-père, mes cousins et du côté de mon mari, mon beau-père, ma belle-mère, ses deux oncles qui buvaient de l'alcool » (André, 42 ans).

3.3. Connaissance de la maladie par les aidants principaux

Chez certains aidants principaux ils sont plus de la moitié à connaître la maladie, dont un peu plus du tiers n'ont pas la notion du trouble de l'usage de l'alcool. Ils utilisent le terme « Dépendance d'alcool » et « maladie alcoolique » pour se référer à la maladie. Ceci est vérifié dans le récit de certains d'entre eux :

« Moi, je ne leur donnais pas ce nom-là, (en se référant au trouble de l'usage de l'alcool) j'appelais ça maladie alcoolique moi, bon voilà, bien sûr oui » (Sophie, 38 ans).

« Ah oui, bien sûr, bien sûr, euh, oui l'alcoolisme est une maladie pour moi (...) ».

Les aidants principaux qui affirmaient connaître la maladie la connaissaient pour avoir un membre de la famille ou une connaissance ayant ce problème c'est ce que dit ce proche :

« Oui mais par mes enfants depuis, euh, une trentaine d'année, euh, les problèmes d'alcool, euh, qui sont une véritable maladie, oui, à travers les problèmes de mes enfants » (Lydie, 50 ans).

En effet, 43 % des aidants principaux ne connaissent pas la maladie. Cela s'explique à travers les discours des entretiens que l'on peut analyser en donnant plusieurs raisons :

- Le déni

Certains aidants principaux affirment qu'ils étaient dans le déni. C'est comme le cas de ce père dont le fils était malade :

« Beh, ce n'est pas une maladie parce que je ne sais pas, moi, bon moi, enfin, moi l'alcool, euh, bon, je bois l'apéritif mais dès que j'ai pas soif, je ne bois pas, c'est tout. Pour moi, ce n'est pas une maladie (...) ou je suis dans le déni » (Jean-Luc, 56 ans).

- La non croyance de la maladie :

D'autres aidant principaux ne croient pas à l'existence d'une maladie :

« Non, je ne crois pas à la maladie, parce que, pour moi, euh, c'est une mauvaise façon de gérer son temps par la personne. Ouais, il est possible d'arrêter. Enfin, c'est mon avis personnel. On n'est pas obligé de boire, euh, pour se sentir bien. On n'a pas besoin de fumer pour se sentir bien et ça devait s'arrêter facilement comme ça avait commencé » (Christelle, 39 ans).

3.4. Différents types d'aides recherchées par les patients et leurs aidants principaux

3.4.1. Données quantitatives

	Patients		Aidants principaux	
	n=14	%	n=14	%
Médecin traitant	6	43	4	29
Hôpital	6	43	7	50
Psychothérapie	1	7	1	7
Addictologue	1	7	2	14

Tableau 4 : Différents types d'aides signalées par les patients et les aidants principaux



Nous observons une même proportion de la recherche d'aide chez les patients qui citent le médecin traitant et l'hôpital comme première aide recherchée (50 % pour les médecins et 50% pour l'hôpital) tandis que, chez les aidants principaux, l'hospitalisation prédomine comme première aide recherchée (50 % pour l'hôpital contre 29 % pour le médecin traitant). Bien que majoritairement présent (hôpital et médecin traitant), les sujets avec TUA comme leurs aidants principaux ont mentionné aussi d'autres aides comme la consultation chez un addictologue (7% pour les patients contre 14% pour les aidants principaux) ainsi que les psychothérapeutes (psychologue, psychiatre) qui sont mentionnés à un pourcentage très faible (7% par les patients et 7% par les aidants principaux) (tableau 4).

3.4.2. Données qualitatives

Parlant des différents types d'aides possibles, les malades mentionnent le médecin traitant (43 %) de la même manière que l'hospitalisation (43 %).

Les raisons sont les suivantes :

- La confiance :

Le patient recourt au médecin traitant comme première aide mentionnée parce qu'il existe avec le temps une relation de confiance, comme l'indique bien ce patient qui est satisfait des services que lui offrent son médecin traitant :

« Mon médecin traitant, c'est la personne que je connais le mieux et il connaît le mieux mes problèmes, donc je pense que c'est lui que je dois voir en premier. Il connaît déjà bien mes problèmes, même si cela ne fait pas longtemps que je suis à Limoges. Il connaît les problèmes que j'ai eu avant, donc il me connaît bien quand même » (Michèle, 38 ans).

- Le secret médical :

Le patient privilégie le médecin pour la relation de confiance mais également pour le fait qu'il soit capable de garder les confidences qu'il lui confie. Il respecte donc le secret médical :

« Le médecin traitant parce que c'est le premier à pouvoir vous aiguiller sur une façon de sortir de cet état alcoolique. Quoi, c'est, euh, et puis, c'est quelqu'un avec qui on peut avoir confiance pour donner suite au secret médical, et pour moi, c'est la première aide qui est qui est primordiale pour moi » (Faustin, 42 ans).

- L'Orientation :

Une autre raison qui justifie ce choix est le fait que le médecin traitant est capable de vous diriger vers le bon spécialiste, comme le dit si bien ce patient :

« Le médecin traitant parce que c'est quelqu'un de compétent et quelqu'un qui peut m'orienter plus facilement. Et voilà tout simplement quelqu'un de compétent qui peut comprendre le problème parce que c'est un professionnel de la santé, donc voilà, ça sera la personne adéquate pour me diriger, euh, et me dire où je dois aller (...) » (Franck, 47 ans).

- La confiance accordée au médecin traitant :

Ils justifient le fait que le membre de leur famille malade soit pris en charge par lui pendant de longues années fait naître une relation de confiance :



« Le médecin traitant ? Beh oui, parce que, comme lui, il est médecin alcoologue, je lui préviendrai pour lui dire Monsieur D a recommencé parce qu'il sait ce qu'il faut faire pour l'avoir déjà suivi plusieurs fois. Je sais que je vais sur un chemin qui va m'aider aussi. Non, il n'y a que vers cette personne là que je peux me retourner. Personne de l'entourage ne pourra m'aider » (Marie-Noelle, 44 ans).

- La longue attente chez le médecin traitant :

Pour certains, le fait d'attendre longtemps avant d'obtenir un rendez-vous chez le médecin traitant, ou la décision trop longue de celui-ci sur le traitement, les fait opter pour l'hospitalisation, comme l'explique cette aidante :

« L'hôpital, beh, parce qu'il n'y a que là. Son médecin traitant, qu'est ce qui va me dire ? Bien, il va m'arrêter, mais qu'est ce qui va me dire ? Pendant qui va aller cogiter toute la journée ? Eh bien, mon frère sera en train de picoler à nouveau et, bah, écoutez, beh, parce que, parce qu'il y a que là que l'on peut être soigné correctement, et puis pour dégager tout ça. Voilà, bah oui, moi, je ne vois pas d'autres solutions. Vous en voyez une vous ? » (Elisabeth, 47 ans).

