

T45 N1

alcoologie et addictologie

Mars 2025

LA REVUE

T45 N1

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 Daeppen
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@sفالcoologie.fr
Tél : +33 6 60 58 06 05

Rédaction
Société Française d'Alcoologie
235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème
étage, 59120 Loos revue@sفالcoologie.fr
Tél : +33 6 60 58 06 05

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).

- Alcool et hospitalisation
François Paille
- Poids des troubles dus à l'usage d'alcool sur le système hospitalier
en France, 2012-2022
*Laure Meurice, Jonathan Roux, Marlène Faisant, Nadège Marguerite,
Guillemette Quatremère, Leslie Simac, Muriel Nicolas, Panayotis
Constantinou, Antoine Rachas, Michel Vernay, François Paille, Viêt
Nguyen-Thanh*
- Les niveaux d'usage d'alcool en population adulte en France en 2023
*Stanislas Spilka, Antoine Philippon, Olivier Le Nézet, Ivana Obradovic,
Eric Janssen, Guillaume Airagnes*
- Impact des modifications de la réglementation sur les poppers et
leur usage en France
*Anne Batisse, Leila Chaouachi, Laure Laviale, Laura Beccera, Samira
Djezzar*
- Impact of changing regulations related to poppers on its use in
France
*Anne Batisse, Leila Chaouachi, Laure Laviale, Laura Beccera, Samira
Djezzar*
- Gestion de la dépendance à la péthidine d'une infirmière à l'hôpital
psychiatrique de zébé-Aného, Togo
Komlan YENKEY, Joanic MASSON, Eli KPELLY
- Besoins et attentes des professionnels de santé sur la thématique de
l'alcoologie : résultat d'une enquête réalisé en France en 2022
*Naouras Bouajila, Judith Andre, François Paille, Bernard Basset,
Amine Benyamina, Ane Sylvie, Jacques Yguel, Romain Sicot, Mickael
Naassila*



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'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.
- Article sous presse
- Despres C, Demagny L, Bungener M. Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolo-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 Marie Ange Testelin, Société Française d'Alcoologie, 235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème étage, 59120 Loos Tel.: 33 (0)7 84 75 01 57 - Courriel : sfa@sfalcoologie.fr - <https://sfalcoologie.fr/revue/>

SOMMAIRE

Alcoologie et Addictologie 2025 ; T45 N1 : 1-75

EDITORIAL

4 Alcool et hospitalisation

Recherche originale

6 Poids des troubles dus à l'usage d'alcool sur le système hospitalier en France, 2012-2022

20 Les niveaux d'usage d'alcool en population adulte en France en 2023

28 Impact des modifications de la réglementation sur les poppers et leur usage en France

Pratique clinique

42 Gestion de la dépendance à la péthidine d'une infirmière à l'hôpital psychiatrique de zébé-Aného, Togo

Recherche originale

54 Besoins et attentes des professionnels de santé sur la thématique de l'alcoologie : résultat d'une enquête réalisée en France en 2022

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 Daeppen

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 : +33 6 60 58 06 05

Rédaction

Société Française d'Alcoologie

235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème

étage, 59120 Loos revue@sfalcoologie.fr

Tél : +33 6 60 58 06 05

CONTENTS

Alcoologie et Addictologie 2025 ; T45 N1 : 1-75

EDITORIAL

4 Alcohol and hospitalization

Original Research

6 Burden of disorders due to alcohol use on the hospital system in France, 2012-2022

20 Levels of alcohol use in the adult population in France in 2023

36 Impact of changing regulations related to poppers on its use in France

CLINICAL PRACTICE

42 Management of pethidine dependence in a nurse at the Zébé-Aného psychiatric hospital, Togo

Original Research

54 Needs and expectations of healthcare professionals regarding the field of addictology: results of a survey conducted in France in 202

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 Daeppen

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 : +33 6 60 58 06 05

Rédaction

Société Française d'Alcoologie

235 Av. de la Recherche Entrée B, 3ème

étage, 59120 Loos revue@sfalcoologie.fr

Tél : +33 6 60 58 06 05

EDITORIAL

Alcool et hospitalisation



Pr. François Paille, Président d'Honneur de la SFA

Les patients alcoolodépendants présentent des problématiques diverses et le plus souvent complexes du fait de la sévérité de leur conduite d'alcoolisation et de la gravité des morbidités associées, qu'elles soient somatiques, cognitives, comportementales, psychologiques ou sociales.

Chez un même patient, ces problématiques évoluent en fonction du temps, ses besoins aussi.

Cette diversité justifie une offre de soins complète, diversifiée, cohérente, capable de fournir une réponse coordonnée à l'ensemble des problèmes posés par chaque patient et de lui proposer les soins les mieux adaptés à ses besoins à un moment donné, ce qu'il est convenu d'appeler le juste soin c'est-à-dire adapté, au bon endroit, au bon moment et au meilleur coût.

Ainsi, chaque patient circule dans l'offre de soins au gré de parcours adaptés à sa situation et à son évolution. Dans cette offre de soins, l'hospitalisation garde une place essentielle, mais a beaucoup évolué au fil du temps.

Santé Publique France vient de faire une étude sur l'évolution des hospitalisations liées à la consommation d'alcool de 2012 à 2022, en s'appuyant sur la même méthodologie que nous avons utilisée avec Michel Reynaud pour l'étude sur l'année 2012 et qui avait montré l'importance et le poids de ces hospitalisations sur le dispositif hospitalier.

Cette nouvelle étude a permis de suivre les hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), psychiatrie et soins médicaux et de réadaptation des patients hospitalisés pour alcoolisation aiguë, traitement de leur alcoolo-dépendance ou de comorbidités.

Elle observe que le poids de ces hospitalisations reste très important avec 3 % des séjours en MCO, 10 % des journées en psychiatrie et 6,6 % en SMR. Quelques évolutions marquantes entre 2012 et 2022 ont été mises en évidence :

- D'abord une baisse importante, de plus d'un tiers, des séjours de courte durée pour alcoolisation aiguë. Les patients accueillis aux urgences pour ce motif sont de plus en plus renvoyés à domicile après vérification de l'absence de risques et de complications. Cette tendance s'est accentuée pendant la crise de la COVID. La saturation des urgences, la difficulté récurrente à trouver des lits d'aval y contribuent.
- Une baisse du nombre de patients et de journées en psychiatrie tous groupes confondus, diminution surtout marquée, plus d'un tiers, chez les patients accueillis pour dépendance à l'alcool.
- En MCO, le nombre de séjours résidentiels est également en diminution alors qu'au contraire les séances d'hospitalisation de jour (HDJA) augmentent beaucoup, essentiellement chez les alcoolodépendants. En parallèle, le nombre de structures d'HDJA a été multiplié par 2,5 en 10 ans. La diminution des séjours à temps complet tient à la fois à la baisse globale du nombre de lits dans les établissements hospitaliers (-1,8 % en 2022), au virage ambulatoire qui privilégie cette approche par rapport aux séjours à temps plein, mais aussi à l'évolution des pratiques alcoologiques et addictologiques qui ont beaucoup réduit les durées d'hospitalisation à temps complet et limitent leurs indications aux patients nécessitant une surveillance régulière et continue du fait des risques d'une alcoolisation aiguë ou d'un sevrage, ou justifiant un accès aux plateaux techniques des hôpitaux pour bilan ou prise en charge de pathologies sévères associées.

De plus, la souplesse de l'hospitalisation de jour en termes de diversité et de personnalisation des programmes thérapeutiques proposés, mais aussi le maintien des patients dans leur environnement, en font de plus en plus le pivot des prises en soins hospitalières.

- Concernant la répartition selon le sexe, les hommes sont toujours très majoritairement représentés, mais la proportion de femmes accueillies pour dépendance augmente avec un sexe ratio ayant évolué de 2,5 à 2. Ce constat pourrait être lié à une modification de la consommation chez certaines catégories de femmes ces dernières années, mais peut-être aussi à un accroissement de leur recours aux soins.

- Dans tous les groupes, on observe un vieillissement des patients avec près de 30 % de 65 ans et plus.

- Enfin, des disparités régionales existent toujours, les régions du Nord-Ouest étant les plus impactées. Du point de vue financier, le coût, pourtant sous-estimé, reste très élevé à 3,17 milliards d'euros soit 4,2 % des dépenses hospitalières, ce qui en fait toujours un des tous premiers postes de dépenses.

Enfin, pendant la crise sanitaire, une chute de l'accueil en hospitalisation a été notée pendant la crise sanitaire, due principalement à la fermeture des lits d'addictologie au profit d'unités COVID et aussi aux difficultés de déplacement pendant les confinements. Actuellement, la plupart des unités ont retrouvé leur capacité d'avant crise. Celle-ci a cependant confirmé, s'il en était besoin, combien l'addictologie reste fragile dans les hôpitaux malgré le poids, en termes de santé publique, des conduites addictives en général et de l'alcool en particulier.

Restons vigilants sur ce point et continuons à œuvrer pour une évolution juste et adaptée du dispositif addictologique dans les établissements de santé, qu'il s'agisse des possibilités de séjours résidentiels, toujours nécessaires pour les patients présentant les situations les plus sévères, mais aussi de suivi ambulatoire : consultations et hospitalisations de jour en coopération avec les autres maillons du dispositif addictologique : médecine de ville, structures médico-sociales et même mouvements d'entraide, notamment en développant les patients experts.

Enfin, en amont, il convient de mettre encore davantage l'accent sur le repérage précoce et sur des actions de prévention ciblées en direction des populations les plus à risques : jeunes, personnes en situation de précarité, femmes enceintes, etc.

RECHERCHE ORIGINALE

Poids des troubles dus à l'usage d'alcool sur le système hospitalier en France, 2012-2022

Laure Meurice¹, Jonathan Roux², Marlène Faisant¹, Nadège Marguerite¹, Guillemette Quatremère³, Leslie Simac¹, Muriel Nicolas⁴, Panayotis Constantinou⁴, Antoine Rachas⁴, Michel Vernay², François Paille⁵, Viêt Nguyen-Thanh³

¹ Santé publique France, Direction des régions

² Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes, Saint-Maurice

³ Santé publique France, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Saint-Maurice

⁴ Caisse nationale de l'Assurance Maladie, Direction de la stratégie, des études et des statistiques, Paris

⁵ Université de Lorraine, Grand Est Addictions, Nancy

*Correspondance : Laure Meurice, Santé publique France, Direction des régions, Nouvelle-Aquitaine, France.

laure.meurice@santepubliquefrance.fr

Résumé :

Introduction : La consommation d'alcool pèse lourdement sur la mortalité et la morbidité. L'objectif de ce travail était d'estimer le nombre d'hospitalisations pour troubles dus à l'usage d'alcool entre 2012 et 2022, et d'en estimer le coût. **Méthodes :** Les hospitalisations pour troubles dus à l'usage d'alcool (alcoolisation aiguë ou complications chroniques) ont été identifiées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) à l'aide des codes CIM-10 spécifiques. Leur coût a été estimé en utilisant les données de la cartographie des pathologies et des dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) en 2022. **Résultats :** En 2022, 3,0 % des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 6,6 % des journées en soins de suite et de réadaptation (SSR) et 10,0 % des journées en psychiatrie, étaient considérés en lien avec des troubles dus à l'usage d'alcool. Des tendances contrastées étaient observées selon les secteurs entre 2012 et 2022. Une diminution du nombre de séjours pour alcoolisation aiguë en MCO tandis qu'une hausse du recours pour alcoolo-dépendance étaient notées dans ce secteur. Une baisse du nombre de journées d'hospitalisations en psychiatrie et une durée de prise en charge plus longue pour les patients en SSR étaient observées. Une forte diminution des hospitalisations, tous secteurs confondus, était notée en 2020. Les hommes étaient toujours les plus concernés mais une évolution défavorable était observée chez les femmes, marquée depuis la crise sanitaire du Covid-19. Les taux d'hospitalisation les plus importants étaient observés en Bretagne, Normandie, Hauts-de-France et à La Réunion. Le coût de ces hospitalisations était estimé à 3,17 milliards d'euros, soit 4,2 % des dépenses totales d'hospitalisations en 2022. **Conclusion :** Les hospitalisations pour la prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool représentent un coût sanitaire et économique important, et ne sont qu'une partie du poids global des conséquences de la consommation d'alcool sur le système hospitalier. Les évolutions constatées s'expliquent en partie par l'évolution de l'offre de soins en addictologie sur le territoire. Il apparaît nécessaire d'améliorer les dispositifs de prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool et de poursuivre le déploiement d'actions de prévention visant à faire diminuer les consommations d'alcool dans la population.

Mots-clés : Troubles dus à l'usage d'alcool, hospitalisations, coûts de santé, programme de médicalisation des systèmes d'information

Abstract:

Introduction: Alcohol consumption has a major impact on mortality and morbidity. The aim of this study was to estimate the number of hospital admissions for alcohol-related disorders between 2012 and 2022, and to estimate their cost. **Methods:** Hospitalizations for alcohol-related disorders (acute intoxication or chronic complications) were identified in the French hospital database (PMSI) using specific ICD-10 codes. Their cost was estimated using data from the mapping of pathologies and expenditure by the French National Health Insurance Fund (CNAM) in 2022. **Results:** In 2022, 3.0% of hospital stays in medicine, surgery, obstetrics and odontology (MCO), 6.6% of days in follow-up and rehabilitation care (SSR) and 10.0% of days in psychiatry were considered to be linked to alcohol-related disorders. Contrasting trends were observed by sector between 2012 and 2022. Both a decrease in the number of stays for acute

intoxication and an increase in the number of stays for alcohol dependence were noted in MCO. A fall in the number of days of hospitalization in psychiatry and a longer period of care for patients in SSR were observed. A sharp fall in these hospitalizations across all sectors was noted in 2020. Men were still the most affected, but an unfavorable trend was observed among women – marked since the Covid-19 health crisis. The highest rates of hospitalization were observed in Brittany, Normandy, Hauts-de-France and Reunion Island. The cost of these hospitalizations was estimated at €3.17 billion, or 4.2% of total hospitalization expenditure in 2022. **Conclusion:** Hospitalizations for the treatment of alcohol-related disorders represent a significant health and economic cost, and are only part of the overall burden of the consequences of alcohol consumption on the hospital system. Changes in the number of hospital admissions for alcohol-related disorders can be explained in part by changes in the provision of addiction treatment on the French territory.

Key-words: Alcohol-related disorders, hospitalizations, cost

1. INTRODUCTION

L'alcool est un facteur étiologique de plus de 200 maladies et traumatismes [1]. Sa consommation provoque, en 2019, environ 2,6 millions de décès dans le monde (soit 4,7 % de l'ensemble des décès), et cause 5,1 % de la charge mondiale de morbidité [2]. Elle peut entraîner des conséquences immédiates en cas d'alcoolisation aiguë, conduire au développement d'une addiction et être associée à de nombreuses pathologies chroniques à moyen ou long terme [3]. En France, on compte 42,8 millions de consommateurs d'alcool en 2020, qui présentent des modes de consommation plus ou moins à risque, et le nombre de personnes ayant une dépendance à l'alcool en population générale est difficilement estimé entre 0,5 et 2 millions [1]. Les dernières études estiment que l'alcool est responsable de 41 000 décès par an dans le pays et pèse fortement sur la morbidité [3-5]. L'alcool est donc à l'origine de nombreuses hospitalisations, notamment pour la prise en charge d'une dépendance et pour des complications de l'alcoolisation aiguë ou chronique. Le coût de ces hospitalisations a été estimé à près de 2,6 milliards d'euros en 2012, soit environ 3,6 % des dépenses totales hospitalières françaises [6].

L'objectif de cette étude est d'estimer le nombre d'hospitalisations pour la prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool (alcoolo-dépendance, intoxications éthyliques aiguës ou autres complications chroniques) entre 2012 et 2022, à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et d'en estimer le coût en 2022. Les hospitalisations pour d'autres pathologies induites par la consommation d'alcool (cancers, hypertension artérielle, AVC hémorragique, traumatismes dont ceux induits les accidents de la circulation ou les violences, etc.) ne sont pas comptabilisées dans cette étude.

2. MATERIELS ET METHODES

Sources de données

Les données ont été extraites du système national des données de santé (SNDS) et provenaient du PMSI médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P).

Séjours pour la prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool

Tous les séjours hospitaliers pour la prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool dans les établissements de santé français (France hexagonale et départements et régions d'outre-mer (DROM)) entre 2012 et 2022 ont été inclus. Un séjour a été considéré si son résumé comportait un diagnostic de la CIM-10 lié aux troubles dus à l'usage d'alcool (Tableau 1). En MCO et en psychiatrie, les diagnostics principaux, associés et/ou reliés ont été considérés. En SSR, les diagnostics ont été recherchés parmi l'affection étiologique, la morbidité principale, la finalité de prise en charge et les diagnostics associés.

Trois groupes d'hospitalisations ont été définis :

- Groupe A « Alcoolo-dépendance » : Groupe homogène de malades (GHM) 20Z04 en MCO, diagnostic principal avec une pathologie liée à l'alcool en psychiatrie, affection étiologique ou morbidité principale ou finalité de la prise en charge avec une pathologie liée à l'alcool en SSR ;
- Groupe B « Comorbidité alcool » (MCO, SSR et psychiatrie) : hospitalisations avec un trouble dû à l'usage d'alcool en diagnostic associé ;
- Groupe C « Intoxication aiguë » (uniquement pour le MCO) : GHM 20Z05.