- Le parcours de soin en France :

Certains d'entre eux disent voir le médecin traitant parce qu'ils n'ont pas de choix autre car cela fait partie du parcours de soins en France :

« Le médecin généraliste, oui, beh, avec le parcours de soins, eux, en France, machin là, on ne peut pas aller directement. Il faut passer par le généraliste. On ne va pas aller se pointer à l'hôpital directement, donc que voilà, le mieux, c'est de passer par le généraliste, donc voilà par le médecin traitant » (Claire, 45 ans).

Pour les patients qui ont recours à l'hôpital en premier, à travers les entretiens obtenus, ils le justifient par plusieurs raisons :

- La compétence des structures hospitalières :

Certains d'entre eux parlent plus de la qualité des soins prodigués dans ces différents centres tout en parlant de leurs propres expériences :

« L'hospitalisation à Esquirol parce que j'ai eu de bonnes expériences qui ont fonctionné, euh, je crois que c'est un endroit où les gens sont spécialisés dans les addictions et que c'est donc les mieux formés pour tenter de résoudre le problème quoi. Oui, je me poserai pas de questions. Oui, si je sens que je n'arrive plus à gérer effectivement, c'est-à-dire, c'est la première chose que je ferai, oui, l'unité de Simone de Beauvoir. Je le ferai parce que je connais maintenant Esquirol depuis 2012. Je connais les docteurs, les infirmières et la relation est plus facile finalement, puis elles aussi me connaissent et connaissent mon problème » (Johann, 42 ans).

- L'échec de l'auto-sevrage :

Certains patients y vont pour avoir déjà échoué à arrêter de boire par leurs propres moyens. C'est ce qu'explique ces patients :

« L'hôpital pour un sevrage. La première, c'est ça, parce que j'ai essayé de me sevrer tout seul et cela n'a pas fonctionné. La première aide sera plutôt là-bas » (Yoann, 36 ans).



- La difficulté à se battre seul face à la maladie :

D'autres faisant face seuls à la maladie se sentent démunis de toute aide pour être soignés et préfèrent recourir à l'aide hospitalière comme l'explique ce patient :

« L'hôpital, il y a l'équipe soignante et tout, il y a les infirmières, les médecins et puis, il y a un suivi, c'est encadré, c'est structuré, que dehors, il n'y a personne quoi. On fait quoi dehors ? On est tout seul, on est livré à nous-mêmes quoi. Il n'y a personne, ça avance pas, il n'y a rien quoi, tout simplement » (Christian, 40 ans).

Les aidants principaux, sont majoritaires à mentionner l'hôpital comme premier recours (50%), puis ils mentionnent le médecin traitant (29 %). Pour les aidants principaux mentionnant l'hospitalisation comme première aide, les raisons sont les suivantes :

- La compétence du personnel médical :

Certains aidants principaux se réfèrent à la compétence des hôpitaux comme raison invoquée et des relations qui sont déjà tissées entre eux :

« L'hôpital oui, Esquirol parce qu'il y a des médecins compétents. Ils savent ce que c'est donc que, euh, c'est pour ça que je me dirigerai à l'hôpital. Il y a des médecins compétents qui savent leur métier comme on peut dire, beh, parce que dans les coins, il n'y a pas d'autres hôpitaux psychiatriques » (Denise, 24 ans).

« Vers l'hôpital, je rappellerai ici (Simone de Beauvoir). C'est ce que j'avais fait. J'ai rappelé l'unité quand il y avait un problème. Ouais, ouais, je rappellerai ici comme j'avais fait à Giraudoux. J'avais une infirmière exceptionnelle d'ailleurs et, à chaque fois, je l'appelais. Laurence, elle s'appelait. Beh, à chaque fois que je l'appelais, je lui disais. C'est Madame P. Il se passe ça et ça et ça. Elle m'aidait parce qu'elle connaissait son métier. Et quand elle ne connaissait pas, elle disait je vais aller voir Docteur Beauseigneur et je vous rappelle, ouais » (Sophie, 38 ans).

- L'impuissance face à la maladie :

Certains aidants principaux expliquent le fait de se rendre à l'hôpital parce qu'ils se sentent démunis face à la maladie et qu'ils n'ont plus la force d'aider les membres de leur famille qui sont malades :

« L'hôpital parce que je n'ai pas les moyens, je n'ai pas les moyens de l'aider, je n'ai pas les capacités de l'aider, non. Pourquoi aller ailleurs ? Non, j'irai pas ailleurs parce que vous le connaissez déjà et vous savez comment peut-être vous comporter avec lui, que moi, je ne sais plus » (Sophie, 38 ans).

Les propos recueillis ont été conservés tels quels. C'est la raison pour laquelle l'on peut trouver des fautes de français conservées volontairement pour traduire la spontanéité du langage oral des patients et de leurs aidants principaux écoutés pendant les entretiens.

4. DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif de décrire les représentations en termes de « connaissances » ou « symptômes clés et modèles explicatifs de la maladie » des patients souffrant du TUA et de leurs aidants principaux sur la maladie selon la nosographie actuelle (DSM-5) et, dans le même ordre d'idées, de décrire les différentes aides mentionnées par les deux parties (les patients et leurs



aidants principaux). Nous nous sommes rendu compte que le « trouble de l'usage de l'alcool », défini selon les onze critères de la nouvelle nosographie (DSM-5) était peu connu tant chez les patients que chez leurs aidants principaux. Si ceci pouvait être attendu du fait du caractère récent de cette nouvelle classification, force est de constater que des aspects déjà vulgarisés de chronicité, de tolérance, de syndrome de sevrage et de dommages sont encore insuffisamment mentionnés. Dans le cadre de l'aide mentionnée, les patients sollicitaient le médecin traitant et l'hôpital de manière proportionnelle tandis que chez les aidants principaux, l'hôpital était prépondérant en termes d'aide recherchée par rapport au médecin traitant.

Au cours de notre étude, nous avons constaté que les hommes étaient plus concernés par le trouble de l'usage de l'alcool que les femmes. C'est l'une des données qui va dans le sens de la littérature scientifique (11,12). Une revue de la littérature menée aux Etats-Unis sur les prédicteurs de l'usage de l'alcool durant la première année du collège a montré également que les hommes ont des consommations d'alcool plus élevées que les femmes (13), ce qui se justifie par le fait que les hommes sont plus nombreux à déclarer avoir un problème d'alcool (14) tandis que, chez les femmes, cela reste un sujet tabou ou difficile à aborder. Tout ceci est dû aux préjugés de la société. Elle s'explique aussi par le fait que l'alcoolisation de la femme est très mal perçue dans la société et fait l'objet d'un stigma important.

Les patients souffrant de troubles de l'usage de l'alcool étaient en majorité des chômeurs avec des revenus réguliers liées au statut d'invalidité ou des maladies engendrées par leur état, leur donnant ainsi droit à des aides de l'état. Ces résultats vont dans le sens de ceux rapportés dans une étude faite sur des usagers des substances psychoactives en région parisienne (15) et au centre hospitalier Esquirol de Limoges (2). Cela peut être vérifié à travers les récits des patients qui parlent de leur dépendance à l'alcool qui les a menés au chômage ou qui les a rendus invalides pour les activités de la vie quotidienne. En effet le TUA s'accompagne de nombreux dommages dont sociaux et professionnels.

Concernant la connaissance de la maladie selon les onze critères du DSM-5, les patients comme leur aidants principaux ont parlé de six critères sur les onze critères à des fréquences faibles (1 à 3 fois). Néanmoins, elle nous permet d'avoir une idée sur la question de la connaissance de la maladie par les symptômes bien définis. La « consommation excessive de l'alcool pendant une longue durée » qui est l'un des critères-clés de la maladie, n'a pas été citée chez les patients mais a bien été mentionnée dans les récits de leurs aidants principaux.

Ces résultats montrent que, même si les patients sont une majorité à connaître la maladie, plusieurs sont encore incapables de donner le nom de la maladie et ils sont encore moins nombreux à la décrire selon la nosographie actuelle (DSM-5) (4). Nos résultats peuvent être mis en perspective avec ceux trouvés dans une étude réalisée sur la stigmatisation des patients schizophrènes en Limousin concernant la connaissance de leur maladie, qui étaient moins nombreux à connaître la schizophrénie selon ses critères de définition et encore peu à la décrire (16).

Toutefois, les notions importantes pour la définition de la dépendance comme celui de « syndrome de sevrage » ou de « tolérance » dépendance physique ou de « craving » (dépendance



psychique) ne semblent pas connues par les patients ou leurs proches, ce qui laisse de grandes perspectives à l'éducation thérapeutique dans l'avenir.

Parlant des différents types d'aides mentionnés, les patients mentionnent le médecin traitant de la même manière que l'hospitalisation car ceux-ci comprennent le bien fondé d'être repérés le plus tôt possible afin de bénéficier d'une prise en charge personnalisée et adaptée à leur profil (1), comme l'ont témoigné les patients dans leur discours. Un faible pourcentage des patients a mentionné l'addictologue et le psychothérapeute. Cela peut s'expliquer par le fait que l'addictologie est une spécialité récente (17). Par exemple, il existe une méconnaissance fréquente chez les médecins hospitaliers ou les internes de spécialités de la gestion médicale d'un sevrage à l'alcool (18,19).

Une autre spécificité est la désignation du médecin et de l'hôpital au même niveau. C'est un résultat intéressant qui indique que pour les patients souffrant d'addiction à l'alcool de toutes les différentes aides disponibles, l'aide médicale est toujours celle recherchée premièrement. A la différence des représentations de la maladie mentale, notamment pour la dépression où le médecin est clairement identifié comme premier recours avant l'hôpital psychiatrique (20), ce n'est pas le cas encore pour l'addiction à l'alcool, ce qui montre le travail de formation et de sensibilisation à réaliser auprès de ces derniers pour mettre le médecin généraliste au cœur du dispositif.

L'obtention d'un petit effectif de patients et de leurs aidants principaux est l'une des principales faiblesses de notre étude. Néanmoins, elle nous permet d'avoir une idée de ce que peuvent être les opinions émises sur le sujet de recherche étudié. De plus, le temps de la réalisation du projet était limité. Les analyses par paires (patient et aidant principal) n'ont pas pu être approfondies, du fait du faible corpus de texte et de l'absence d'un questionnaire uniquement centré sur les onze critères du DSM-5 avec des objectifs précis. En effet les patients ont reçu la totalité du questionnaire EMIC même si ici ne sont présentés que des résultats partiels. Parmi les autres faiblesses de l'étude, signalons le fait que seules deux femmes buveuses ont été interrogées, or ce sont elles qui fournissent un tiers des réponses retranscrites. Cette proportion est conforme à la réalité des effectifs de l'unité du fait du moindre recours aux soins addictologiques par les femmes en lien probable avec le stigma, fardeau supplémentaire caché qui selon l'OMS, retarde la recherche d'aide (21). Enfin, il faut souligner aussi qu'une des limites des entretiens semi-directifs tient dans le fait que les réponses des patients et de leurs aidants dépendent aussi de l'enquêteur, du lieu de l'enquête, du biais de désirabilité etc. Peut-être qu'une méthode qualitative de type « focus groupe » aurait été plus pertinente laissant plus de place à la spontanéité.

La force de notre étude est dans son originalité car cette thématique n'est pas très abordée et pas en analyse qualitative, notamment le volet connaissance de la maladie à partir de la nouvelle critériologie du DSM-5. De plus, notre étude a été très bien acceptée des patients. Nous avons observé une très forte volonté chez plusieurs d'entre eux de participation. Les personnes interrogées parlaient de l'entretien autour d'elles dans l'unité aux arrivants et lors de leur groupe de parole en valorisant ainsi l'étude comme un moyen de partager leurs impressions et d'apporter leur aide pour lutter contre la maladie. L'étude a également été valorisée auprès des aidants

principaux qui trouvaient ainsi un moyen de partager leur ressenti vis-à-vis de la maladie, et leur vécu.

5. CONCLUSION

Cette étude sur les représentations sociales du TUA en termes de connaissances et de recherche d'aide chez 14 patients hospitalisés pour un sevrage résidentiel complexe et 14 aidants principaux, à l'aide d'un questionnaire adapté de l'EMIC, montre que la dépendance à l'alcool ou maladie alcoolique n'est pas bien connue aussi bien chez les patients hospitalisés que chez leurs aidants principaux. Il est encore beaucoup moins connu selon les critères de définition de la maladie actuelle (DSM-5). Beaucoup de patients ne sont pas conscients des risques liés au mésusage de l'alcool. Parfois, ils le savent mais sous-estiment les dangers auxquels ils sont exposés.

La connaissance de la maladie dans ses déterminants essentiels (craving, consommation excessive de l'alcool, syndrome de sevrage, perte de contrôle, dommages) reste donc largement à améliorer.

Les patients désignent l'hôpital proportionnellement au médecin traitant comme première aide recherchée. Pourtant, chez leurs aidants principaux, l'hôpital est plus sollicité que le médecin traitant. Les représentations sociales du trouble de l'usage de l'alcool restent encore peu étudiées. Pourtant, ce concept est très utile pour mieux adapter les prises en charge et l'éducation thérapeutique sur la maladie en fonction de la culture ainsi que des us et coutumes.

Il est nécessaire de faire une information aux patients et à leurs aidants principaux sur les spécialistes ciblés (addictologue, psychiatre, psychologue) qui interviennent dans la prise en charge de cette maladie et former les médecins généralistes à dépister précocement et à prendre en charge la maladie. Les professionnels de santé doivent prendre en compte les éléments relatifs à la représentation (connaissance ou modèle explicatif, causes perçues, recherche d'aide, stigma...) que se font les patients et leur aidants principaux sur le trouble de l'usage de l'alcool en vue d'affiner les stratégies de prise en charge.