Codes CIM-10	Libellé
E244	Pseudosyndrome de Cushing dû à l'alcool
F100	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë
F1000	Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, sans complication
F1001	Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec traumatismes ou autres blessures physiques
F1002	Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec d'autres complications médicales
F1003	Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec délirium
F1004	Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec distorsion des perceptions
F1005	Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec coma
F1006	Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par l'alcool, avec convulsions
F1007	Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë pathologique par l'alcool
F101	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : utilisation nocive pour la santé
F102	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance
F1020	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente
F10200	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente en rémission récente
F10201	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente en rémission partielle
F10202	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente en rémission complète
F1021	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente mais dans un environnement protégé
F1022	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale
F1023	Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente, mais prenant des médicaments aversifs ou bloquants
F1024	Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation actuelle
F10240	Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation actuelle, sans symptôme physique
F10241	Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation actuelle, avec symptômes physiques
F1025	Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue
F1026	Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique
F103	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de sevrage
F1030	Syndrome de sevrage de l'alcool, sans complication
F1031	Syndrome de sevrage de l'alcool, avec convulsions
F104	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de sevrage avec delirium
F1040	Syndrome de sevrage de l'alcool avec délirium, sans convulsion
F1041	Syndrome de sevrage de l'alcool avec délirium, avec convulsions
F105	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : trouble psychotique
F1050	Trouble psychotique d'allure schizophrénique, dû à l'alcool
F1051	Trouble psychotique avec idées délirantes au premier plan, dû à l'alcool
F1052	Trouble psychotique avec hallucinations au premier plan, dû à l'alcool
F1053	Trouble psychotique avec symptômes polymorphes au premier plan, dû à l'alcool
F1054	Trouble psychotique avec symptômes dépressifs au premier plan, dû à l'alcool
F1055	Trouble psychotique avec symptômes maniaques au premier plan, dû à l'alcool
F1056	Trouble psychotique mixte, dû à l'alcool
F106	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome amnésique
F107	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive
F1070	Flashbacks, dus à l'alcool
F1071	Trouble de la personnalité ou du comportement, résiduel ou de survenue tardive, dû à l'alcool
F1072	Trouble thymique résiduel ou de survenue tardive, dû à l'alcool
F1073	Démence, due à l'alcool

F107	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive
F1070	Flashbacks, dus à l'alcool
F1071	Trouble de la personnalité ou du comportement, résiduel ou de survenue tardive, dû à l'alcool
F1072	Trouble thymique résiduel ou de survenue tardive, dû à l'alcool
F1073	Démence, due à l'alcool
F105	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : trouble psychotique
F1050	Trouble psychotique d'allure schizophrénique, dû à l'alcool
F1051	Trouble psychotique avec idées délirantes au premier plan, dû à l'alcool
F1052	Trouble psychotique avec hallucinations au premier plan, dû à l'alcool
F1053	Trouble psychotique avec symptômes polymorphes au premier plan, dû à l'alcool
F1054	Trouble psychotique avec symptômes dépressifs au premier plan, dû à l'alcool
F1055	Trouble psychotique avec symptômes maniaques au premier plan, dû à l'alcool
F1056	Trouble psychotique mixte, dû à l'alcool
F106	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome amnésique
F107	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : trouble résiduel ou psychotique de survenue
F1070	Flashbacks, dus à l'alcool
F1071	Trouble de la personnalité ou du comportement, résiduel ou de survenue tardive, dû à l'alcool
F1072	Trouble thymique résiduel ou de survenue tardive, dû à l'alcool
F1073	Démence, due à l'alcool
F1074	Autre déficit cognitif persistant ou de survenue tardive, dû à l'alcool
F1075	Trouble psychotique à début tardif, dû à l'alcool
F108	Autres troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool
F109	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, sans précision
G312	Dégénérescence du système nerveux liée à l'alcool
G621	Polynévrite alcoolique
G721	Myopathie alcoolique
I426	Myocardiopathie alcoolique
K292	Gastrite alcoolique
K700	Cirrhose alcoolique graisseuse du foie
K701	Hépatite alcoolique
K702	Fibrose et sclérose alcoolique du foie
K703	Cirrhose alcoolique (du foie)
K704	Insuffisance hépatique alcoolique
K709	Maladie alcoolique du foie, sans précision
K852	Pancréatite aiguë d'origine alcoolique
K860	Pancréatite chronique alcoolique
O354	Pancréatite chronique alcoolique
P043	Foetus et nouveau-né affectés par l'alcoolisme de la mère
Q860	Syndrome d'alcoolisme foetal (dysmorphique)
R780	Présence d'alcool dans le sang
Z502	Sevrage d'alcool
Z714	Conseil et surveillance pour alcoolisme
Z721	Difficultés liées à la consommation d'alcool (sans abus)

Tableau 1 : Codes diagnostics de la classification internationale des maladies (CIM-10) utilisés pour repérer les hospitalisations pour une prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool

Estimation du coût des hospitalisations

Le coût a été estimé pour les séjours terminés en 2022 en utilisant les données de la cartographie des pathologies et des dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) version G11 [7]. Le montant estimé ici correspond aux dépenses remboursées liées aux soins hospitaliers. Compte tenu des filtres utilisés pour constituer la cartographie, certains séjours repérés n'ont pas pu se voir attribuer de montant et ont donc été exclus de l'analyse. Le détail de la méthode d'estimation du coût des séjours est disponible en ligne [8].

Analyses statistiques

Les séjours et leurs caractéristiques (âge et sexe (lors du premier séjour de l'année), hospitalisation de jour, durée de séjour, provenance des urgences, passage par une unité d'addictologie (pour le SSR uniquement)) ont été décrits de 2012 à 2022. Les taux d'incidence annuels régionaux d'hospitalisation bruts et standardisés (par sexe et âge) ont été calculés en se basant sur la région de résidence de chaque patient. La population de référence pour la standardisation était la population personnes-années résidant en France au 1er janvier 2022 (données Insee).

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide du portail SNDS. Ce projet a été déclaré auprès du Health Data Hub dans le cadre de l'accès permanent de Santé publique France.

3. RESULTATS

Hospitalisations en MCO

En 2022, 572 027 séjours hospitaliers pour troubles dus à l'usage d'alcool ont été repérés, soit 3,0 % de l'ensemble des séjours MCO. Parmi les 300 094 patients concernés, le sexe ratio H/F était de 2,8 et la moyenne d'âge de 55,0 ans (Tableau 2). Sur l'ensemble des séjours, 21,5 % relevaient d'une prise en charge d'alcoolodépendance (groupe A), 66,6 % d'une prise en charge d'une comorbidité liée à l'alcool (groupe B) et 11,9 % d'une intoxication alcoolique aiguë (groupe C).

Dans les groupes A, B et C, le sexe ratio H/F était respectivement de 2,0, 3,3 et 2,4. Les patients du groupe C étaient plus jeunes (45 ans en moyenne) que ceux du groupe B (59 ans en moyenne). Parmi les hospitalisations complètes, la durée moyenne de séjour était de 9,4 et 9,3 jours pour les groupes A et B, et de 1,4 jours pour le groupe C. La majorité des séjours avait été effectuée dans le secteur public et la quasi-totalité des séjours pour intoxication alcoolique aiguë provenait des urgences (Tableau 2).

	Ensemble	Groupe A	Groupe B	Groupe C
Nombre de séjours	572 027 (-1,6 %)	122 863 (+31,5 %)	380 910 (-1,0 %)	68 254 (-34,1 %)
Nombre de patients	300 094 (- 8,4 %)	38 189 (-20,7 %)	235 407 (-0,4 %)	51 245 (-32,7 %)
Sexe ratio (H/F)	2,8 (-0,2)	2,0 (-0,5)	3,3 (+0,1)	2,4 (-0,1)
Age moyen (années)	55,1 (+2,2)	49,8 (+1,9)	58,6 (+1,9)	45,4 (+1,9)
Part des séjours en hospitalisation de jour (%)	35,5 % (+10,5)	61,4 % (+24,5)	23,3 % (+2,1)	28,7 % (+0,8)
Part des séjours provenant des urgences (%)	47,0 % (-3,1)	12,6 % (-9,6)	49,6 % (+3,4)	94,9 % (+4,9)
Part des patients de moins de 25 ans (%)	3,7 % (-0,8)	1,3 % (+0,3)	2,7 % (+0,3)	13,7 % (-1,9)

Tableau 2 : Caractéristiques des séjours et des patients hospitalisés en MCO pour une prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool en 2022 et évolution 2012-2022, France entière

Note : Groupe A : Alcoolodépendance, groupe B : Comorbidité alcool, groupe C : Intoxication alcoolique aiguë. Les chiffres entre parenthèses correspondent à l'évolution de l'indicateur entre 2012 et 2022.

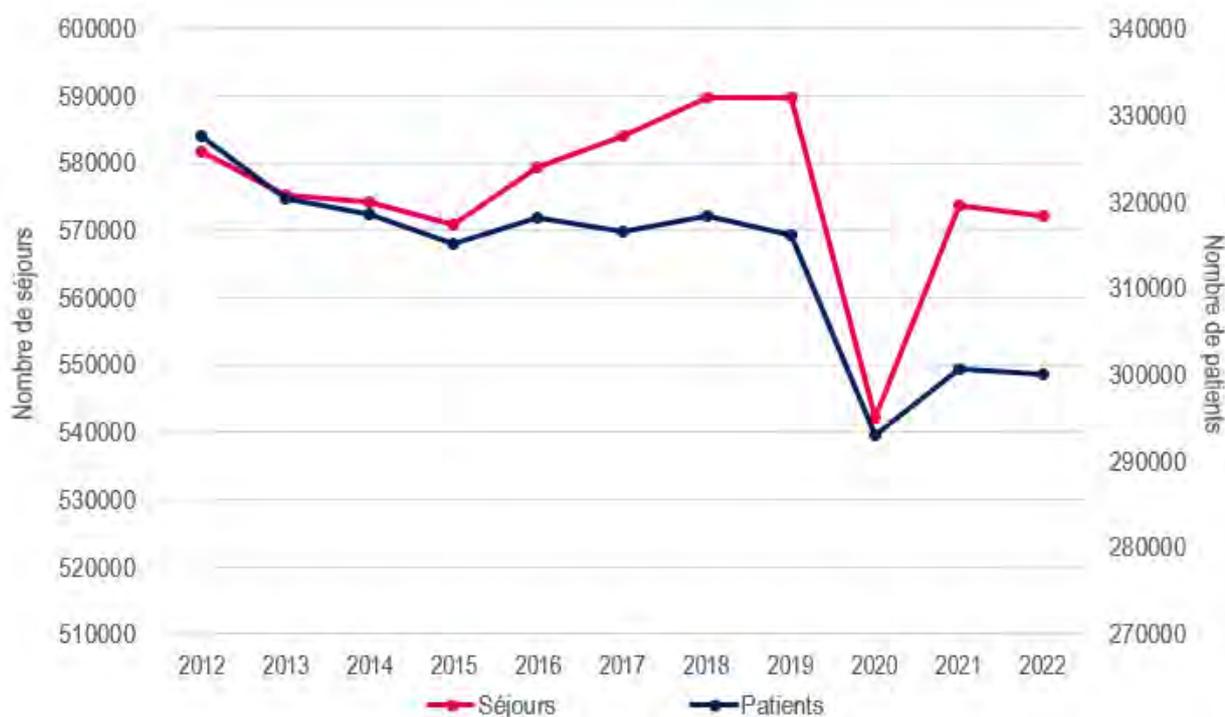


Figure 1 : Évolution du nombre de séjours et de patients hospitalisés en MCO pour une prise en charge des troubles dus à l’usage d’alcool, 2012-2022, France entière

En 2022, en France hexagonale, les taux régionaux standardisés d'hospitalisation variaient de 277,7 / 100 000 (Ile-de-France) à 764,7 / 100 000 personnes-années (Haut-de-France) ; les taux les plus élevés étaient observés dans les régions du nord-ouest (Figure 4). Dans les DROM, les taux régionaux standardisés d'hospitalisation variaient de 61,0 / 100 000 (Mayotte) à 882,1 / 100 000 personnes-années (La Réunion). Entre 2012 et 2022, ces taux avaient diminué dans toutes les régions, excepté en Nouvelle-Aquitaine et en Bretagne où ils restaient stables.

Hospitalisations en SSR

En 2022, 2 227 428 journées d’hospitalisation pour troubles dus à l’usage d’alcool ont été repérées, soit 6,6 % de la totalité des journées en SSR. Parmi les 50 627 patients hospitalisés, le sexe ratio H/F était de 2,9 et la moyenne d’âge de 57,9 ans (Tableau 3). Pour plus de la moitié de ces journées (53,6 %), les patients étaient hospitalisés pour prise en charge d’une comorbidité liée à l’alcool (groupe B).

Concernant les caractéristiques par groupe, le sexe ratio H/F était de 3,1 dans le groupe A et de 2,8 dans le groupe B, et l’âge moyen était plus élevé chez les patients du groupe B (64,3 ans vs 50,9 ans dans le groupe A). La majorité des patients du groupe A (78,7 %) avait été admise en unité d’addictologie (Tableau 3).

	Ensemble	Groupe A	Groupe B
Nombre de journées	2 227 428 (+0,4 %)	1 032 998 (-10,9 %)	1 194 430 (+12,9 %)
Nombre de patients	50 627 (-7,5 %)	24 760 (-19,9 %)	27131 (+0,3 %)
Sexe ratio (H/F)	2,9 (+0,1)	3,1 (+0,1)	2,8 (+0,1)
Age moyen (années)	57,9 (+1,9)	50,9 (+0,6)	64,3 (+1,9)
Part des séjours en hospitalisation de jour (%)	12,4 % (+7,5)	13,2 % (+9,5)	11,1 % (+5,3)
Taux de patients passés en unité d’addictologie (%)	41,2 % (+4,7)	78,7 % (+17,1)	5,9 % (-2,3)
Part des patients de plus de 65 ans (%)	35,1 % (+7,3)	14,6 % (+1,2)	53,7 % (+9,9)

Tableau 3 : Caractéristiques des séjours et des patients hospitalisés en SSR pour une prise en charge des troubles dus à l’usage d’alcool en 2022 et évolution 2012-2022, France entière

Note : Groupe A : Alcoolodépendance, groupe B : Comorbidité alcool. Les chiffres entre parenthèses correspondent à l’évolution de l’indicateur entre 2012 et 2022

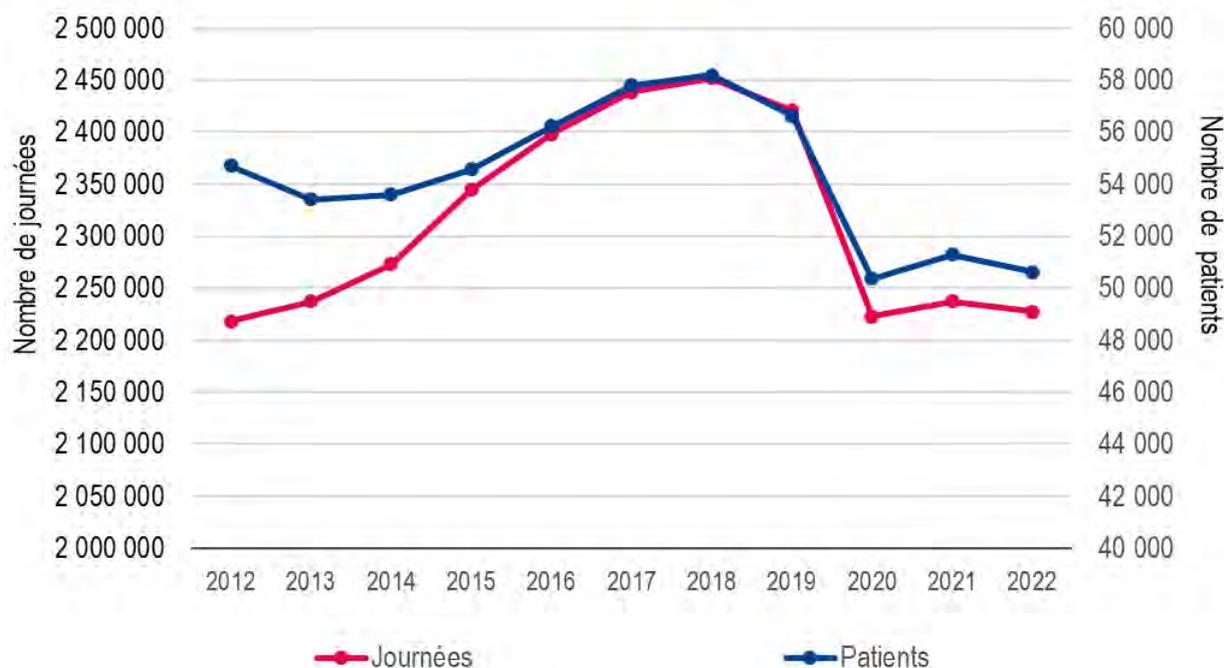


Figure 2 : Évolution du nombre de journées et de patients hospitalisés en SSR pour une prise en charge des troubles dus à l’usage d’alcool, 2012-2022, France entière

En 2022, en France hexagonale, les taux régionaux standardisés d’hospitalisation en SSR variaient de 55,5 / 100 000 (Ile-de-France) à 110,5 / 100 000 personnes-années (Normandie). Comme pour le MCO, les taux les plus élevés étaient observés dans les régions du nord-ouest de la France hexagonale (Figure 4). Dans les DROM, les taux régionaux standardisés d’hospitalisation variaient de 4,7 / 100 000 (Mayotte) à 128,8 / 100 000 personnes-années (La Réunion).