6. REFERENCES

1. Dano C, Le Geay F, Brière M. [Diagnosis and management of alcohol-use disorders]. *Encephale*. 2014 ;40:276-85.
2. Nubukpo P, Girard M, Sengelen J-M, Bonnefond S, Varnoux A, Marin B, et al. A prospective hospital study of alcohol use disorders, comorbid psychiatric conditions and withdrawal prognosis. *Ann Gen Psychiatry*. 2016; 15:22.
3. Agoudavi K, Dalmay F, Legleyle S, Kumako K, Preux PM, Clément JP, et al. Epidemiology of alcohol use in the general population of Togo. *Addictive Behaviors Reports*. 2015;2(Supplement C):1-5.
4. Boyer P, Crocq M-A, Guelfi JD, Pull C, Pull-Erpelding M-C. Trouble liés à l'alcool. In: *Mini-DSM5 Critères diagnostiques*. 5ème édition Américaine. Issy- les -Moulineaux : Elsevier Masson; 2016. p. 209-210.
5. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(24-25):440-9.
6. Menecier P, Fernandez L, Plattier S, Ploton L. L'alcoolisme est-il toujours une maladie au XXIe siècle ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2018 ;176(1):42-7.
7. Apostolidis T, Dany L. Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*. 2012;57(2):67-81.
8. Weiss M. Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness. *Transcult Psychiatry*. 1997 ;34:235-63.
9. Menecier P, Fernandez L, Galiano AR, Ploton L. Attitudes et croyances de soignants hospitaliers envers le mésusage d'alcool de sujets âgés : étude par entretiens de recherche. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2018 ;1-7.



10. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin; 2011.
11. Wémeau J-L. Alcool : métabolisme et consommation. In : Endocrinologie, Diabète, Métabolisme et Nutrition pour le Praticien. 2014. p. 475-81.
12. Richard J-B, Spilka S, Beck F. Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans. In: Beck F, Richard J-B, éditeurs. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis: INPES; 2013. p. 87-112. (Baromètres santé).
13. Borsari B, Murphy JG, Barnett NP. Predictors of alcohol use during the first year of college: Implications for prevention. *Addictive Behaviors*. 2007;32(10):2062-86.
14. Richard J-B, Palle christophe, Guignard R, Nguyen-Thân V, BECK F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. *Evolutions Resul Etud Rech Prev Educ*. 32^e éd. 2015 ;1-6.
15. Simmat-Durand L, Vellut N, Lejeune C, Jauffret-Roustide M, Mougel S, Michel L, et al. Sortir des addictions : à l'alcool, par l'alcool ou vers l'alcool. *Encephale*. 2017 ;43(4):326-33.
16. Breton N, Aubreton C, Dalmay F, Bouysse A-M, Blanchard M, Nubukpo P. Stigmatisation de la schizophrénie : enquête auprès de quarante patients schizophrènes stabilisés. *L'information psychiatrique*. 2010; 86:785.
17. O'Connor PG, Sokol RJ, D'Onofrio G. Addiction Medicine: The Birth of a New Discipline. *JAMA Intern Med*. 2014;174(11):1717-8.
18. Gaughwin M, Dodding J, White JM, Ryan P. Changes in alcohol history taking and management of alcohol dependence by interns at The Royal Adelaide Hospital. *Med Educ*. 2000;34(3):170-4.
19. Hecksel KA, Bostwick JM, Jaeger TM, Cha SS. Inappropriate use of symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal in the general hospital. *Mayo Clin Proc*. 2008 ;83(3):274-9.
20. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*. 2010 ;36(3, Supplément 1) :7-13.
21. Rafael F, Dubreuil C, Prado JA, Burbaud F, Clement J, Preux P, Nubukpo P. Social and cultural representation of Epilepsy in elderly aged 65 and more, during a community survey in two French Departments (Haute Vienne and Creuse). *Ann Neurosci*. 2010 Apr;17(2):60-2.

Mise au point

Alcool et développement : Actualisation des connaissances sur les faibles niveaux de consommation et la consommation pré-conceptionnelle des deux parents

Naassila Mickael^{1,*}

^{1.} Université de Picardie Jules Verne, Unité INSERM UMRS1247, Groupe de Recherche sur l'Alcool & les Pharmacodépendances

* Correspondance : Pr Mickael Naassila, Université de Picardie Jules Verne, Centre Universitaire de recherche en Santé, Chemin du Thil, 80025, Amiens cedex 1, France. mickael.naassila@inserm.fr ; tél 03 22 82 76 72

Résumé : Même si ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse est maintenant bien ancré dans les campagnes de prévention et dans le grand public, il est important de s'intéresser aux effets des faibles niveaux de consommation. Quelques données sont maintenant disponibles à ce sujet et cette question est souvent posée par les mamans inquiètes d'une consommation notamment à une période où elles n'avaient pas encore connaissance de leur grossesse. Il existe aussi un contexte où des études suggèrent la possibilité d'une transmission intergénérationnelle, voire transgénérationnelle des modifications épigénétiques induites par la consommation d'alcool, et ceci même pour une consommation avant la conception (fécondation) et même pour une consommation d'alcool du père, qui semble elle aussi impliquée. Cette minisynthèse ne vise pas à faire un état des lieux exhaustif mais juste à introduire ces nouvelles questions et problématiques afin de s'interroger sur la communication future à ce sujet.

Mots-clés : Alcool, Epigénétique, Grossesse, Intergénérationnel, Transgénérationnel, Père

Summary: Even though avoiding alcohol consumption during pregnancy is now well established in prevention campaigns and among the general public, it is important to consider the effects of low levels of consumption. Some data is now available on this topic, and it is a question often raised by mothers concerned about consumption, especially during a period when they were not yet aware of their pregnancy. There is also a context where studies suggest the possibility of intergenerational and even transgenerational transmission of epigenetic changes induced by alcohol consumption, including consumption before conception (fertilization) and even paternal alcohol consumption, which also appears to be implicated. This mini-review does not aim to provide a comprehensive overview but merely to introduce these new questions and issues in order to consider future communication on this subject.

Keywords: Alcohol, Epigenetics, Pregnancy, Intergenerational, Transgenerational, Father

1. Introduction

Cette mini synthèse a été rédigée dans le cadre du projet AlcoolConsoScience financé par le Fonds de lutte contre les addictions et le partenariat entre la SFA et Santé publique France. Cette fiche a été diffusée pendant la communication du 9 septembre 2023, journée mondiale du « Syndrome d'alcoolisation fœtale ». Il s'agissait de rédiger une fiche très synthétique d'actualisation des connaissances concernant l'impact de l'exposition à l'alcool in utero mais aussi de celui de la consommation d'alcool par les parents, aussi bien la mère que le père, avant même la conception. Cette mini synthèse vise à informer sur les dernières données montrant que des faibles niveaux de consommation d'alcool pendant la grossesse peuvent avoir des conséquences cognitives mesurables dans la descendance. Elle vise aussi à interpeller sur les hypothèses d'une transmission intergénérationnelle voire transgénérationnelle de modifications épigénétiques dues à la consommation d'alcool, et ce, même avant la conception. Ce concept assez disruptif vient bousculer les

campagnes de prévention habituelles qui se focalisent sur la prévention de la consommation d'alcool par la maman et propose de communiquer aussi sur les risques liés à la consommation d'alcool du papa.