Entre 2012 et 2022, ces taux étaient en diminution dans la quasi-totalité des régions de France, à l’exception de la Corse et des Hauts-de France où une légère hausse était observée.

Hospitalisations en psychiatrie

En 2022, 2 223 529 journées d’hospitalisation pour troubles dus à l’usage d’alcool ont été repérées, soit 10,0 % de l’ensemble des journées en psychiatrie. Parmi les 51 611 patients hospitalisés, le sexe ratio H/F était de 1,9 et la moyenne d’âge de 48 ans. Un peu plus de la moitié de ces journées (54,0 %) était liée à la prise en charge de l’alcoolo-dépendance (groupe A) (Tableau 4).

Concernant les caractéristiques par groupe, la moyenne d’âge des patients et le sexe ratio H/F étaient respectivement de 49 ans et de 2,3 pour le groupe A, et de 46 ans et de 1,5 pour le groupe B (Tableau 4).

	Ensemble	Groupe A	Groupe B
Nombre de journées	2 223 529 (-15,5 %)	1 201 466 (-33,4 %)	1 022 064 (+23,2 %)
Nombre de patients	51 611 (-17,4 %)	31 453 (-31,7 %)	23 812 (+15,7 %)
Sexe ratio (H/F)	1,9 (-0,2)	2,3 (-0,1)	1,5 (-0,1)
Age moyen (années)	47,6 (+0,4)	48,7 (+0,5)	46,2 (+1,1)
Part des patients de moins de 25 ans (%)	5,0 % (+1,8)	3,1 % (+0,5)	7,2 % (+2,8)

Tableau 4 : Caractéristiques des séjours et des patients hospitalisés en psychiatrie pour une prise en charge des troubles dus à l’usage d’alcool en 2022 et évolution 2012-2022, France entière

Note :Groupe A : Alcoolo-dépendance, groupe B : Comorbidité alcool. Les chiffres entre parenthèses correspondent à l’évolution de l’indicateur entre 2012 et 2022

Entre 2012 et 2022, une diminution du nombre de journées d’hospitalisation était observée (-15,5 %) avec une baisse marquée en 2020 (Figure 3). Le nombre de journées d’hospitalisation du groupe A avait progressivement diminué (-33,4 %) tandis qu’une hausse dans le groupe B était observée (+23,2 %). En termes de caractéristiques, une hausse de la part des femmes était notée depuis 2021, notamment dans le

groupe B (sexe ratio H/F de 1,6 en 2021 à 1,5 en 2022). Concernant l'âge, une baisse de la part des patients âgés de 25 à 64 ans (passant de 90,8 à 86,2 % entre 2012 et 2022) était observée au profit d'une hausse des deux autres classes d'âge (de 6,0 à 8,9 % chez les patients âgés de 65 ans et plus, et de 3,2 % à 5,0 % chez les patients de moins de 25 ans, part qui reste toutefois faible dans cette dernière). Cette tendance était retrouvée dans les deux groupes, mais une plus forte hausse de la part des patients de moins de 25 ans était observée dans le groupe B (passant de 4,4 % à 7,2 % entre 2012 et 2022).

Pour les patients hospitalisés du groupe A, les diagnostics associés étaient principalement « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool avec le syndrome de dépendance », « Syndrome de dépendance au tabac », dans une moindre mesure, des motifs en lien avec la « Difficulté à vivre seul » et à des « Difficultés liées à la dislocation de la famille par séparation et divorce ». Pour les patients du groupe B, les diagnostics principaux étaient, de façon attendue, des pathologies nécessitant une prise en charge psychiatrique (épisode dépressif, trouble anxieux, etc.).

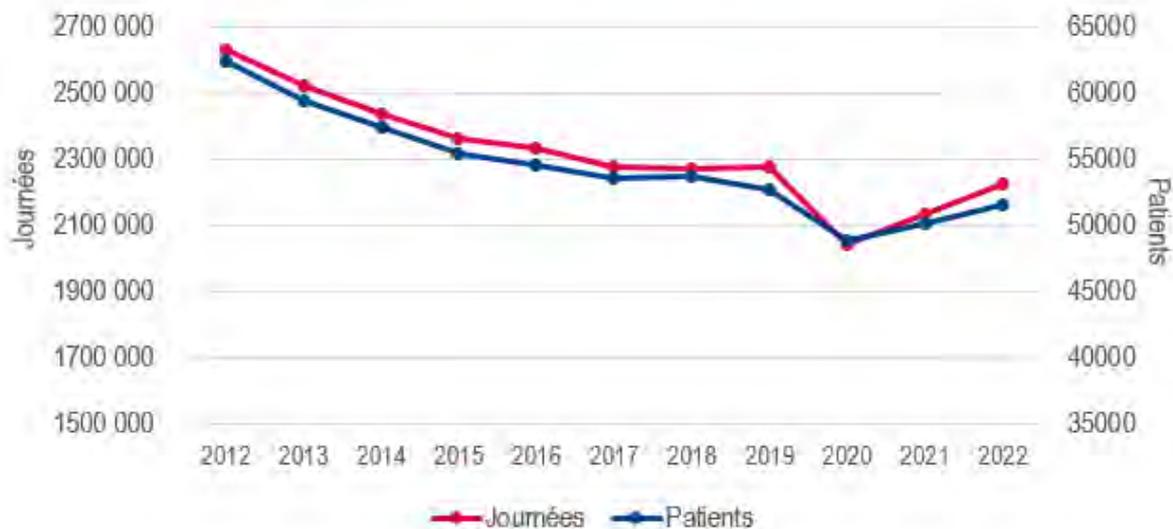


Figure 3 : Évolution du nombre de journées et de patients hospitalisés en psychiatrie pour une prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool, 2012-2022, France entière

En 2022, en France hexagonale, les taux régionaux standardisés d'hospitalisation en psychiatrie variaient de 46,4 / 100 000 (Ile de France) à 152,8 / 100 000 personnes-années (Bretagne) (Figure 4). Dans les DROM, les taux régionaux standardisés d'hospitalisation variaient de 2,3 / 100 000 (Mayotte) à 44,7 / 100 000 personnes-années (La Réunion).

Entre 2012 et 2022, une baisse était observée dans toutes les régions de France hexagonale excepté en Normandie où le taux d'hospitalisation restait stable. Une stabilité du taux d'hospitalisation en psychiatrie était observée dans tous les DROM sauf à La Réunion (légère hausse) (Figure 4).

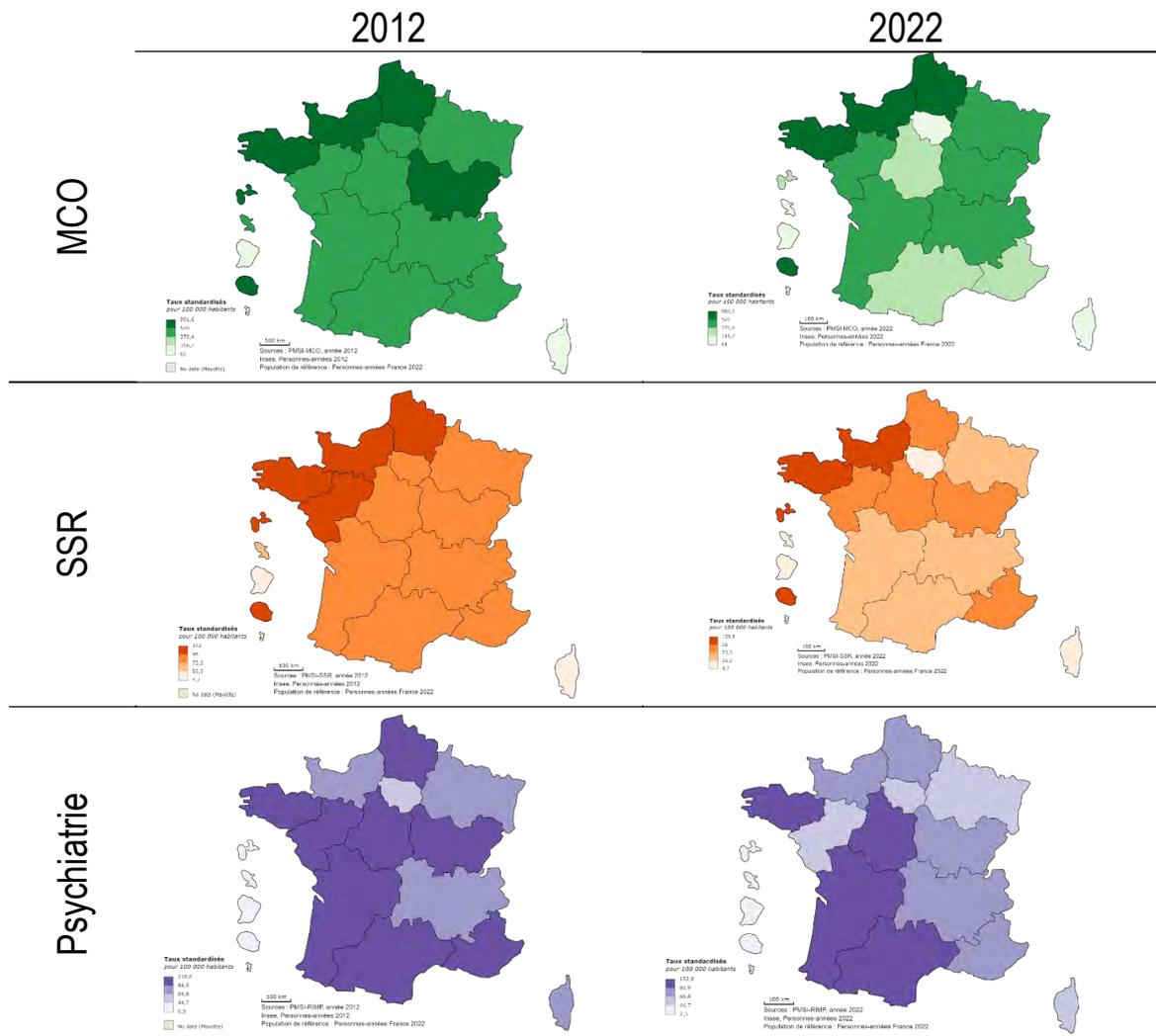


Figure 4 : Taux d’hospitalisation régionaux standardisés pour la prise en charge des troubles dus à l’usage d’alcool en MCO, SSR et psychiatrie en 2012 et en 2022, France entière

Estimation du coût lié aux hospitalisations

Parmi tous les séjours, 96,0 % de ceux repérés en MCO, 97,0 % en SSR et 98,0 % en psychiatrie ont pu être rattachés à un séjour de la cartographie des pathologies et des dépenses de l’Assurance Maladie version G11. En 2022, le montant remboursé total de ces hospitalisations était estimé à 3,17 milliards d’euros, soit 4,2 % des dépenses totales hospitalières :

- en MCO : 1,81 milliards pour l’alcool sur 55,6 milliards, soit 3,3 % des dépenses totales hospitalières
- en SSR : 0,55 milliards sur 9,1 milliards, soit 6,1 % ;
- en psychiatrie : 0,81 milliards sur 11,2 milliards, soit 7,2 %.

4. DISCUSSION

Les hospitalisations pour troubles dus à l’usage d’alcool : un poids sanitaire toujours considérable sur le système hospitalier français

Le poids des hospitalisations pour troubles dus à l’usage d’alcool reste important en 2022 avec 3,0 % des séjours en MCO, 6,6 % des journées en SSR et 10,0 % des journées en psychiatrie, qui sont liés à la prise en charge de l’alcoolodépendance, des intoxications éthyliques aiguës ou d’autres complications chroniques. Ces résultats sont relativement proches de ceux observés dans l’étude publiée en 2015 avec respectivement 2,2 %, 5,6 % et 10,4 % des séjours/journées de chaque secteur montrant une stabilité de la place de ces troubles dans le secteur hospitalier [6]. Néanmoins, on rappelle que la prise en charge en amont des troubles induits par les alcoolisations aiguës, notamment aux urgences (traumatismes, violences, accidents de la

circulation, etc.), et des pathologies où l'exposition à l'alcool peut jouer un rôle (cancer, hypertension artérielle, AVC hémorragique, etc.) n'est pas considérée ici.

Des évolutions contrastées sont observées selon les secteurs hospitaliers et les diagnostics, ce qui apparaît cohérent avec les modes de prise en charge multiples de ces troubles et l'évolution de l'offre de soins. En effet, la baisse du nombre de séjours/patients, notamment pour alcoolisation aiguë en MCO et du nombre de journées d'hospitalisation tous groupes confondus en psychiatrie, pourrait s'expliquer en partie par la diminution des consommations régulières en population générale et des alcoolisations ponctuelles chez les jeunes [9]. Cependant, la forte réorganisation de l'offre de soins hospitalière ces dernières années, au profit du développement de l'ambulatoire, peut aussi expliquer cette tendance, et probablement pour une plus large part. D'après la DREES, le nombre de lits en MCO et psychiatrie n'a cessé de diminuer ces dernières années avec une accentuation en 2022 (-1,8 % contre -1,4 % en 2021 pour le MCO par exemple) [10]. L'accueil dans les structures d'urgence a également connu des modifications, de sorte que les patients arrivant avec un diagnostic d'alcoolisation aiguë sont moins hospitalisés et souvent renvoyés à domicile après vérification de l'absence de complications. Ce virage ambulatoire au cours des 20 dernières années pourrait également expliquer, à l'inverse, la hausse des hospitalisations de jour pour alcoolo-dépendance en MCO. Les pratiques en addictologie ont évolué, avec un développement des hospitalisations de jour dans les structures hospitalières et du suivi ambulatoire dans les structures médico-sociales.

En SSR, le nombre d'hospitalisations pour alcoolo-dépendance était lui aussi en légère hausse avant 2020, mais la diminution concomitante du nombre de patients suggère plutôt un allongement de la prise en charge et des patients qui sont hospitalisés plusieurs fois. Cela va dans le sens d'une étude américaine [11] qui montre un risque de ré-hospitalisation plus élevé lorsqu'un diagnostic « alcool » était retrouvé lors de la première hospitalisation. En effet, les patients pris en charge dans les structures d'addictologies hospitalières sont souvent polypathologiques et peuvent alors bénéficier à la fois des compétences addictologiques et des autres services médicaux de l'établissement compte tenu de leurs autres pathologies. Les hommes sont toujours plus concernés par les hospitalisations pour troubles dus à l'usage d'alcool avec un sexe ratio H/F systématiquement supérieur à 1 quel que soit le groupe ou le secteur. Néanmoins, on observe ces dernières années une hausse de la part des femmes prises en charge pour alcoolo-dépendance, qui pourrait refléter un changement de comportements de consommation selon le sexe. Si les hommes restent davantage consommateurs, une évolution défavorable est observée chez les femmes ces dernières années, en France comme à l'étranger [9]. Aussi, le vieillissement de la population et donc, une féminisation de la population qui a recours aux soins, peut expliquer en partie cette hausse de la part des femmes [12]. Quel que soit le secteur, les hospitalisations pour troubles dus à l'usage d'alcool concernent des personnes à mi-vie (entre 48 et 55 ans). Les patients hospitalisés pour intoxications alcooliques aiguës sont plus jeunes, alors que les patients hospitalisés avec un trouble de l'usage d'alcool en diagnostic associé sont, de façon attendue, plus âgés, compte tenu du temps de latence de l'apparition des pathologies. La hausse de la part des 65 ans et plus, dans tous les secteurs, est probablement liée au vieillissement de la population. De manière plus préoccupante, la part des patients de moins de 25 ans hospitalisés pour troubles dus à l'usage d'alcool comme comorbidité en psychiatrie, tend à augmenter, même si elle reste à ce stade encore faible. Pour les trois secteurs, une forte baisse du recours pour troubles dus à l'usage d'alcool était observée en 2020 en lien avec l'épidémie de Covid-19 et les confinements. En effet, l'adaptation de l'offre de soins pendant cette période a entraîné un moindre recours à l'hospitalisation [hors Covid-19]. Par ailleurs, la hausse particulièrement marquée à partir de 2021 de la part des femmes prises en charge en psychiatrie pour troubles dus à l'usage d'alcool comme comorbidité, suggèrent un impact fort de la crise dans cette population [13].

Il reste difficile de comparer nos résultats avec ceux d'autres pays compte tenu des dispositifs de soins et des méthodes d'analyse de données différents. Néanmoins, plusieurs études internationales montrent des évolutions qui vont dans le sens d'une hausse de ces hospitalisations liées à l'alcool [14-15].