2. Les chiffres

L'alcool est considéré comme la molécule la plus toxique pour le neurodéveloppement et le développement en général. C'est un toxique tératogène car il peut induire des malformations congénitales. L'alcool passe librement la barrière placentaire, arrivant facilement au fœtus qui n'est pas encore « équipé » pour dégrader l'alcool et baignant dans le liquide amniotique servant de réservoir. L'alcool passe aussi dans le lait maternel.

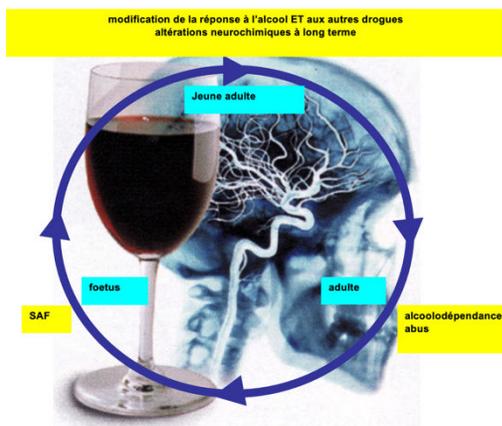
Dans le baromètre santé 2017, la consommation ne serait-ce qu'occasionnelle d'alcool pendant la grossesse concernerait environ une femme enceinte sur dix et serait plus fréquente chez les femmes les plus âgées et les plus diplômées (<https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Barometre%20Grossesse-Alcool-Tabac.PDF>).

L'exposition du fœtus à l'alcool est très fréquente avec des estimations hautes pouvant aller à 1% des naissances et un méta-analyse réalisée au niveau mondiale publié en 2016 indique une prévalence de 22.7 pour 1000 concernant les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) (1). Plusieurs études aux États-Unis estiment que 1.1 à 4.8 % des enfants scolarisés pourraient être atteints de TSAF et une étude récente basée sur l'estimation de l'exposition à l'alcool avec un biomarqueur d'exposition (phosphatidyléthanol) suggère une forte sous-estimation de la prévalence en général ainsi que celle à des niveaux élevés de consommation d'alcool (2).

Les chiffres sont donc très variables en fonction de la géographie, mais sont estimés à environ 0.5 à 3 pour 1000 naissances (et ces chiffres peuvent même doubler dans certains départements en France), soit 400 à 2400 enfants atteints de la forme la plus grave : le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).

3. Les répercussions

Les répercussions peuvent être très graves du point de vue physique et mental. L'exposition à l'alcool étant la première cause de déficience mentale évitable. Les atteintes bien qu'évolutives peuvent être irréversibles et donc visibles jusqu'à l'âge adulte. La consommation d'alcool est peu ou pas repérée. La forme la plus



sévère, avec un syndrome complet (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale) est peu ou pas diagnostiquée et les formes incomplètes encore moins, appelées l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF ou maintenant TSAF). C'est une réalité coûteuse, non seulement en termes financiers mais aussi et surtout en termes de souffrance des individus et familles touchés par ces atteintes. Il est aussi très dommageable que cette maladie soit peu connue et non prise en compte dans la vie des individus touchés, dont certains, et ils sont sûrement nombreux, n'ont même jamais été diagnostiqués. Il est très important de noter que l'exposition fœtale à l'alcool est un facteur prédictif puissant du risque à développer une addiction et des troubles psychologiques et psychiatriques très précocement,

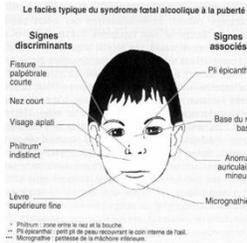
dès l'adolescence (3, 5–8). Ce qui avait posé le problème de l'existence d'un possible cercle vicieux avec ce qui avait été dénommé « le générateur d'alcoolisme » (4).

4. La découverte



C'est le Dr Paul Lemoine, (un français !), pédiatre nantais, qui est le pionnier dans la découverte et la description des atteintes liées à l'exposition fœtale à l'alcool (9).

« Vers 1960, parmi ces enfants, j'ai été frappé par l'existence d'un syndrome, dans lequel les enfants se ressemblaient comme des frères! Il y avait forcément un syndrome précis, dont j'ignorais la nature.



Un jour, je comparais 2 de ces enfants, essayant de comprendre et, discutant avec le personnel soignant, comme j'en avais l'habitude, lorsque l'auxiliaire de puériculture responsable de ces 2 enfants me signala que leurs 2 mères étaient de grandes alcooliques. L'étincelle avait jailli ! L'innocuité de l'alcoolisme sur la

descendance était-elle donc fautive ? J'ai repris tous mes dossiers, fait des enquêtes sérieuses : tous les enfants atteints de ce syndrome avaient des mères alcooliques ! J'ai rapidement été convaincu. Il a été plus difficile de convaincre mes confrères. »

5. Pourquoi la recommandation « zéro alcool » ? quel impact des faibles niveaux de consommation ?



Adolescent Brain Cognitive Development®
Teen Brains. Today's Science. Brighter Future.

L'absence de repères ou de seuils clairs sur les risques fait que c'est la précaution qui prévaut et le « zéro alcool » pendant la grossesse reste la recommandation la plus sûre. Cependant, nous disposons aussi d'études récentes suggérant un impact dès les faibles niveaux de consommation. Par exemple, une étude publiée en 2020 sur la cohorte ABCD « Adolescent Brain Cognitive development », a montré l'association entre différents niveaux

d'exposition prénatale à l'alcool avec des atteintes psychologiques, comportementales et neurodéveloppementales (10).

Cette étude portait sur 9700 enfants de 9 à 10 ans, dont 2090 exposés. Les niveaux et profils d'exposition comprenaient : abstinence, consommation « légère et en diminution » (3,2 verres/sem pendant les 7 premières semaines de grossesse, soit au total 22,1 verres en moyenne), consommation légère et stable (1,5 verres/sem pendant toute la grossesse, soit au total 61,6 verres en moyenne) et forte consommation (7,4 verres par semaine pendant les 7 premières semaines de grossesse). L'étude montre que les enfants qui ont été exposés à de faibles niveaux de consommation et à n'importe quel moment de la grossesse présentent davantage de problèmes psychologiques ou émotionnels (anxiété, dépression, repli sur soi) et de problèmes comportementaux (difficultés d'attention et impulsivité) que les enfants non-exposés. Ces effets sont observés « même » chez ceux dont la maman n'avait bu « que » 16 verres durant les 7 premières semaines de grossesse.

Des données chez l'animal publiées en 2019, ont montré aussi par exemple qu'un seul épisode de consommation d'alcool pendant la grossesse (avec une alcoolémie d'environ 0,5-0,6g/l) peut entraîner une résistance à l'insuline 6 mois plus tard chez les adultes mâles (11). Une autre expérience chez l'animal, a montré qu'une exposition répétée de type binge drinking à l'adolescence chez les mâles et les femelles

même longtemps avant la conception, induit de très nombreuses modifications de l'expression de gènes dans le cerveau des bébés, qui touchent par exemple le neurodéveloppement et les fonctions métaboliques (12).

6. Pourquoi dès le désir de grossesse et même longtemps avant ?

Les données scientifiques récentes convergent pour suggérer que la consommation d'alcool avant la conception de l'enfant, c'est-à-dire la fécondation de l'ovule par un spermatozoïde, est associée à des modifications chimiques de l'ADN et des molécules de protéines autour desquelles il s'enroule. Ces modifications, dites épigénétiques, peuvent être transmises non seulement au bébé à naître mais aussi aux deux générations suivantes (transmission dite intergénérationnelle, attendue puisque les gamètes ont été exposés à l'alcool et donc avec des répercussions sur l'enfant et sa propre descendance), mais aussi, et de manière plus surprenante, sur les générations ultérieures (transmission dite transgénérationnelle car sans exposition de la génération précédente à l'alcool, avec une sorte de « saut de génération »). En plus de l'ADN, il est aussi question d'autres petites molécules, appelées microARN (ARN non codants), dont l'expression pourrait être modifiée par l'alcool et qui pourraient être transmises au fil des générations.

Il ne s'agit donc plus ici de considérer simplement l'exposition du fœtus due à la consommation de la maman mais bel et bien de la consommation d'alcool de chaque parent avant même la conception (fécondation) qui modifie chimiquement les gènes (sans même changer la séquence d'ADN) et se transmet ainsi dans la descendance. Ces modifications chimiques sont responsables de changement dans l'expression de certains gènes et notamment de ceux qui peuvent jouer un rôle dans l'apparition de certaines maladies à l'âge adulte.

Une des premières études réalisées chez la souris et publiée en 2010 avait déjà montré que la consommation d'alcool des souris pendant la grossesse, mais aussi (et seulement) avant la conception (fécondation) entraînait un changement de la couleur du pelage des petits à la naissance, car l'alcool a modifié la méthylation des gènes causant la couleur du pelage ; et donc ceci même lorsque la consommation des mères a eu lieu avant la fécondation (accouplement)(13). Ce sont des résultats majeurs indiquant que la consommation d'alcool avant même la conception, et donc même celle du futur père, peut avoir des conséquences dans la descendance.

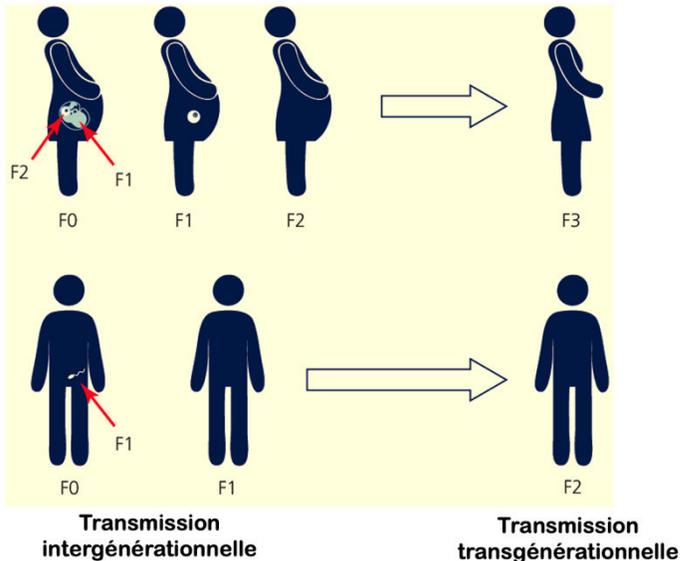
7. Quel impact de la consommation d'alcool du père ?

L'impact délétère de la consommation chronique d'alcool sur la fonction spermatique et la qualité des gamètes a été très étudié (14). La recherche de l'impact des comportements et des facteurs de risque modifiables paternels au cours de la période pré-conceptionnelle sur la descendance quant-à-elle n'est pas très fournie. Des risques plus élevés de microcéphalie à la naissance sont associés à une consommation d'alcool paternelle (15).

Une méta-analyse récente rapporte seulement 6 études qui se sont intéressées à la consommation d'alcool avec des mesures et des résultats assez variables (16). Parmi ces études, l'une d'entre elles montre que les risques relatifs d'anxiété ou de dépression à l'âge de 4 et 6 ans, respectivement, ont augmenté de 33 % (RR=1,33 [IC à 95%:1,09-1,61]) et de 37% (RR=1,37 [IC à 95%:1,02-1,84]) chez les filles du groupe exposé à l'alcool(17). Les risques de troubles somatiques à l'âge de 4 et 6 ans ont augmenté de 18 % (RR=1,18 [IC à 95%:1,00-1,40]) et de 65% (RR 1,65 [IC à 95%:1,14-2,38]) chez les garçons du groupe exposé à l'alcool. Une augmentation des risques de troubles du sommeil (RR=1,25 [IC à 95%:1,00-1,55]) chez les filles à l'âge de 4 ans, de troubles de la pensée (RR=1,32 [IC à 95%:1,01-1,73]) chez les filles à l'âge de 6 ans, et de

comportements contraires aux règles (RR=1,35 [IC à 95%:1,09-1,67]) chez les garçons à l'âge de 6 ans, est aussi rapportée.

Ernest L. Abel, avait déjà indiqué dans un article publié en 2004 que la consommation d'alcool du père pouvait aussi avoir un impact sur le SAF avec notamment un effet sur le poids de naissance, les maladies cardiaques congénitales ainsi que des déficits cognitifs (18).



Chez l'humain, une méta-analyse publiée en 2019 a montré que la consommation d'alcool péri-conceptionnelle (3 mois avant ou après le début de la grossesse), de la mère et du père entraîne un risque accru de maladie cardiaque congénitale (19). Même si cette étude a de nombreuses limites, elle a l'intérêt d'attirer l'attention sur les conséquences néfastes potentielles de la consommation d'alcool paternelle.

De très nombreuses études chez l'animal ont maintenant bien mis en évidence que les cellules germinales et les gamètes du père transmettent les modifications épigénétiques

induites par l'alcool chez le fœtus (par la consommation de la maman) et ceci sur de multiples générations (20). Une étude récente a démontré que la consommation d'alcool préconceptionnelle de souris mâles entraîne des atteintes craniofaciales typiques du SAF dans la descendance (21).

8. Quels enseignements tirer de ces études scientifiques ?

Plus que jamais, l'état de l'avancée de la science confirme que la recommandation ZERO alcool pendant la grossesse est la plus justifiée et qu'il est même justifié de ne pas consommer d'alcool dès le désir de grossesse afin d'éviter d'exposer les gamètes (ovule et spermatozoïdes). Les dernières avancées de la science mettent aussi en avant l'idée de ne pas consommer d'alcool au moins plusieurs mois avant la conception, non seulement pour la future maman mais aussi pour le futur papa. Les messages de prévention doivent donc être adaptés pour recommander le plus précocement possible d'éviter la consommation d'alcool par les deux futurs parents.

La transmission intergénérationnelle correspond à celle des générations F1 et F2 lorsque la maman a consommé de l'alcool et à celle de la F1 lorsque c'est le papa qui a consommé de l'alcool. Lorsque la transmission des modifications épigénétiques apparaît à la génération F3 lorsque la maman a consommé de l'alcool et F2 chez le papa qui a consommé de l'alcool, on parle alors de transmission transgénérationnelle car les conséquences visibles à cette dernière génération ne sont pas dues à l'exposition directe de la génération précédente à l'alcool (saut de génération) (22).