Un coût important et sous-estimé

Les hospitalisations pour troubles dus à l'usage d'alcool représentent une part considérable des dépenses hospitalières totales avec une estimation de 3,17 milliards d'euros en 2022, soit 4,2 % des dépenses totales. La comparaison des résultats avec les précédents (près de 3,6 % des dépenses totales estimées sur les données de 2012) suggère une hausse de ce coût sur les 10 dernières années. Néanmoins, compte tenu des méthodes de calcul différentes, la comparaison entre les deux études est complexe. L'estimation réalisée ici se base sur l'outil de cartographie médicalisée des dépenses, développé par la Cnam, avec une valorisation directe des séjours identifiés [8] contre une extrapolation du fardeau économique à partir des données de

l'activité hospitalière annuelle pour la précédente étude [6]. Parmi les pathologies repérées par les algorithmes de la cartographie, les hospitalisations pour troubles dus à l'usage d'alcool se placent parmi les plus coûteuses. À titre de comparaison, les coûts des hospitalisations (en MCO, SSR et psychiatrie) affectés aux cancers, aux maladies cardiovasculaires et au diabète étaient respectivement estimés à 12,5 milliards, 8,8 milliards et 582,5 millions d'euros. Le coût des hospitalisations pour troubles dus à l'usage d'alcool était près de 2 fois supérieur aux dépenses d'hospitalisation affectées aux cancers du sein et près de 3 fois supérieur à celles des cancers colorectaux.

La durée de séjour plus longue observée dans nos résultats et les multiples réadmissions des patients peuvent logiquement être corrélées à un coût plus important de ces hospitalisations. Cela va dans le sens d'une étude anglaise qui montre que les problèmes liés à l'alcool correspondraient à un groupe de patients plus complexes à prendre en charge, avec un coût élevé et aux besoins importants de soins [16]. L'augmentation du coût des séjours au fil des années est également un facteur explicatif de la hausse du coût de ces hospitalisations.

Si peu de travaux existent sur le sujet et s'ils restent difficilement comparables entre pays compte tenu des méthodes de calcul utilisées, tous les auteurs confirment l'importance des dépenses induites par la consommation d'alcool [17-20]. Néanmoins, le coût hospitalier engendré n'est qu'une partie du coût total pour la société, l'essentiel portant sur le coût social (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production ou encore dépenses de prévention, etc.). En France, celui-ci est estimé à 102 milliards d'euros [21] et d'autres pays ont mis en évidence que l'alcool impose l'un des coûts les plus élevés à la société [22-23]. Enfin, on notera que le coût des pathologies et de la mortalité associée à la consommation d'alcool dépasse amplement les gains économiques et de productions des ventes en France [24].

Des disparités territoriales de recours aux soins

D'importantes disparités régionales persistent en 2022 pour tous les secteurs. Les régions du nord-ouest de la France hexagonale (Normandie, Haut-de-France, Bretagne) présentent les taux d'hospitalisations les plus élevés et, à l'inverse, l'Île-de-France est la moins concernée pour tous les secteurs. Ces écarts peuvent s'expliquer par des différences régionales d'offre de soins en addictologie et, de consommation d'alcool pouvant aboutir à un besoin de prise en charge plus important, notamment en milieu hospitalier [9,25]. Parmi les DROM, La Réunion, présente les taux d'hospitalisation les plus élevés [26]. À l'inverse, Mayotte présente les taux d'hospitalisation les plus bas, possiblement en lien avec des niveaux de consommation d'alcool beaucoup plus faibles en raison des normes culturelles et religieuses [27].

Limites

Avant tout, on rappellera que notre travail n'avait pas pour ambition de mesurer le fardeau sanitaire hospitalier global lié à l'alcool. Les traumatismes, dont ceux induits lors d'accidents de la circulation ou les violences, les cancers ou les AVC hémorragiques sont autant de conséquences directes ou indirectes liées à la consommation d'alcool qui peuvent nécessiter une hospitalisation et qui ne sont pas prises en compte ici. L'identification de ces hospitalisations accentuerait lourdement l'estimation du poids sanitaire et économique hospitalier lié à l'alcool.

L'étude menée porte sur les bases du PMSI MCO, SSR et le RIM-P et couvre donc la majeure partie des hospitalisations en France. Néanmoins, les données des structures des centres d'addictologie ou, comme rappelé précédemment, les hospitalisations pour la prise en charge des autres pathologies en lien avec l'alcool, ne sont pas prises en compte.

Par ailleurs, une sous-estimation du nombre de ces hospitalisations existe : (i) d'une part, du fait de codage hétérogène selon les hôpitaux, le PMSI n'ayant pas été construit dans un objectif de surveillance épidémiologique ; on souligne l'intérêt d'une mise en perspective de ce travail avec la qualité des données du PMSI pour interpréter au mieux les résultats sur les territoires ; (ii) d'autre part, du fait du repérage de l'usage d'alcool par les praticiens ; en effet, le repérage de ces patients reste difficile où ces derniers sont pourtant nombreux à être pris en charge pour des complications de leurs conduites addictives.

Par ailleurs, le coût de ces hospitalisations, constitue une estimation basse puisque le coût de certains séjours n'a pu être estimé (4,0 % des séjours MCO, 3,0 % des séquences SSR et 2,0 % des séjours en psychiatrie). Les résultats sous-estiment donc le poids sanitaire et économique des troubles dus à l'usage d'alcool sur le système hospitalier et ne représentent qu'une partie de son impact sur le système de soins plus largement.

Perspectives

Dimensionner, piloter et évaluer les politiques de santé publique destinées à réduire le fardeau de l'alcool, via notamment l'amélioration de la prise en charge des personnes souffrant de troubles dus à l'usage d'alcool et la réduction de sa consommation en population générale, implique de monitorer, dans l'espace et dans le temps, le niveau d'exposition (et les modes de consommation), et les événements de santé en lien avec l'alcool. Mieux quantifier la contribution de l'alcool aux années de vie perdues et aux années de vie avec incapacité, et l'analyse plus fine du parcours de soins des patients, en raison notamment du caractère pluridisciplinaire de la prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool, devraient contribuer à améliorer ce pilotage. L'analyse des délivrances de médicaments en soins de ville, pourrait également être une piste supplémentaire.

En matière de soin, il apparaît d'ores et déjà nécessaire d'améliorer les dispositifs de prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool, actuellement déployés de façon hétérogène sur le territoire, au niveau sanitaire (lits de sevrage, hôpital de jour en addictologie, mobilisation des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), etc.), et médico-social (offre de consultations jeunes consommateurs (CJC), consultations avancées de Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)), en parallèle d'une organisation de la réponse en ville. La mobilisation des professionnels de santé sur le sujet de l'alcool demeure cruciale, notamment pour repérer les consommations à risque avant qu'une dépendance ne s'installe et pour orienter les personnes en difficulté vers une prise en charge adaptée.

Enfin, en matière de santé publique, le déploiement d'actions de prévention visant à faire diminuer les consommations d'alcool dans la population doit être poursuivi, tout en ayant une attention particulière pour les populations les plus affectées par les conséquences de la consommation. Les campagnes de prévention, notamment celles véhiculant des messages sur les risques à long-terme associés à la consommation d'alcool et des repères de consommation à moindre risque, peuvent avoir des effets sur les connaissances, les attitudes et les comportements [28-30], d'où l'importance de disposer de données régulièrement actualisées sur la consommation d'alcool et ses effets sanitaires. Des mesures réglementaires efficaces pour limiter l'attractivité et la disponibilité des boissons alcoolisées sur les différents segments de la population pourraient être mises en place, comme l'instauration d'un prix minimum de l'alcool [31,32] et la limitation ou l'interdiction des publicités en faveur de l'alcool [33].

5. CONCLUSION

Les hospitalisations pour la prise en charge des troubles dus à l'usage d'alcool représentent un coût sanitaire et économique important, et ne sont qu'une partie du poids global des conséquences de la consommation d'alcool sur le système hospitalier. Les évolutions constatées entre 2012 et 2022 s'expliquent en partie par l'évolution de l'offre de soins en addictologie sur le territoire avec notamment l'érosion permanente du nombre de lits qui s'est accentuée depuis la crise sanitaire du Covid-19. Pour limiter les conséquences sanitaires et économiques des troubles dus à l'usage d'alcool en France, il apparaît nécessaire de poursuivre le déploiement d'actions de prévention visant à faire diminuer les consommations d'alcool dans la population et d'avoir une attention particulière pour les populations les plus affectées.

Remerciements : Nahida Atiki et Raphaël Andler pour leur implication au début du projet, Lise Sainson pour la revue de littérature réalisée, Laurence Mandereau-Bruno et l'équipe SDNS de la DATA de Santé publique France pour leur appui sur le développement des algorithmes, les membres de la Société Française d'Alcoologie pour leurs avis précieux sur les premiers résultats communiqués.

Liens et/ou conflits d'intérêts : aucun

6. REFERENCES

1. Inserm. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Montrouge: EDP Science; 2021. <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/10638>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. 2022.
3. Dufour L, Grave C, Bonaldi C, Joly P, Andler R, Quatremere G, et al.: Hemorrhagic strokes attributable to chronic alcohol consumption and heavy episodic drinking in France. *Neurology* 2024, 102(8):e209228.
4. Gabet A, Bonaldi C, Grave C, Joly C, Dufour L, Andler R, et al.: Impact du dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque sur l'hypertension artérielle en France métropolitaine en 2015. *Bull Épidémiol Hebd* 2024:178-185. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/9/2024_9_1.html

5. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Épidemiol Hebd.* 2019;(5-6):97-108. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html
6. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Épidemiol Hebd.* 2015;(24-25):440-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/24-25/2015_24-25_1.html
7. Rachas A, Gastaldi-Ménager C, Denis P, Barthélémy P, Constantinou P, Drouin J, Lastier D, Lesuffleur T, Mette C, Nicolas M, et al: The Economic Burden of Disease in France From the National Health Insurance Perspective: The Healthcare Expenditures and Conditions Mapping Used to Prepare the French Social Security Funding Act and the Public Health Act. *Med Care* 2022, 60:655-664.
8. Méthode de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>
9. Andler R, Quatremère G, Richard J, Beck F, Nguyen-Thanh V: La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. *Bull Epidemiol Hebd* 2024:22-31. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/2/2024_2_1.html
10. Naouri D: En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, Études et Résultats 2021,1204. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1204.pdf>
11. Silverstein AR, Kee R, Gleeson CD, Sussell J, O'Sullivan AK, Goldman DP, Hasin D: Risk factors and costs associated with 30-day readmissions following alcohol-related hospitalizations in the United States from 2010 to 2015. *Alcohol* 2020, 89:19-25.
12. Menecier P, Menecier R: Intoxications éthyliques aiguës à l'hôpital : tendances depuis 26 ans au CH de Mâcon (France). *Psychotropes* 2018, 24:153-170.
13. OCDE (2021), « Effets du COVID-19 sur la consommation d'alcool et mesures prises pour prévenir la consommation nocive d'alcool », Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19), Éditions OCDE, Paris.
14. Office for Health Improvement and Disparities. Public health profiles. Estimated cost per capita of alcohol-related hospital admissions (Broad). 2020/2021. *Public Health England*; 2024.
15. National Health Service England. Statistics on Alcohol, England 2021. Part 1: Alcohol-related hospital admissions. 2022.
16. Blackwood R, Lynskey M, Drummond C. Prevalence and patterns of hospital use for people with frequent alcohol-related hospital admissions, compared to non-alcohol and non-frequent admissions: a cohort study using routine administrative hospital data. *Addiction.* 2021;116(7):1700-8.
17. Stockwell T, Sherker A, Sorge J, et al. E. Finnish alcohol policy at the crossroads: The health, safety and economic consequences of alternative systems to manage the retail sale of alcohol. Victoria, BC, Canada: Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria; 2019.
18. Mongan D, Long J. Alcohol in Ireland: consumption, harm, cost and policy response Dublin, Ireland: Health Research Board; 2016.
19. Crosland P, Angeles MR, Ananthapavan J. The economic costs of alcohol-related harms in New South Wales. Development of an interactive costing tool. Sydney, Australia: The University of Sydney; 2022.
20. Whetton S, Tait RJ, Gilmore W, Dey T, Agramunt S, Abdul Halim S, et al. Examining the Social and Economic Costs of Alcohol Use in Australia: 2017/18. Perth, WA: National Drug Research Institute, Curtin University; 2021.
21. Kopp P. Le coût social des drogues : estimation en France en 2019. Paris: Observatoire français des drogues et des tendances addictives; 2023.
22. Institut canadien d'information sur la santé. Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool. Institut canadien d'information sur la santé; 2023.
23. Lievens D, Vander Laenen F, Verhaeghe N, Putman K, Pauwels L, Hardyns W, et al. Economic consequences of legal and illegal drugs: The case of social costs in Belgium. *Int J Drug Policy.* 2017;44:50-7.
24. OECD (2021), Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.
25. Andler R, Quatremère G, Gautier A, Nguyen-Thanh V, Beck F. Consommation d'alcool : part d'adultes dépassant les repères de consommation à moindre risque à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2021. *Bull Epid Hebd.* 2023(11):178-86. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/11/2023_11_2.html
26. Bardot M KC. La consommation d'alcool chez les adultes à La Réunion. Exploitation de l'enquête Baromètre de Santé publique France DROM en 2021. Rapport 2023.
27. Andler R, Ruello M, Richard JB, Hassani Y, Guignard R, Quatremère G, et al. Consommation de substances psychoactives à Mayotte. Résultats de l'enquête de santé Unono Wa Maore 2019. Saint-Maurice: Santé publique France; 2022. 10 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/enquetes-etudes/2022/consommation-de-substances-psychoactives-a-mayotte.-resultats-de-l-enquete-de-sante-unono-wa-maore-2019>

28. Quatremère G, Guignard R, Cogordan C, Andler R, Gallopel-Morvan K, Nguyen-Thanh V. Effectiveness of a French mass-media campaign in raising knowledge of both long-term alcohol-related harms and low-risk drinking guidelines, and in lowering alcohol consumption. *Addiction*. 2023;118(4):658-68.
29. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*. 2010;376(9748):1261-71.
30. Booth L, McCausland T, Keric D, Kennington K, Stevens-Cutler J, Scott L, et al. Evaluating an alcohol harm-reduction campaign advising drinkers of the alcohol-cancer link. *Addict Behav*. 2023;145:107760.
31. Wyper GM, Mackay DF, Fraser C, Lewsey J, Robinson M, Beeston C, et al. Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: A controlled interrupted time series study. *Lancet*. 2023;401(10385):1361-70.
32. F. Etilé. Effets économiques et épidémiologiques de politiques de prix des boissons alcoolisées » Rapport de recherche. 2024. <https://www.drogues.gouv.fr/rapport-et-synthese-effets-economiques-et-epidemiologiques-de-politiques-de-prix-des-boissons>
33. OCDE. Rapport final sur le modèle international de simulation des politiques de lutte contre la consommation d'alcool. Résultats pour la France. 2021. https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/rapport_final_france_avril_2021.pdf

RECHERCHE ORIGINALE

Les niveaux d'usage d'alcool en population adulte en France en 2023

Stanislas Spilka^{1,2,*}, Antoine Philippon¹, Olivier Le Nézet¹, Ivana Obradovic¹, Eric Janssen¹, Guillaume Airagnes^{1,3}

¹ Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), Paris

² Université Paris-Saclay, UVSQ, Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) U1018, France

³ AP-HP.Centre-Université Paris Cité, Faculté de Santé, UFR de Médecine, Paris, France ; UMS011 « Cohortes Epidémiologiques en Population », Inserm, Villejuif, France.

* Correspondance : OFDT, 69 rue de Varenne 75007 Paris, stanislas.spilka@ofdt.fr

Résumé :

La consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France et on compte actuellement plus de 41 000 décès liés à la consommation de boissons alcoolisées. Dans l'objectif de quantifier ces consommations en population générale, l'Observatoire Français des Drogues et des tendances Addictives (OFDT) a interrogé un échantillon de 14 984 adultes représentatif de la population de France hexagonale âgée de 18 à 75 ans. La consommation d'alcool en France reste très largement répandue, avec 82,5 % de la population adulte qui en a consommé au cours des 12 mois précédant l'enquête. En baisse continue depuis 20 ans, l'usage quotidien concerne désormais 7,0 % des adultes. Ainsi, depuis 2000, l'usage quotidien a été divisé par trois et la consommation hebdomadaire par deux. La part des adultes de 18-75 ans qui n'a déclaré aucun usage d'alcool au cours des 12 derniers mois a été multipliée par 2, passant de 8,2 % à 17,5 %. Concernant les alcoolisations ponctuelles importantes (API), leurs prévalences au cours des 12 derniers mois (33,8 %), des 30 derniers jours (14,9 %) et des 7 derniers jours (4,5 %) sont de nouveau comparables à celles de 2005. Les évolutions des niveaux d'usage d'alcool depuis 20 ans, à savoir une diminution continue de l'usage quotidien et une stabilité des API, confirment une modification profonde des comportements de consommation d'alcool en France et elles renseignent sur les modalités d'usage à cibler préférentiellement dans les stratégies d'information et de prévention des risques et des dommages liés à l'alcool.

Mots-clés : Consommation d'alcool ; adultes ; enquête en population générale ; France.