9. REFERENCES

1. Roozen S, Peters G-JY, Kok G, Townend D, Nijhuis J, Curfs L (2016): Worldwide Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Literature Review Including Meta-Analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 40: 18–32.

2. Bakhireva LN, Sharkis J, Shrestha S, Miranda-Sohrabji TJ, Williams S, Miranda RC (2017): Prevalence of Prenatal Alcohol Exposure in the State of Texas as Assessed by Phosphatidylethanol in Newborn Dried Blood Spot Specimens. *Alcohol Clin Exp Res* 41: 1004–1011.
3. Famy C, Streissguth AP, Unis AS (1998): Mental Illness in Adults With Fetal Alcohol Syndrome or Fetal Alcohol Effects. *Am J Psychiatry* 155: 552–554.
4. Miller MW, Spear LP (2006): The Alcoholism Generator. *Alcohol Clin Exp Res* 30: 1466–1469.
5. Yates WR, Cadoret RJ, Troughton EP, Stewart M, Giunta TS (1998): Effect of Fetal Alcohol Exposure on Adult Symptoms of Nicotine, Alcohol, and Drug Dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 22: 914–920.
6. Baer JS, Barr HM, Bookstein FL, Sampson PD, Streissguth AP (1998): Prenatal alcohol exposure and family history of alcoholism in the etiology of adolescent alcohol problems. *J Stud Alcohol* 59: 533–543.
7. Baer JS, Sampson PD, Barr HM, Connor PD, Streissguth AP (2003): A 21-Year Longitudinal Analysis of the Effects of Prenatal Alcohol Exposure on Young Adult Drinking. *Arch Gen Psychiatry* 60: 377.
8. Alati R, Al Mamun A, Williams GM, O’Callaghan M, Najman JM, Bor W (2006): In Utero Alcohol Exposure and Prediction of Alcohol Disorders in Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 63: 1009.
9. Fillaut T, Hontebeyrie J, Douguet F (2017): Un pédiatre nantais « découvreur » du syndrome d’alcoolisation foetale : le Dr Paul Lemoine (1917-2006). *Psychotropes Vol. 23*: 9–29.
10. Lees B, Mewton L, Jacobus J, Valadez EA, Stapinski LA, Teesson M, et al. (2020): Association of Prenatal Alcohol Exposure With Psychological, Behavioral, and Neurodevelopmental Outcomes in Children From the Adolescent Brain Cognitive Development Study. *Am J Psychiatry* 177: 1060–1072.
11. Nguyen TMT, Steane SE, Moritz KM, Akison LK (2019): Prenatal alcohol exposure programmes offspring disease: insulin resistance in adult males in a rat model of acute exposure. *J Physiol* 597: 5619–5637.
12. Przybycien-Szymanska MM, Rao YS, Prins SA, Pak TR (2014): Parental Binge Alcohol Abuse Alters F1 Generation Hypothalamic Gene Expression in the Absence of Direct Fetal Alcohol Exposure ((S. Gaetani, editor)). *PLoS One* 9: e89320.
13. Kaminen-Ahola N, Ahola A, Maga M, Mallitt K-A, Fahey P, Cox TC, et al. (2010): Maternal Ethanol Consumption Alters the Epigenotype and the Phenotype of Offspring in a Mouse Model ((J. T. Lee, editor)). *PLoS Genet* 6: e1000811.
14. Emanuele N V, LaPaglia N, Steiner J, Colantoni A, Van Thiel DH, Emanuele MA (2001): Peripubertal Paternal EtOH Exposure: Testicular Oxidative Injury, Fecundity, and Offspring. *Endocrine* 14: 213–220.
15. Zuccolo L, DeRoo LA, Wills AK, Davey Smith G, Suren P, Roth C, et al. (2016): Pre-conception and prenatal alcohol exposure from mothers and fathers drinking and head circumference: results from the Norwegian Mother-Child Study (MoBa). *Sci Rep* 6: 39535.
16. Carter T, Schoenaker D, Adams J, Steel A (2023): Paternal preconception modifiable risk factors for adverse pregnancy and offspring outcomes: a review of contemporary evidence from observational studies. *BMC Public Health* 23: 509.
17. Luan M, Zhang X, Fang G, Liang H, Yang F, Song X, et al. (2022): Preconceptional paternal alcohol consumption and the risk of child behavioral problems: a prospective cohort study. *Sci Rep* 12: 1508.
18. Abel E (2004): Paternal contribution to fetal alcohol syndrome. *Addict Biol* 9: 127–133.
19. Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Zhao L, Wang T, et al. (2020): Parental alcohol consumption and the risk of congenital heart diseases in offspring: An updated systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* 27: 410–421.
20. Sarkar DK (2016): Male germline transmits fetal alcohol epigenetic marks for multiple generations: a review. *Addict Biol* 21: 23–34.
21. Thomas KN, Srikanth N, Bhadsavle SS, Thomas KR, Zimmel KN, Basel A, et al. (2023): Preconception paternal ethanol exposures induce alcohol-related craniofacial growth deficiencies in fetal offspring. *J Clin Invest* 133. <https://doi.org/10.1172/JCI167624>
22. Morrison JL, Botting KJ, Darby JRT, David AL, Dyson RM, Gatford KL, et al. (2018): Guinea pig models for translation of the developmental origins of health and disease hypothesis into the clinic. *J Physiol* 596: 5535–5569.

Liens d'intérêts

L'auteur ne déclare aucuns liens ou conflits d'intérêts en rapport avec le présent article.





LE PROJET EDITORIAL

Le projet éditorial détaillé est disponible sur le site <https://sfalcoologie.fr/revue/>

Alcoologie et Addictologie est une revue scientifique à comité de lecture. Elle publie des articles de recherche et de santé publique, ainsi que des articles offrant des perspectives contribuant à améliorer la qualité de la prévention et des soins pour les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool, de tabac ou d'autres substances psychoactives.

RUBRIQUES

- Recherche (étude originale et revue systématique)
- Mise au point
- Pratique clinique.
- Regard critique, incluant toute opinion constructive.
- Libres propos.
- Compte rendu de congrès.
- Analyses : recherche internationale et livres.

PROCESSUS D'ÉVALUATION DES MANUSCRITS

Les manuscrits sont d'abord évalués par le rédacteur en chef sur la base des critères suivants (quand ils sont applicables) : originalité et actualité, clarté rédactionnelle, adéquation de la méthodologie, validité des données, consistance des conclusions en rapport avec les données, adéquation du sujet au cadre du projet éditorial. Les manuscrits qui ne remplissent pas ces critères sont rapidement refusés. Sinon, ils sont adressés à un rédacteur associé chargé d'organiser une double lecture qualifiée du manuscrit. Alcoologie et Addictologie fait en sorte de communiquer une première décision dans les 8 semaines après la soumission. Les auteurs peuvent faire appel de la décision, une décision finale sera transmise aux auteurs après un nouvel examen par le rédacteur en chef.