Abstract:

Alcohol use is the second preventable cause of death in France with currently 41 000 deaths related to alcohol beverages. In order to quantify alcohol use in general population, the French monitoring centre for drugs and drug addiction has interrogated a sample of 14 984 adults representative of the mainland French population aged 18 to 75. Alcohol use in France remains widespread, with 82.5% of the adult population that drank alcohol during the last 12 months before the survey (current use). On a steady decline over the past 20 years, 7.0% of the adults are concerned by daily use. Thus, since 2000, daily use of alcohol has been reduced by a third and weekly use by half. The proportion of adults aged 18 to 75 that have declared no current alcohol use has doubled, with a proportion of 8.2 % increasing to 17.5%. In 2023, prevalences of Heavy Episodic Drinking (HED) in the last 12 months (33.8%), in the last 30 days (14.9%) and in the last 7 days (4.5%) have returned to levels comparable to 2005. Trends in alcohol consumption levels over the past 20 years, i.e. a steady decline in daily use and a stability in HED, confirm a profound change in drinking behaviour in France, and provide information on the types of alcohol use to be targeted in information and prevention strategies for alcohol-related risks and harm.

Key-words: Alcohol use; adults; general population survey; France.

1. INTRODUCTION

La consommation d'alcool est observée dans tous les milieux sociaux, aussi bien chez les hommes que chez les femmes et à tous les âges. Elle est la deuxième cause de mortalité évitable dans le monde et en France, où 41 000 décès lui sont imputables par an [1], dont environ 30 000 hommes et 11 000 femmes, soit

respectivement 11% et 4% de la mortalité des hommes et des femmes de quinze ans et plus. Elle est également une des premières causes d'hospitalisation et elle est responsable d'un coût social estimé à 102 milliards d'euros par an [2]. À ce titre, la consommation d'alcool constitue un enjeu prioritaire de santé publique. Malgré une tendance à la baisse du niveau de consommation d'alcool durant ces dernières décennies, les données de vente indiquent une consommation moyenne d'environ 2,2 verres standard par jour chez les Français de 15 ans et plus [3]. Par ailleurs, les modalités de consommation se sont profondément transformées, les alcoolisations ponctuelles importantes se maintenant alors que l'usage quotidien d'alcool tend à diminuer.

En 2023, l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT) a mené l'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP), qui comprenait dans ses objectifs l'estimation de la prévalence des usages de substances psychoactives en population générale française adulte [4], incluant l'alcool. Une méthodologie d'enquête et d'analyse comparable à celle des Baromètres de Santé publique France (SpF) a été privilégiée afin d'étudier les évolutions des niveaux de consommation en tenant compte des estimations antérieures réalisées par Santé publique France. Après avoir décrit les principaux niveaux de consommation en 2023 en fonction des facteurs sociodémographiques, les évolutions de l'usage quotidien d'alcool et de la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes (API) sont présentées sur la période allant de 2000 à 2023.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Recueil de données

L'édition 2023 d'EROPP consiste en une enquête téléphonique de type *computer-assisted telephone interview* (CATI). Du fait de l'utilisation préférentielle du téléphone mobile par une partie de la population, y compris parmi ceux disposant d'une ligne fixe, deux échantillons aléatoires ont été constitués (numéros générés aléatoirement) : l'un interrogé sur ligne fixe, l'autre sur téléphone mobile. Afin de permettre d'étudier les évolutions de ces prévalences en intégrant les estimations antérieures réalisées par Santé publique France dans le cadre des Baromètres, les méthodologies d'enquête et d'analyse ont été calquées sur celle des Baromètres de Santé publique France [5].

Le terrain de l'enquête, confié à l'institut Ipsos, s'est déroulé du 22 mars au 29 juillet 2023, auprès d'un échantillon représentatif d'adultes âgée de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale. L'échantillon final comprend au total 14 984 répondants, 12 687 sur mobile et 2 297 sur une ligne fixe. Le taux de réponse s'élève à 39 %, et la passation du questionnaire anonyme a duré en moyenne 28 minutes.

Les données ont été redressées sur la structure de la population française décrite dans l'Enquête emploi en continu de 2022 [6] à partir des variables suivantes : sexe, âge, région de résidence, taille d'unité urbaine, taille du foyer et niveau de diplôme. Les données manquantes des variables de calage ont été imputées par hotdeck. La probabilité de sélection des individus prend en compte l'équipement téléphonique du répondant (nombre de téléphone mobile et ligne fixe) et du nombre de personnes éligibles dans le ménage pour les répondants sur un téléphone fixe.

2.2. Indicateurs de mesure de consommation :

Plusieurs indicateurs de consommation d'alcool ont été construits. Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie ; usage d'alcool ou API dans l'année : au moins un usage ou une API au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête ; API dans le mois : au moins une API au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête ; API dans la semaine : au moins une API au cours des 7 derniers jours ; Usage d'alcool hebdomadaire : au moins un usage par semaine au cours des 12 derniers mois ; Usage d'alcool quotidien : au moins un usage par jour au cours des 12 derniers mois.

L'alcoolisation ponctuelle importante (API) est définie par la consommation déclarée d'au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion. Il s'agit d'un indicateur qui vise à identifier la proportion de la population qui consomme des niveaux élevés d'alcool en une seule occasion et, selon l'OMS, susceptible d'être exposée à un mésusage d'alcool.

2.3. Analyses

Les comparaisons statistiques de pourcentages ont été effectuées en utilisant des tests de Chi², avec un niveau de significativité fixé à 5 %.

3. RESULTATS

3.1. La consommation d'alcool en 2023

	2021		2023		Hommes (n=7285)	IC	Femmes (n=7699)	IC
	Ensemble (n=22625)	IC	Ensemble (n=14984)	IC				
Alcool	Expérimentation	94,9 [94,4 ; 95,3]	94,3 [93,7 ; 94,8]		95,3 [94,6 ; 96,0]		94,3 [92,5 ; 94,1]	
	Dans l'année	85,0 [84,3 ; 85,6]	82,5 [81,7 ; 83,4]		85,1 [84,0 ; 86,3]		80,0 [78,8 ; 81,3]	
	Hebdomadaire	39,0 [38,2 ; 39,8]	37,0 [36,0 ; 37,9]		47,2 [45,8 ; 48,6]		27,3 [26,2 ; 28,5]	
	Quotidien	8,0 [7,6 ; 8,5]	7,0 [6,5 ; 7,5]		10,4 [9,5 ; 11,3]		3,8 [3,3 ; 4,3]	
API	Dans l'année	35,4 [34,6 ; 36,2]	33,8 [32,9 ; 34,7]		45,3 [43,9 ; 46,7]		22,9 [21,8 ; 24,0]	
	Dans les 30 derniers jours	16,5 [15,9 ; 17,1]	14,9 [14,2 ; 15,6]		22,1 [21,0 ; 23,3]		8,1 [7,3 ; 8,8]	
	Dans les 7 derniers jours	4,7 [4,3 ; 5,0]	4,5 [4,1 ; 5,0]		7,3 [6,5 ; 8,0]		2,0 [1,6 ; 2,4]	

Tableau 1 : Niveaux des usages d'alcool et d'API parmi les adultes âgés de 18-75 ans en France hexagonale en 2023 (%)

Note : IC : intervalle de confiance à 95%

Source : Baromètre de Santé publique France 2021 ; EROPP 2023, OFDT

En 2023, plus de 9 personnes sur 10 âgées de 18 à 75 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie (94,5%). L'usage hebdomadaire d'alcool concernait plus d'un quart des adultes (37,0 %), et 7,0 % en avaient un usage quotidien (tableau 1).

Quelle que soit la fréquence d'usage, les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool. Ainsi, l'usage au cours des 12 derniers mois concerne 85,1 % des hommes et 80,0 % des femmes. De surcroît, l'écart entre les hommes et les femmes se creuse avec la fréquence d'usage : la consommation hebdomadaire d'alcool est ainsi près de deux fois plus fréquente parmi les hommes que parmi les femmes (47,2 % versus 27,3 %).

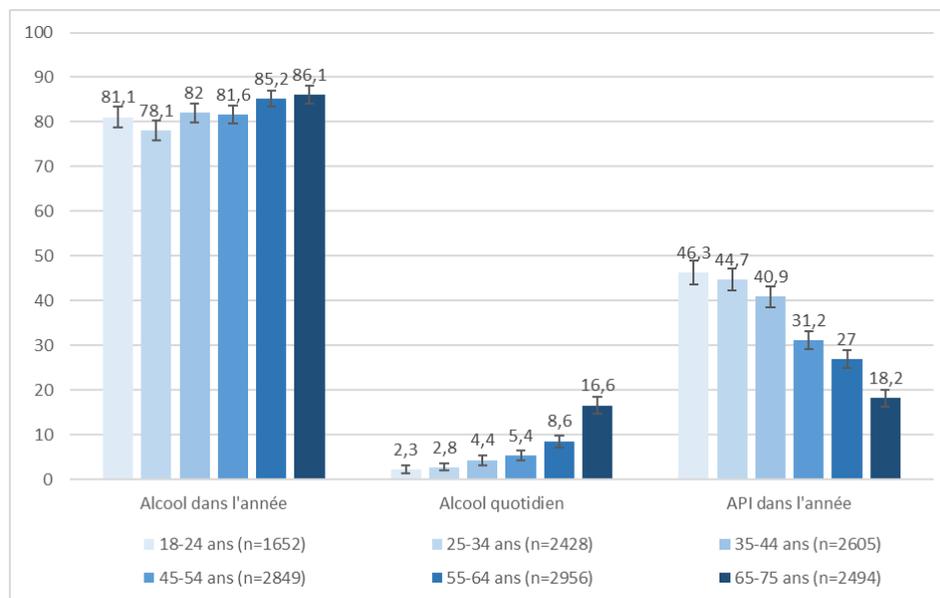


Figure 1 : Niveaux d'usage d'alcool parmi les adultes âgés de 18-75 ans en France hexagonale en 2023 selon l'âge (%)

Source : EROPP 2023, OFDT

Concernant les API, plus d'un tiers (33,8 %) des adultes rapportent au moins un épisode au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les API au cours des 30 derniers jours concernent 14,9 % des adultes, tandis que 4,5 % sont concernés par les API au cours des 7 derniers jours. Les API dans l'année concernent environ deux fois plus d'hommes que de femmes (45,3 % versus 22,9 %). Cet écart est plus important pour les API dans le mois (22,1 % versus 8,1 %) et il l'est encore plus pour les API au cours des 7 derniers jours (7,3 % versus 2,0 %).

L'usage quotidien d'alcool varie sensiblement en fonction de l'âge : culminant à 16,6 % parmi les 66-75 ans, il est deux fois moindre parmi les 55-64 ans (8,6 %) et diminue progressivement jusqu'à 2,3 % parmi les 18-24 ans. À l'inverse, le niveau des API dans l'année diminue avec l'âge, passant de 24,0% parmi les 18-24 ans à 7,9 % parmi les 65-75 ans (figure 1).

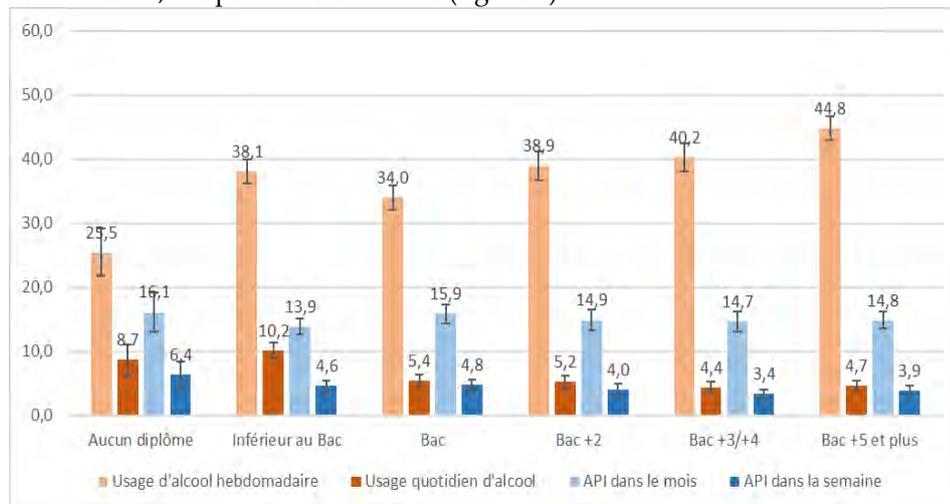


Figure 2 : Niveaux d'usage d'alcool parmi les adultes âgés de 18-75 ans en France hexagonale en 2023 selon le diplôme (%)

Source : EROPP 2023, OFDT.

Les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat présentent des niveaux de consommation quotidienne d'alcool plus élevés que celles qui ont un diplôme supérieur au baccalauréat (figure 2). Les personnes ayant un diplôme de niveau Bac +5 ou plus déclarent le niveau de consommation d'alcool hebdomadaires parmi les plus élevés et plus d'une fois et demi supérieures à ceux des personnes sans aucun diplôme (44,8% versus 25,5%). Un gradient inverse apparaît concernant les API dans la semaine parmi les personnes sans diplôme (passant de 6,4% à 3,9 % parmi les personnes ayant un niveau Bac +5 ou plus), sans différence statistiquement significative.

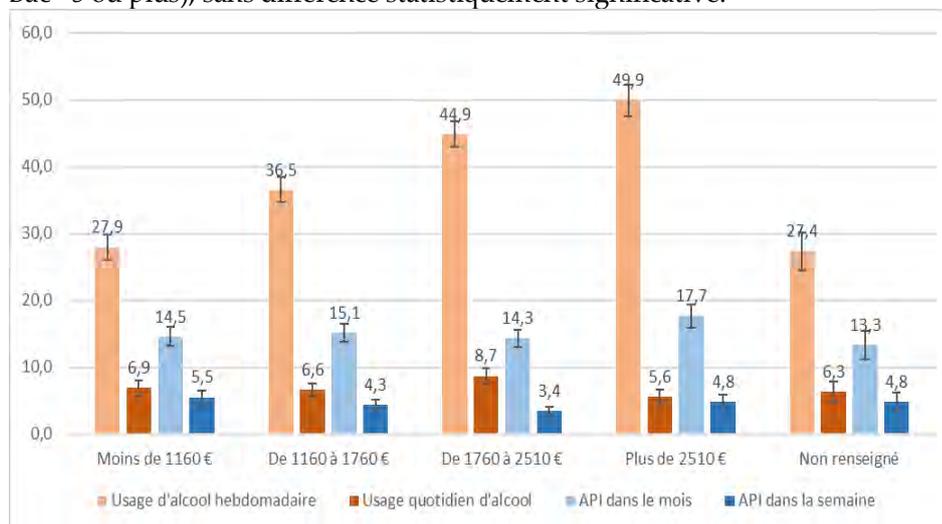


Figure 3 : Niveaux d'usage d'alcool parmi les adultes âgés de 18-75 ans en France hexagonale en 2023 selon le revenu par unité de consommation du ménage (%)

Source : EROPP 2023, OFDT.

Relativement au revenu par unité de consommation, on observe une tendance comparable : les personnes ayant les revenus mensuels les plus élevés (supérieurs à 2 500€) présentent des niveaux d'usage d'alcool hebdomadaire plus élevés que celles qui ont des revenus plus faibles (figure 3). Il n'existe pas, en revanche, de différences statistiquement significatives concernant l'usage quotidien. Les personnes n'ayant pas

précisé leur revenu (il s'agit le plus souvent d'hommes jeunes) montrent des profils de consommation proches de celles appartenant au quartile des revenus les plus faibles.

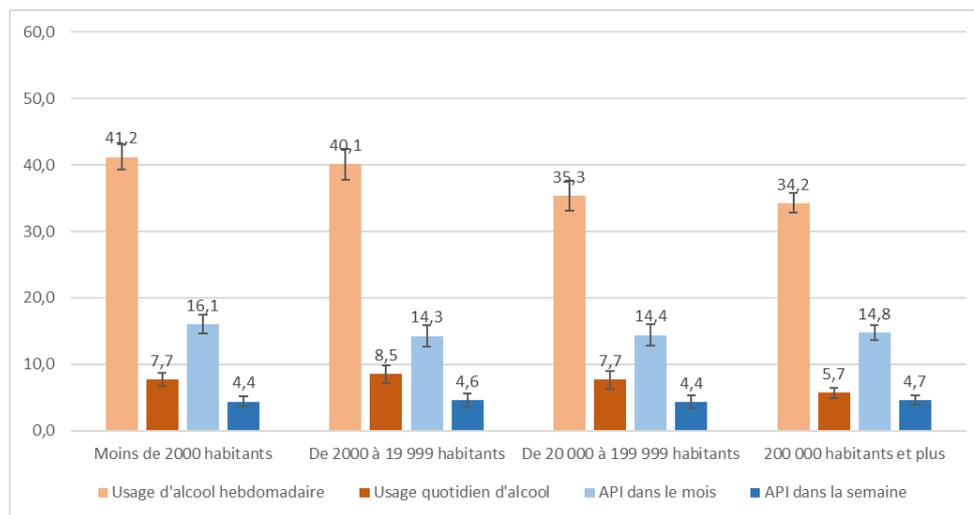


Figure 4 : Niveaux d'usage d'alcool parmi les adultes âgés de 18-75 ans en France hexagonale en 2023 selon la taille de l'agglomération de résidence (nombre d'habitants) (%)

Source : EROPP 2023, OFDT.