POLITIQUE ÉDITORIALE

Aucun manuscrit, en tout ou partie, soumis à la revue ne peut être soumis simultanément à un autre journal. Le manuscrit ne doit pas avoir été publié dans autre journal ou sous tout autre support permettant de le citer (site internet). Il revient aux auteurs de s'assurer qu'aucun élément du manuscrit n'enfreint les règles du copyright ou les droits d'un tiers.

ÉTHIQUE

La soumission d'un manuscrit à Alcoologie et Addictologie implique que tous les auteurs ont lu et donné leur accord sur son contenu. Toute recherche expérimentale rapportée doit être réalisée après accord du Comité d'éthique adéquat. Un travail de recherche expérimentale ne disposant pas de l'accord préalable d'un comité d'éthique pour des motifs valables pourra cependant être accepté pour parution sous la rubrique Pratique clinique. Les études chez l'homme doivent être en accord avec la Déclaration d'Helsinki, et les recherches expérimentales chez l'animal suivre les recommandations reconnues au plan international. La mention au doit en figurer expressément dans le paragraphe Méthodes du manuscrit. Lorsqu'un article comporte des informations cliniques ou des photographies de patients, l'auteur doit mentionner l'obtention de leur consentement éclairé et le consentement écrit et signé de chaque patient doit être disponible si le comité de rédaction en fait la demande.

LIENS D'INTÉRÊT

Alcoologie et Addictologie demande aux auteurs de déclarer tout lien d'intérêt potentiel, d'ordre financier ou autre, en relation avec leur travail. Il convient de les lister à la fin de l'article. En l'absence de lien d'intérêt, l'information suivante sera mentionnée : "Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt".

POLITIQUE DE RECHERCHE

Alcoologie et Addictologie encourage les initiatives visant à améliorer la qualité des travaux de recherche biomédicale. Les auteurs sont encouragés à utiliser les références disponibles, par exemple les critères CONSORT pour les essais contrôlés randomisés. Alcoologie et Addictologie soutient l'enregistrement des essais cliniques.

CITATION D'ARTICLES DE ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE

Il convient de citer les articles publiés dans Alcoologie et Addictologie de la même manière que les articles de tout autre journal, selon le schéma suivant :

Palle C, Daoust M, Houchi A, Kusterer M. Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés. Alcoologie et Addictologie. 2010 ; 32(1):15-23.

COPYRIGHT

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans la revue sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 22-5 et L 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

Coûts de publication

Les coûts de publication dans Alcoologie et Addictologie sont pris en charge par la revue, aucune participation financière n'est demandée aux auteurs.

Tiré à part

Un tiré à part au format électronique, à diffusion limitée, est envoyé gracieusement à l'auteur correspondant.

Pour toute demande, contacter le secrétariat de rédaction

sfa@sfalcoologie.fr

Redacteur en chef : Pr Amine Benyamina, Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos Tél.: 33 (0)7 84 75 01 57 - Courriel : revue@sfalcoologie.fr - <https://sfalcoologie.fr/revue/>



ABOUT THE JOURNAL

For further information, please refer to <https://sfalcoologie.fr/revue/>

Alcoologie et Addictologie is a peer reviewed scientific journal that provides a forum for clinical and public health, relevant research and perspectives that contribute to improving the the quality of prevention and care for people with unhealthy alcohol, tobacco, or other drug addictive or behaviors.

PUBLICATION

- Research (Original studies and Systematic reviews)
- Reviews.
- Clinical practice includes case reports and case studies.
- Critical eye includes all sound, constructive and contributory reflections and opinions.
- Letters to the editor.
- Meeting reports.
- International research analysis and Book reviews.

PEER-REVIEW POLICIES

Manuscripts are first evaluated by the Editor-in-Chief based on the following criteria (where applicable): originality and timeliness, clarity of writing, appropriateness of 10 research methods, validity of data, strength of the conclusions and whether the data support them, and whether the topic falls within the scope of the journal. Manuscripts that do not meet these criteria are rejected promptly. Otherwise, manuscripts are sent to the Associate Editor entrusted with organizing relevant expertise for evaluation. Alcoologie et Addictologie aims to provide a first decision within 8 weeks of submission. Authors may appeal a decision, and the Editor-in-Chief will normally consider the appeal and make a final decision.

EDITORIAL POLICIES

Any manuscript, or substantial parts of it, submitted to the journal must not be under consideration by any other journal. In general, the manuscript should not have already been published in any journal or other citable form. Authors are required to ensure that no material submitted as part of a manuscript infringes existing copyrights, or the rights of a third party.

ETHICAL GUIDELINES

Submission of a manuscript to Alcoologie et Addictologie implies that all authors have read and agreed to its content. Any experimental research that is reported in the manuscript should be performed with the approval of an appropriate ethics committee. Manuscript reporting experimental research without prior approval from an ethics committee can be considered as Clinical practice if a reasonable justification is provided. Research carried out on humans must be in compliance with the Helsinki Declaration, and any experimental research on animals must follow internationally recognized guidelines. A statement to this effect must appear in the Methods section of the manuscript.

For all articles that include information or clinical photographs relating to individual patients, informed consent should be mentioned, written and signed consent from each patient to publish must also be made available.



COMPETING INTERESTS

Alcoologie et Addictologie requires authors to declare any competing financial or other interest in relation to their work. All competing interests that are declared will be listed at the end of published articles.

Where an author gives no competing interests, the listing will read "The author(s) declare that they have no competing interests"

STANDARDS OF REPORTING

Alcoologie et Addictologie supports initiatives aimed at improving the reporting of biomedical research. Authors are encouraged to make use of checklists available such as CONSORT criteria for randomized controlled trials. Alcoologie et Addictologie also supports prospective registering and numbering of clinical trials.

CITING ARTICLES IN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE

Articles in Alcoologie et Addictologie should be cited in the same way as articles in a traditional journal.

Article citations follow this format:

Palle C, Daoust M, Houchi A, Kusterer M. Caractéristiques des alcoolodépendants accueillis dans les centres de traitement résidentiel spécialisés. Alcoologie et Addictologie. 2010; 32(1):15-23.

COPYRIGHT

Any complete or partial reproduction or representation, by any process, of the pages published in the journal, without the publisher's permission, is prohibited and constitutes an infringement of copyright. Only reproductions strictly reserved for private use and not intended for collective use and brief quotations, justified by the scientific or informative nature of the article from which they are taken, will be authorized (art. L. 122-4, L. 122-5 and L. 335-2 of the french Intellectual Property Act).

Publication costs

The publication costs for Alcoologie et Addictologie are covered by the journal, so authors do not need to pay an article-processing charge.

Offprint

An electronic offprint (PDF format)- limited distribution - is sent free of charge to the corresponding author.

For further information, please contact: sfa@sfalcoologie.fr

Editor-in-Chief: Pr Amine Benyamina, Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos Tél.: 33 (0)7 84 75 01 57 - E-mail : revue@sfalcoologie.fr - <https://sfalcoologie.fr/revue/>



alcoologie
et
addictologie