Concernant la taille d'agglomération de résidence, on trouve des niveaux d'usage plus élevés chez les personnes résidant dans les communes de petite taille (figure 4). En particulier, les niveaux de consommation d'alcool hebdomadaire laissent apparaître des écarts importants entre les personnes habitant une commune rurale et celles des agglomérations de plus de 200 000 habitants : respectivement 41,2% contre 34,2%. Pour les API, on n'observe pas de variation statistiquement significative en fonction de la taille d'agglomération.

Évolution des consommations d'alcool depuis 2000

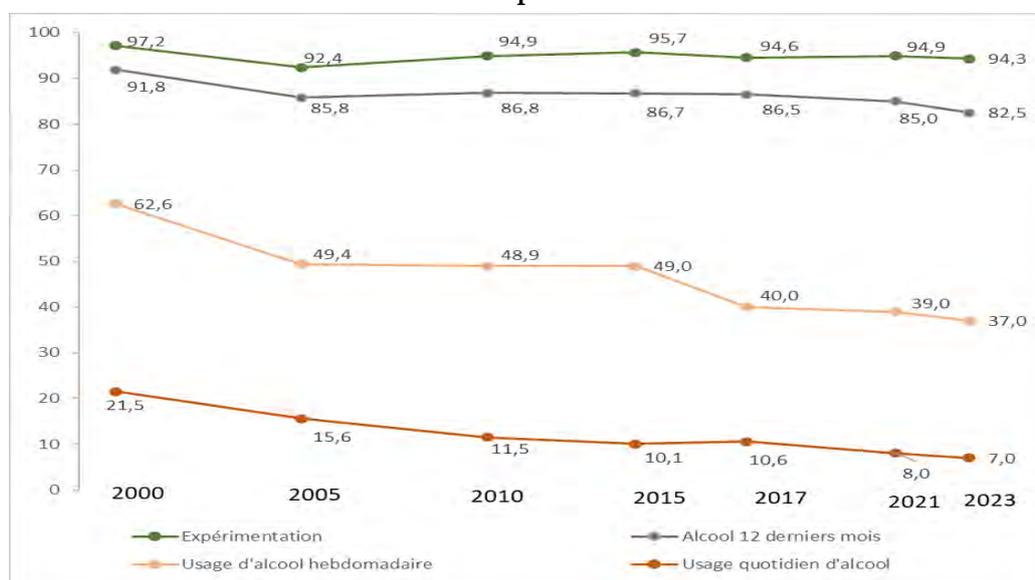


Figure 5 : Niveaux d'usage d'alcool parmi les adultes âgés de 18-75 ans en France hexagonale entre 2000 et 2023 (%)

Source : Baromètre de Santé publique France 2000-2021 ; EROPP 2023, OFDT

En 20 ans, les niveaux de consommation d'alcool des 18-75 ans ont fortement diminué : le niveau de l'usage quotidien a ainsi été divisé par trois, passant de 21,5% à 7,0% entre 2000 et 2023. Il en est de même pour la consommation hebdomadaire qui a diminué de 62,6% à 37,0% au cours de la même période (figure 5). Ces diminutions se sont poursuivies entre 2021 et 2023, tant pour l'usage hebdomadaire que

pour l'usage quotidien avec respectivement 39,0% contre 37,0%, et 8,0% contre 7,0%. Après une phase de baisse marquée au début les années 2000, le niveau d'usage actuel s'est stabilisé entre 2010 et 2021, et il est en baisse entre 2021 et 2023. Entre 2000 et 2023, la part des adultes de 18-75 ans qui ne déclarent pas d'usage actuel d'alcool a été multipliée par deux, passant de 8,2 % à 17,5 %.

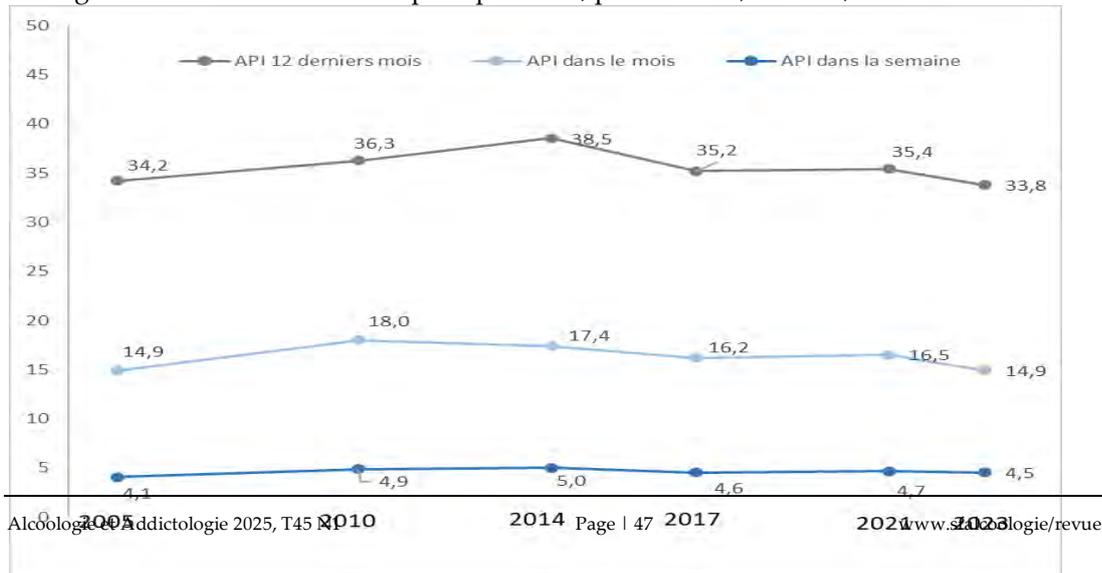


Figure 6 : Niveaux des alcoolisations ponctuelles importantes parmi les adultes âgés de 18-75 ans en France hexagonale entre 2005 et 2023 (%)

API : alcoolisations ponctuelles importantes

Source : Baromètre de Santé publique France 2005-2021 ; EROPP 2023, OFDT.

Les évolutions constatées pour les API sont sensiblement différentes (**figure 6**). Alors que le niveau des API au cours des 7 derniers est resté stable entre 2005 et 2023, celui des API dans l'année et dans le mois a connu une phase d'augmentation, puis une phase de diminution, de telle manière qu'ils sont en 2023 comparables aux niveaux de 2005.

Évolution des niveaux de consommations d'alcool en fonction de l'âge sur la période 2000-2023

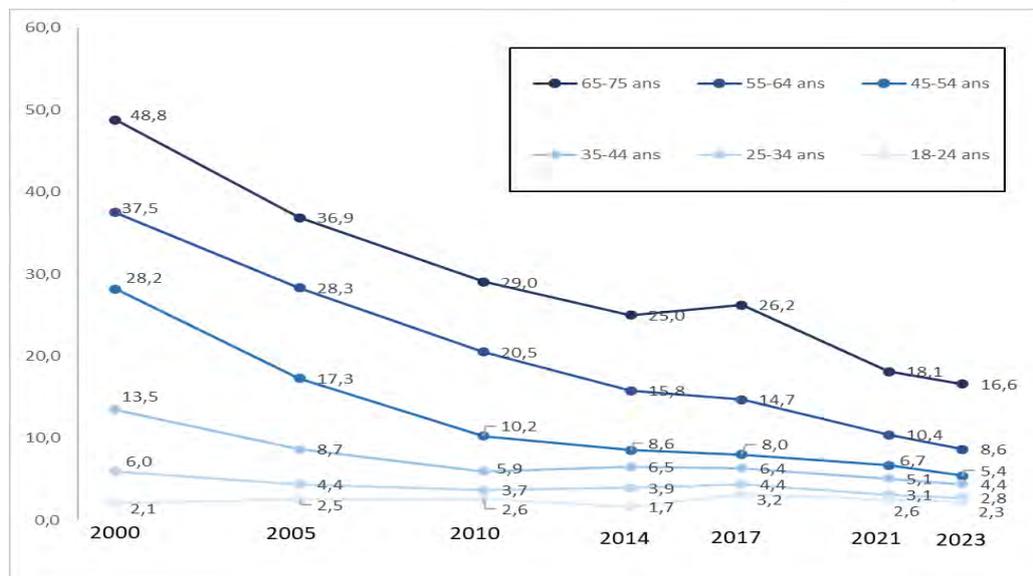


Figure 7 : Niveaux d'usage quotidien d'alcool parmi les adultes âgés de 18-75 ans en France hexagonale entre 2000 et 2023 par classe d'âge (%)

Source : Baromètre de Santé publique France 2000-2021 ; EROPP 2023, OFDT.

En s'intéressant aux usages par classe d'âge, deux types d'évolutions se font jour : d'une part un « effet générationnel », qui correspond à un changement de comportement des jeunes générations par rapport à

leurs aînés, d'autre part un « effet âge », qui va de pair avec des comportements qui se différencient au fil de l'âge adulte selon les modes de sociabilité, le milieu social, le secteur d'activité professionnelle, les conditions de travail et d'autres facteurs pouvant influencer sur les motivations d'usage d'alcool et les contextes de consommation.

La baisse de l'usage quotidien d'alcool traduit avant tout un changement générationnel : entre 2000 et 2023, l'usage quotidien d'alcool des 65-75 ans a baissé de 32 points (de 48,8% à 16,6%), celui des 55-64 ans a baissé de 29 points (de 37,5% à 8,6%), celui des 45-54 ans a baissé de 23 points (de 28,2% à 5,4 %) (figure 7). Ces évolutions illustrent l'avancée en âge des générations qui ont eu de moins en moins tendance à consommer de l'alcool tous les jours, entre les générations nées dans les années 1930 (les 65-75 ans en 2000, dont 48,8% étaient alors des usagers quotidiens) et les générations nées dans les années 1960 (les 55-64 ans en 2021, dont 10,4 % étaient alors des usagers quotidiens). L'absence d'enquête épidémiologique avant la fin des années 1990 ne permet malheureusement pas de connaître précisément les niveaux d'usage quotidien de ces générations lorsqu'elles avaient 20 ans, mais il est très probable qu'ils étaient bien supérieurs au niveau mesuré aujourd'hui parmi les plus jeunes (2,3%). En parallèle, l'usage quotidien d'alcool des plus jeunes générations d'adultes s'est progressivement stabilisé : entre 2000 et 2023, celui des 25-34 ans n'a baissé que de 3 points (de 6,0 à 2,8%) tandis que celui des 18-24 ans est resté stable.

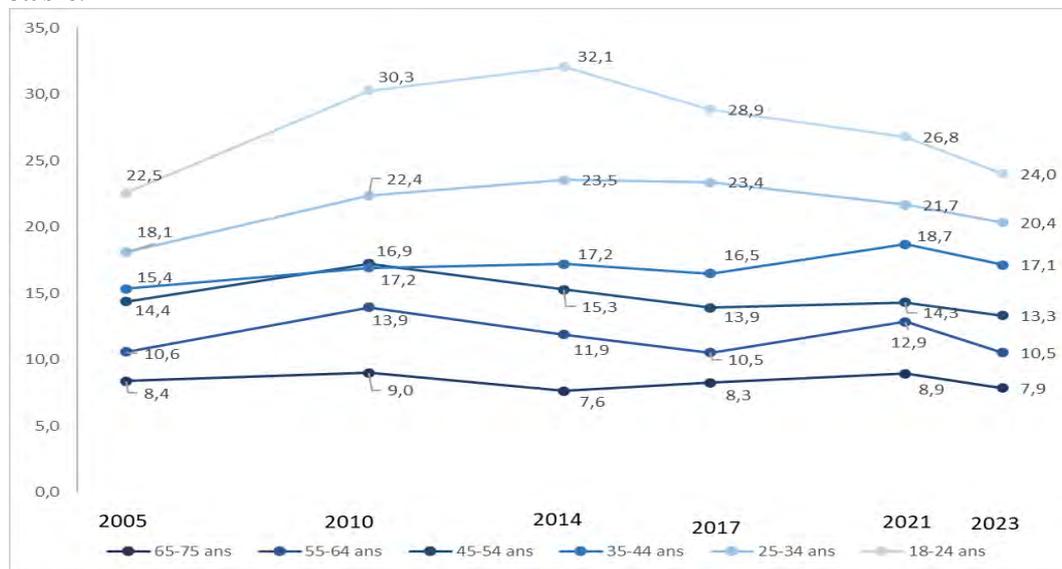


Figure 8 : Niveaux des alcoolisations ponctuelles importantes au cours des 30 derniers jours parmi les adultes âgés de 18-75 ans en France hexagonale entre 2000 et 2023 par classes d'âge (%)

Source : Baromètre de Santé publique France 2005-2021 ; EROPP 2023, OFDT.

Concernant l'évolution des API, c'est, à l'inverse, parmi les jeunes adultes que ces comportements de consommation ont sensiblement évolué au cours des deux dernières décennies : entre 2005 et 2014, ils ont fortement augmenté, passant de 22,5% à 32,1% parmi les 18-24 ans et de 18,1% à 23,5% parmi les 25-34 ans, avant de baisser de nouveau pour atteindre en 2023 un niveau proche de celui de 2005. Cette période, durant laquelle les jeunes adultes ont été plus nombreux à rapporter des API, a donc concerné en particulier les générations nées dans les années 1990, mais cette propension à l'API ne perdure pas avec l'avancée en âge. De plus, au-delà de 35 ans, les API au cours des 30 derniers jours ont très peu évolué entre 2005 et 2023, ce qui suggère que ces comportements d'alcoolisation dépendent au moins autant de l'âge des individus que de changements générationnels (figure 8).

4. DISCUSSION

La consommation d'alcool en France reste très largement répandue, avec plus de quatre personnes sur cinq déclarant avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête. En revanche, l'usage quotidien est en baisse continue depuis 20 ans. Depuis 2000, il a été divisé par trois et concerne désormais 7,0 % des adultes. La part des personnes n'ayant pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois a été multipliée par deux en 20 ans. Concernant les alcoolisations ponctuelles importantes (API), leurs prévalences au cours des 12 derniers mois (33,8 %), des 30 derniers jours (14,9 %) et des 7

derniers jours (4,5 %) sont désormais comparables à celles de 2005 avec la tendance observée depuis 2021. La prévalence des API diminue avec l'âge, à l'inverse de l'usage quotidien d'alcool. Tous les indicateurs de niveau de consommation sont systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. En revanche, les usages varient selon certaines catégories socio-démographiques : ainsi, l'usage d'alcool hebdomadaire est plus courant parmi les personnes ayant un diplôme au moins Bac+5 ou des revenus élevés. À l'inverse, les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat présentent des niveaux d'usage quotidien d'alcool plus élevés. Enfin, la taille d'agglomération de résidence révèle des différences entre les personnes résidant dans les communes de moins de 20 000 habitants, globalement plus consommatrices, et celles vivant dans de grandes villes, légèrement moins enclines à boire de l'alcool.

Les évolutions de ces comportements d'usage d'alcool depuis 20 ans, à savoir une diminution nette et constante des usages d'alcool hebdomadaires comme quotidiens et la faible évolution des niveaux d'API, confirme une modification des manières de consommer de l'alcool. Moins fréquentes, avec une disparition progressive de l'usage quotidien, les occasions de boire de l'alcool restent le plus souvent des alcoolisations ponctuelles importantes. Les API sont plus répandues parmi les jeunes adultes, en particulier masculins. Si leurs prévalences diminuent avec l'âge [7, 8,], elles restent cependant élevées en population générale adulte. Outre les risques spécifiques immédiats liés aux API (perte de contrôle moteur, atteintes cérébrales et déficits cognitifs...) [9], elles sont des facteurs de risque de développer un trouble de l'usage de l'alcool [8, 11, 12]. Les futures enquêtes qui permettront d'observer l'évolution dans le temps des comportements d'usage des générations nées entre 1980 et 2000, c'est-à-dire celles qui ont été les plus nombreuses à présenter des API étant jeunes, devraient aider à apporter un éclairage sur la persistance de ces comportements d'alcoolisation avec l'avancée en âge mais également sur les conséquences au long cours des API.

Si l'enquête EROPP 2023 s'appuie sur un échantillon de taille conséquente avec une méthodologie d'enquête visant à rendre l'échantillon représentatif de la population française des adultes de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale, elle n'en demeure pas moins sujette à certaines limites. Premièrement, s'agissant de la déclaration auto-rapportée de comportements de santé potentiellement stigmatisants auprès d'un enquêteur téléphonique, des biais de désirabilité ou de mémoire existent et ils peuvent conduire à une sous-estimation des niveaux d'usage. Deuxièmement, la baisse des taux de participation dans les enquêtes téléphoniques ces dernières années conduit à des biais de sélection dont les impacts sont difficiles à estimer, d'autant qu'ils peuvent, selon les indicateurs, conduire à une sous-estimation ou à une surestimation des niveaux d'usage. Néanmoins, il nous a semblé préférable de reproduire au plus près la méthodologie des précédentes éditions des Baromètres de Santé publique France afin de garantir la possibilité d'interpréter à biais constants les évolutions des niveaux d'usage au cours du temps. A ce titre, l'édition 2023 d'EROPP permet d'avoir une description de l'évolution des niveaux d'usage d'alcool représentative de la population générale française depuis 2000. Par ailleurs, les enquêteurs ne s'adressant qu'en français aux personnes enquêtées, l'échantillon est limité à celui des personnes francophones. Troisièmement le descriptif des évolutions des comportements d'usages d'alcool selon les effets d'âges et de générations est susceptible de masquer certaines évolutions des caractéristiques populationnelles selon les différents sous-groupes d'âges observés. Par exemple, la distribution des diplômes a fortement évolué depuis 50 ans : la part des bacheliers parmi les générations nées dans les années 1950 et ceux nés dans les années 2000 a été multipliée par quatre. Des analyses standardisées par âge et par sexe pourraient faire l'objet d'une publication ultérieure. Quatrièmement, même si les indicateurs d'usage d'alcool retenus résultent d'un choix raisonné, notamment au regard des indicateurs retenus dans la littérature internationale, ils ne rendent pas compte totalement de la diversité des profils de consommations et ils peuvent recouvrir des réalités parfois très contrastées. Ils permettent cependant une description simple des pratiques de consommation d'alcool en population générale. Enfin, la mesure des niveaux de consommation d'alcool dans ce type d'enquête repose sur des indicateurs qui ne permettent pas une mesure précise des quantités consommées, comme par exemple, le nombre moyen de verres standards consommé par jour, ce qui rend d'autant plus difficile de suivre l'évolution des comportements d'usage à risque dans la population.

5. CONCLUSION

En conclusion, les évolutions des niveaux d'usage d'alcool depuis 20 ans, à savoir une diminution continue de l'usage quotidien et une relative stabilité des API, confirment une modification profonde des comportements de consommation d'alcool en France. Elles renseignent sur les modalités d'usage à cibler préférentiellement dans les stratégies d'information et de prévention des risques et des dommages liés à l'alcool.

Contribution des auteurs : Spilka S., investigateur principal, a rédigé la première version de l'article. Philippon A., Le Nézet O. et Janssen E. ont contribué à la réalisation de l'enquête et mené les analyses. Obradovic I. a contribué substantiellement à la relecture. Airagnes G. a contribué à la rédaction et à la discussion des résultats.

Sources de financements : Ce travail a fait l'objet d'un financement du Fonds de lutte contre les addictions 2022.

Liens et/ou conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt.

6. REFERENCES

1. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. 2019(5-6):97-108.
2. KOPP P. (2023) Le coût social des drogues : estimation en France en 2019. Note. Paris, OFDT, 15 p
3. Douchet M-A. (2024) La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2023. Note de bilan. Paris, OFDT, 10 p
4. Spilka S., Le Nézet O., et al. (2024) Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023 - Résultats de l'enquête EROPP 2023. Tendances, OFDT, n° 164, 4 p.
5. Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C, Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 24 p.
6. INSEE. Activité, emploi et chômage en 2022. Enquête emploi en continu, 2023.
7. Sloan F, Grossman D, Platt A. Heavy episodic drinking in early adulthood and outcomes in midlife. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011 May;72(3):459-70.
8. Rossow, I., Bogstrand, S.T., Ekeberg, Ø. et al. Associations between heavy episodic drinking and alcohol related injuries: a case control study. *BMC Public Health* 13, 1076 (2013).
9. Airagnes, G., Lakhdar, C. B., Daepfen, J. B., Gallopel-Morvan, K., Girandola, F., Mezger-Lallemand, V., ... & Saurel-Cubizolles, M. J. (2021). Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool (Doctoral dissertation, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)).
10. Chassin, L., Pitts, S. C., & Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: Predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 67-78.
11. Wallace GT, Whichard C, Augustyn M, Henry KL. Heavy episodic drinking in adolescence and alcohol-related problems in adulthood: A developmental approach to alcohol use across the life course. *Development and Psychopathology*. 2024;36(1):349-365. doi:10.1017/S0954579422001249
12. Tavolacci MP, Berthon Q, Cerasuolo D, Dechelotte P, Ladner J, Baguet A. Does binge drinking between the age of 18 and 25 years predict alcohol dependence in adulthood? A retrospective case-control study in France. *BMJ Open*. 2019 May 5;9(5):e026375. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026375

Recherche originale

Impact des modifications de la réglementation sur les poppers et leur usage en France

Anne Batisse^{1,*}, Leila Chaouachi¹, Laure Laviale², Laura Beccera¹, Samira Djezzar¹

¹ Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - addictovigilance (CEIP-A), Hôpital Fernand Widal, Paris, France

² Drogues Info Service - France, Santé publique France, France

Résumé : Les poppers, des nitrites organiques volatils, sont utilisés à des fins aphrodisiaques et récréatives. Leurs effets ne durent pas plus de deux minutes, mais leur toxicité est significative en raison de leurs propriétés méthémoglobinisante et vasodilatatrices. Le 3 juin 2013, le Conseil d'État a annulé toute réglementation sur les poppers en France, autorisant ainsi à nouveau leur vente et leur utilisation. **Méthodes :** Le CEIP-A de Paris (Centre parisien d'évaluation et d'information sur la dépendance et addictovigilance) en partenariat avec Drogues info Service (DIS), Santé publique France, le service national d'assistance téléphonique pour les personnes confrontées à des troubles liés à l'usage de substances, a évalué l'impact de la suspension de la réglementation sur les poppers en analysant la base de données de DIS entre janvier 2009 et juillet 2017. **Résultats :** Parmi les 330 appels, 213 concernaient des demandes d'informations sur les poppers et 92 étaient liés à des signalements de complications. Le nombre d'appels a augmenté au cours de la période étudiée. Les demandes concernaient des utilisateurs ayant un âge moyen de 30 ± 12 ans, avec une nette prédominance masculine. Le nombre d'utilisateurs mineurs (14 à 17 ans) a considérablement augmenté. Le contexte d'utilisation (connu dans 93 cas) ne semble pas avoir changé avant et après la législation : il est principalement sexuel (81 %), tandis que récréatif dans 19 % des cas. L'usage de substances multiples est rapporté dans 22 % des cas (cannabis, alcool, cocaïne, MDMA). Les effets indésirables liés à l'utilisation des poppers incluent un usage problématique (22 %), des troubles oculaires (15 %) et des irritations cutanées (10 %). **Conclusion :** Cette étude a révélé une augmentation de l'utilisation des poppers en France, particulièrement chez les jeunes depuis l'amendement de ces réglementations. Les complications signalées comprennent des cas de troubles addictifs et oculaires. Ces données, qui confirment une inquiétude croissante concernant cet agent méthémoglobinisant, ont été soulevées dans le dernier rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM), soulignant la nécessité de réguler à nouveau ces nitrites.

Mots-clés : poppers, réglementation, troubles oculaires

Abstract: Poppers, volatile organic nitrites, are used for aphrodisiac and recreational purposes. Their effects do not last more than two minutes, while their toxicity is significant, due to their methemoglobinizing and vasodilating properties. On June 3, 2013, the Conseil d'Etat * (French Council of State) repealed all poppers regulations in France, consequently authorizing their sale and use once again. **Methods :** The CEIP-A de Paris (The Parisian Center of Evaluation and Information on drug dependence and Addictovigilance in partnership with Drogues info Service (DIS), Santé publique France, the national helpline service for individuals facing substance use disorders, evaluated the impact of discontinuation on poppers regulations by analysing DIS database between January 2009 and July 2017. **Results :** Among 330 calls, 213 were requests for information on poppers and 92 calls were made to report complications. The number of calls increases throughout the studied period of time. Requests concern users of average age 30 ± 12 years, with a clear male predominance. The number of minor users [14 to 17 years] increases drastically. Context of use (known in 93 cases) does not seem to change before/after legislation: it appears to be predominantly sexual (81%), whereas recreational in 19% of the cases. Polydrug use is reported in 22% of cases (cannabis, alcohol, cocaine, MDMA). Adverse effects related to popper use are problematic use (22%), ocular disorders (15%) and mucocutaneous irritations (10%). **Conclusion:** This study revealed a growing use of "poppers" throughout France, particularly among the youngest since the amendment of these regulations. Reported complications include cases of addictive and ocular disorders. These data confirming a growing concern about this methemoglobinizing agent was raised in the French National Agency for Medicines and Health Products Safety (ANSM)'s latest report, points out the necessity of regulating these nitrites.

Key-words: Poppers, Regulation, Eye disorders

1. INTRODUCTION

Les poppers sont des solvants organiques volatils utilisés comme stimulants sexuels (en raison de leurs propriétés relaxantes sur les muscles lisses) ou comme agents euphorisants ; ils appartiennent à la famille des nitrites d'alkyle, tels que le nitrite d'isobutyle ou l'isopropyl nitrite. Leurs effets sont généralement limités à quelques minutes, tandis que leur toxicité est significative : les effets indésirables incluent des dermatites de contact, une maculopathie liée aux poppers et des intoxications en raison de leurs propriétés vasodilatatrices (donneurs d'oxyde nitrique (NO)), carcinogènes et méthémoglobinisantes^{1,2,3}. En France, le Conseil d'État a annulé le 16 mai 2013 un décret interdisant la vente ou la distribution libre de poppers au public, au motif que leur toxicité était faible aux doses d'inhalation habituelles et qu'aucune étude scientifique ne prouvait un risque de troubles liés à l'usage de substances (TUS) associé à ces produits. Par conséquent, la vente de ces produits n'est plus soumise à des mesures de contrôle.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact des changements de réglementation concernant les poppers sur leurs utilisateurs.

2. MATERIELS ET METHODES

Le Centre parisien d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance- Addictovigilance (CEIP-Addictovigilance de Paris) a étudié la base d'appels du dispositif D.I.S* (*Drogues Info Service, Santé Publique France ; service national d'assistance téléphonique pour les personnes confrontées à des troubles liés à l'usage de substances) en extrayant toutes les données mentionnant les termes « poppers » et « nitrite » entre janvier 2009 et juillet 2017. Les « poppers » incluent les différentes familles mais ne spécifient pas les sous-types.

Dans cette étude, l'usage problématique englobe les cas de troubles liés à l'usage de substances ainsi que d'autres situations (par exemple, auto-déclaration d'addiction aux poppers, etc.), pour lesquelles le nombre de critères et leur durée manquaient pour poser le diagnostic de trouble lié à l'usage de substances tel que défini par le DSM-5. L'usage récréatif à des fins sexuelles est défini comme « usage sexuel ». Nous avons porté une attention particulière à la population mineure. L'âge de la majorité légale en France est de 18 ans. Chaque appel est examiné et les données d'intérêt sont enregistrées. Nous avons utilisé les tests de Chi-2 pour comparer nos données avant et après la réglementation des poppers.

3. RESULTATS

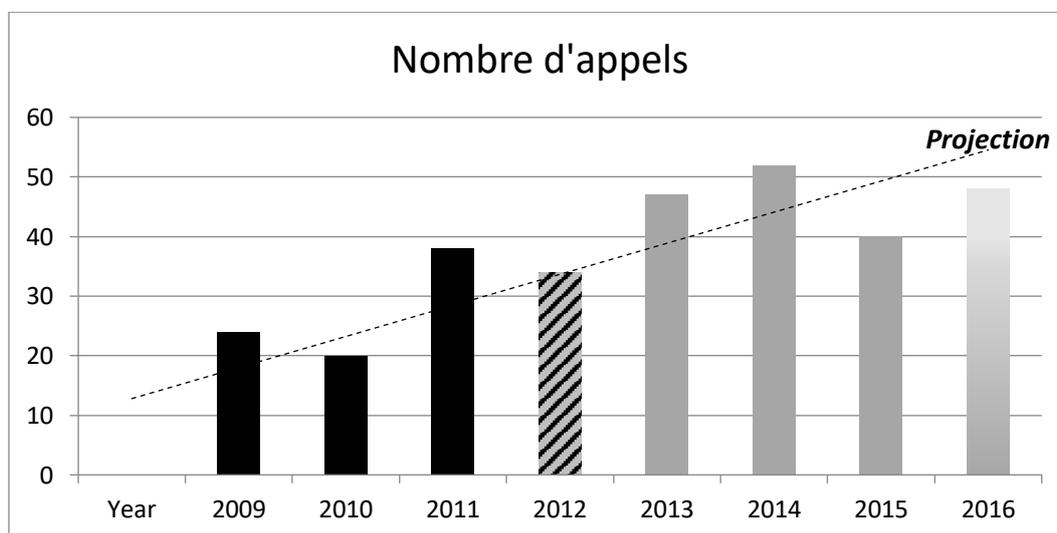


Figure 1 : Changement du nombre d'appels concernant les poppers

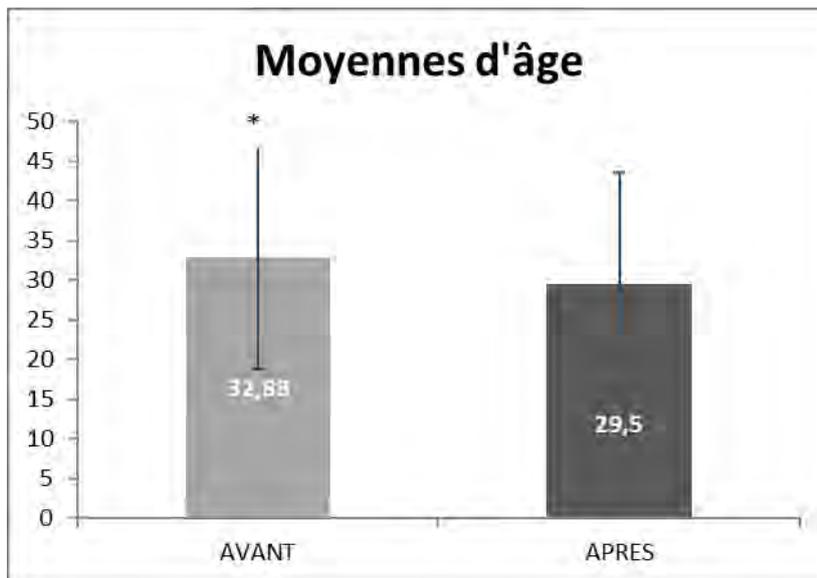


Figure 2a : Âge moyen avant et après le changement législatif ($p < 0,05$)

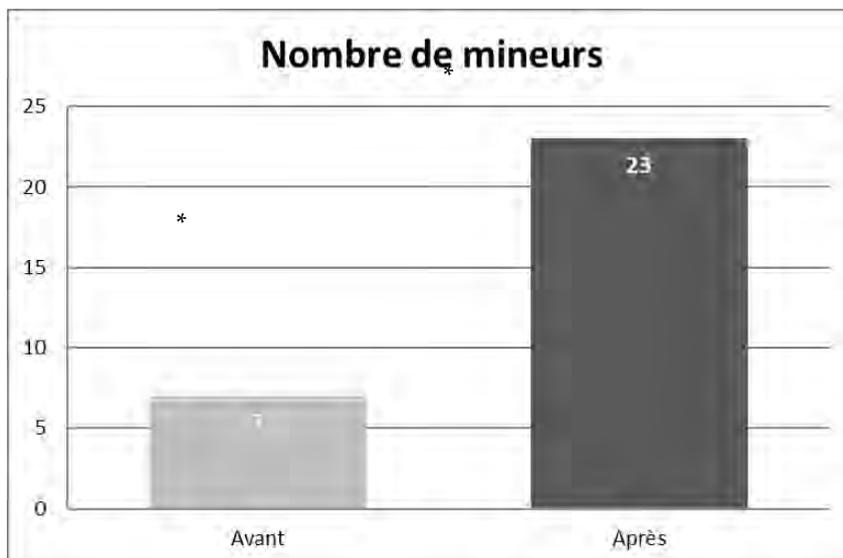


Figure 2b : Nombre de mineurs avant et après le changement législatif ($p = 0,054$)

Trois cent trente (330) appels ont été extraits sur la période étudiée. Le nombre d'appels augmente au fil du temps (figure 1). La majorité d'entre eux concernent des demandes d'informations sur les poppers (N=213), suivis par les signalements de complications (N=92). Les appelants sont principalement des hommes (sex-ratio = 6). L'âge moyen est de 30 ± 12 ans, et montre une diminution statistiquement significative ($p < 0,05$) figure 2a. De plus, le nombre de mineurs montre une tendance à l'augmentation ($p = 0,054$), passant de 5,3% à 11,5% (figure 2b). Les demandes d'informations (N=213) concernent le plus souvent les risques associés à l'usage des poppers (57%), suivis par la situation juridique des poppers (27%) ou les interactions médicamenteuses (11%). Le contexte d'utilisation (connu dans 93 cas) reste le même avant et après la législation : il est sexuel (81%) ou plus rarement récréatif (19%). Quatre appels rapportent une consommation durant la grossesse ou l'allaitement. Une polyconsommation est observée dans 22% des cas (cannabis 48%, alcool 18%, cocaïne 13%, sildenafil 12%, MDMA 3%, etc.), montrant un lien évident entre l'association de drogues et le contexte d'utilisation. Des ingestions orales de poppers sont rapportées dans 3 appels, malgré le risque d'intoxication grave. L'usage problématique des poppers arrive en tête des complications signalées (22%), suivi par les troubles oculaires (15%) et les irritations ou brûlures cutanées (10%), notamment des lésions nasales avec des croûtes nasales (figure 3).

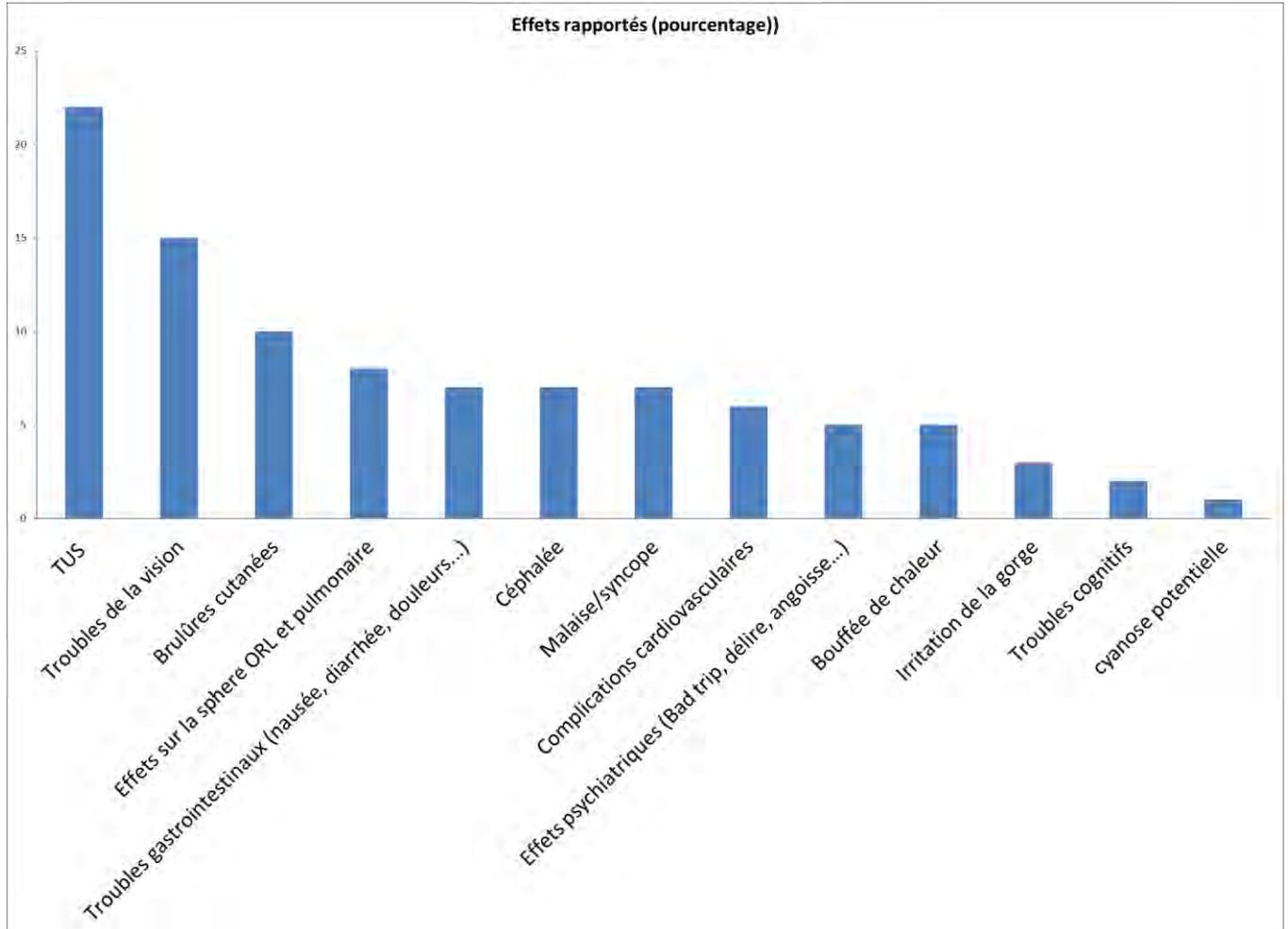


Figure 3 : Principales complications rapportées

Événements rapportés	%
Usage problématique	22,4
Troubles de la vision	15,3
Atteintes ORL (oreille-nez-gorge) et effets pulmonaires	11,2
brûlures cutanées/des muqueuses	10,2
Brûlures cutanées et muqueuses	7,1
Céphalées et maux de tête	7,1
Malaise, évanouissement	7,1
Complications cardiovasculaires (tachycardie, arrêt cardiaque...)	6,1
Effets psychiatriques (bad trip, délire, anxiété, labilité émotionnelle)	5,1
Bouffées de chaleur	5,1
Troubles cognitifs (difficultés de concentration...)	2,0
Cyanose	1,0

Tableau 1 : principales complications avec détails

Pays	Statut	
	légal	Contrôle

Royaume-Uni	X	
Suède		X
Roumanie		X
Pologne		
Allemagne		X
France	X	
Espagne		X
Italie		X
Danemark		X
Canada		X
Australie		X

Tableau 2 : Poppers et législation dans le monde

Les sujets présentant un usage problématique des poppers rapportent par exemple une perte de contrôle dans leur consommation, l'impossibilité de ne pas consommer, un craving, une obnubilation pour les poppers et des difficultés à arrêter malgré un danger immédiat pour la santé. Les troubles oculaires se manifestent le plus souvent par une vision floue, un sentiment de gêne ou des brûlures. Les effets au niveau de la sphère ORL (oreilles, nez, gorge) et pulmonaires sont mentionnés dans 11% des cas. Les complications cardiovasculaires (tachycardie, arrêt cardiaque...) (6%) et la cyanose (1%) (probablement liées à la méthémoglobinémie) illustrent la toxicité significative et grave des poppers.

4. DISCUSSION

En France, les poppers sont la deuxième substance psychoactive la plus consommée après le cannabis (tabac et alcool exclus) (4). Les enquêtes épidémiologiques montrent que leur utilisation s'est généralisée tant chez les hommes que chez les femmes, mais aussi dans toutes les tranches d'âge (en particulier chez les 40-49 ans). L'usage est récréatif ou sexuel, occasionnel ou chronique, parfois sur de nombreuses années. Des usages problématiques, notamment dans le cadre sexuel, ont été observés, ainsi que des cas de décès signalés (N = 6 entre 2011-2015) (5,6). Les études épidémiologiques sur l'usage de substances (7,8) montrent une augmentation de l'utilisation des poppers et du protoxyde d'azote. Notre étude montre que les usages problématiques de poppers ne sont pas associés à ceux du protoxyde d'azote. La prévention doit donc être abordée de manière différenciée.

La principale limite de cette étude réside dans un biais de sélection de l'échantillon, puisque les appelants se réfèrent principalement à DROGUES INFO SERVICE lorsqu'ils se sentent dépendants à une substance. Cela explique certainement la prédominance de l'usage problématique dans notre étude. Les limitations de ce travail concernent la difficulté de collecter tous les critères nécessaires pour définir un trouble lié à l'usage de substances (SUD).

Nos résultats montrent une augmentation de l'utilisation des poppers depuis le changement de réglementation, notamment chez les jeunes. L'autorisation des poppers en France pourrait laisser penser qu'il s'agit de substances anodines. Ainsi, l'usage croissant des poppers et leur banalisation ont conduit à leur consommation chez des mineurs ou des femmes enceintes, ainsi qu'à leur association avec d'autres substances psychoactives (ce qui aggrave les risques d'intoxication).

Cependant, bien que l'augmentation puisse avoir été favorisée par la déréglementation de 2013, il semble important de ne pas sous-estimer l'impact d'autres facteurs psychologiques et sociaux.

Les troubles oculaires se distinguent, en raison de la toxicité du nitrite d'isopropyle pour la fovéa, ce qui peut entraîner des perturbations visuelles significatives, y compris des maculopathies irréversibles (9,10). Toutefois, une étude ("Global Drug Survey") rapporte une faible prévalence de troubles oculaires (2,2%)(11). Les effets cutanés indésirables des nitrites d'alkyle sont également sous-estimés : les poppers peuvent provoquer une dermatite de contact irritante ou allergique, en particulier sur le visage, avec des cas exceptionnels dans d'autres zones du corps (12) (ulcère du pénis avec perte d'intégrité de la peau et des muqueuses, rendant les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) plus vulnérables aux infections sexuellement transmissibles). Les effets sur la sphère ORL (oreilles, nez, gorge) et

pulmonaires sont moins fréquents : Hagan et al. rapportent un cas de pneumonie lipidique après inhalation de poppers (13). L'ingestion orale de nitrites est particulièrement préoccupante en raison d'un risque accru de toxicité (14). Le développement de la méthémoglobinémie est le risque le mieux connu et le plus grave (décès). Trois cas de méthémoglobinémie fatale ont été identifiés dans la littérature, dans le cadre d'une consommation récréative (14, 15, 16,18) avec des concentrations de méthémoglobine de 95%, 38% et 23%. L'ingestion orale est généralement liée à l'ignorance des utilisateurs (nouveaux consommateurs), à des ingestions accidentelles (habitude de déconditionner et de diluer, empoisonnement d'enfants avec des flacons non sécurisés).

Il est avéré que les utilisateurs récréatifs de nitrites volatils consomment fréquemment d'autres drogues récréatives, ce qui peut elles-mêmes augmenter les risques d'arythmies (17).

Il serait intéressant de comparer les différentes réglementations sur les poppers dans les pays de l'Union européenne (tableau 2), en évaluant les différents niveaux d'utilisation et d'intoxication, sachant qu'en France et au Royaume-Uni, leur utilisation est libre.

En tenant compte de ce signal d'addictovigilance (5), une nouvelle campagne d'information publique sur les risques liés à l'usage des poppers devrait être conçue à destination des utilisateurs et des professionnels de santé (ophtalmologues++, médecins urgentistes...). Suite au marketing réussi des poppers, le CEIP-A de Paris a conçu une "instruction d'usage" pour sensibiliser les utilisateurs aux risques induits par les nitrites, afin de prévenir les accidents pour eux-mêmes et leurs proches.

Ainsi, une meilleure compréhension de l'usage des poppers par les cliniciens facilitera leur prévention, leur reconnaissance, leur signalement aux centres CEIP-addictovigilance, et leur prise en charge, notamment en cas de complications.

5. CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence l'augmentation de l'utilisation des "poppers" à travers le pays, en particulier chez les plus jeunes depuis le changement de réglementation. Les complications rapportées incluent des cas de comportements addictifs et de troubles oculaires. Ces données confirment les inquiétudes croissantes concernant ces agents méthémoglobinisants, soulevées dans le dernier rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM). Elles soulignent la nécessité de repenser les réglementations liées à l'utilisation des poppers, en particulier en ce qui concerne les utilisateurs mineurs.

Liens et/ou conflits d'intérêts : Aucun.

6. REFERENCES

1. Hunter L, Gordge L, Dargan PI, Wood DM. Methaemoglobinaemia associated with the use of cocaine and volatile nitrites as recreational drugs: a review. *Br J Clin Pharmacol.* 2011 Jul;72(1):18-26
2. Lefevre, A Nuzzo, B Mégarbane. Poppers-induced Life-Threatening Methemoglobinemia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018 Dec 15; 198(12): e137–e138.
3. Davies AJ, S P Kelly, S G Naylor, P R Bhatt, J P Mathews, J Sahni, R Haslett, M McKibbin Adverse ophthalmic reaction in poppers users: case series of 'poppers maculopathy'. *Eye (Lond).* 2012.
4. Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nezet O., SPILKA S., « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014 », Note 2015-01, OFDT.
5. ANSM CT des CEIP-A, Janvier 2016 – Rapport d'expertise sur les poppers
6. Batisse A, Peyrière H, Eiden C, Courné MA, Djeddar S; Réseau français des centres d'addictovigilance. Use of psychostimulants in a sexual context: analysis of cases reported to the French network of Addictovigilance Centers. *Therapie.* 2016 Oct;71(5):447-455
7. Batisse A, Leger S, Vicaut E, Gerbaud L, Djeddar S. COgnitive enhancement and consumption of psychoactive Substances among Youth Students (COSYS): a cross-sectional study in France. *Public Health.* 2021 May;194:75-78.
8. Perino J, Tournier M, Mathieu C, Letinier L, Peyré A, Perret G, Pereira E, Fourier-Réglat A, Pollet C, Fatseas M, Tzourio C, Daveluy A. Psychoactive substance use among students: A cross-sectional analysis. *Fundam Clin Pharmacol.* 2022 Oct;36(5):908-914. doi: 10.1111/fcp.12771. Epub 2022 Mar 4. PMID: 35194825; PMCID: PMC9544725.
9. Rewbury R, Hughes E, Purbrick R, Prior S, Baron M. Poppers: legal highs with questionable contents? A case series of poppers maculopathy. *Br J Ophthalmol.* 2017 Nov;101(11):1530-1534.
10. Luis J, Virdi M, Nabili S. Poppers retinopathy. *BMJ Case Rep.* 2016 Mar 7;2016.

11. Davies AJ, Borschmann R, Kelly SP, et al. The prevalence of visual symptoms in poppers users: a global survey. *BMJ Open Ophthalmol* 2016;1:1-6
12. Latini A, Lora V, Zaccarelli M, Cristaudo A, Cota C. Unusual Presentation of Poppers Dermatitis. *JAMA Dermatol*. 2017;153(2):233-234.
13. Hagan IG, Burney K. Radiology of recreational drug abuse. *Radiographics*. 2007 Jul-Aug;27(4):919-40.
14. Pain S, Chavant F, Fauconneau B, Guenezan J, Marjanovic N, Lardeur JY, Brunet B, Perault-Pochat MC. Dangerous intoxication after oral ingestion of poppers (alkyl nitrites): Two case reports. *Therapie*. 2017 Jun;72(3):397-399. doi: 10.1016/j.therap.2016.09.005. Epub 2016 Dec 2.
15. Dixon DS, Reisch RF, Santinga PH. Fatal methemoglobinemia with ingestion of isobutyl nitrite, a 'room odorizer' widely used for recreational purposes. *J Forensic Sci* 1981; 26:587-93.
16. O'Toole JB, Robbins GB, Dixon DS. Ingestion of isobutyl nitrite, a recreational chemical of abuse, causing fatal methaemoglobinaemia. *J Forensic Sci* 1987; 32: 1811-2.
17. Bradberry SM, Whittington RM, Parry DA, Vale JA. Fatal methemoglobinemia due to inhalation of isobutyl nitrite. *Clin Toxicol* 1994; 32: 179-84
18. Hunter L, Gorge L, Dargan PI, Wood DM. Methaemoglobinaemia associated with the use of cocaine and volatile nitrites as recreational drugs: a review. *Br J Clin Pharmacol*. 2011 Jul;72(1):18-26.

Original Research

Impact of changing regulations related to poppers on its use in France

Anne Batisse^{1,*}, Leila Chaouachi¹, Laure Laviale², Laura Beccera¹, Samira Djezzar¹

¹ Center for Evaluation and Information on Drug Dependence – Addictovigilance (CEIP-A), Fernand Widal Hospital, Paris, France

² Drogues Info Service - France, Santé publique France, France

Résumé : Le syndrome Les poppers, des nitrites organiques volatils, sont utilisés à des fins aphrodisiaques et récréatives. Leurs effets ne durent pas plus de deux minutes, mais leur toxicité est significative en raison de leurs propriétés méthémoglobiniennes et vasodilatatrices. Le 3 juin 2013, le Conseil d'État a annulé toute réglementation sur les poppers en France, autorisant ainsi à nouveau leur vente et leur utilisation. **Méthodes :** Le CEIP-A de Paris (Centre parisien d'évaluation et d'information sur la dépendance aux drogues et l'addictovigilance) en partenariat avec Drogues info Service (DIS), Santé publique France, le service national d'assistance téléphonique pour les personnes confrontées à des troubles liés à l'usage de substances, a évalué l'impact de la suspension de la réglementation sur les poppers en analysant la base de données de DIS entre janvier 2009 et juillet 2017. **Résultats :** Parmi les 330 appels, 213 concernaient des demandes d'informations sur les poppers et 92 étaient liés à des signalements de complications. Le nombre d'appels a augmenté au cours de la période étudiée. Les demandes concernaient des utilisateurs ayant un âge moyen de 30 ± 12 ans, avec une nette prédominance masculine. Le nombre d'utilisateurs mineurs (14 à 17 ans) a considérablement augmenté. Le contexte d'utilisation (connu dans 93 cas) ne semble pas avoir changé avant et après la législation : il est principalement sexuel (81 %), tandis que récréatif dans 19 % des cas. L'usage de substances multiples est rapporté dans 22 % des cas (cannabis, alcool, cocaïne, MDMA). Les effets indésirables liés à l'utilisation des poppers incluent un usage problématique (22 %), des troubles oculaires (15 %) et des irritations mucocutanées (10 %). **Conclusion :** Cette étude a révélé une augmentation de l'utilisation des poppers en France, particulièrement chez les jeunes depuis l'amendement de ces réglementations. Les complications signalées comprennent des cas de troubles addictifs et oculaires. Ces données, qui confirment une inquiétude croissante concernant cet agent méthémoglobiniennement, ont été soulevées dans le dernier rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), soulignant la nécessité de réguler à nouveau ces nitrites.

Mots-clés : poppers, réglementation, troubles oculaires

Abstract: Poppers, volatile organic nitrites, are used for aphrodisiac and recreational purposes. Their effects do not last more than two minutes, while their toxicity is significant, due to their methemoglobinizing and vasodilating properties. On June 3, 2013, the Conseil d'Etat * (French Council of State) repealed all poppers regulations in France, consequently authorizing their sale and use once again. **Methods :** The CEIP-A de Paris (The Parisian Center of Evaluation and Information on drug dependence and Addictovigilance in partnership with Drogues info Service (DIS), Santé publique France, the national helpline service for individuals facing substance use disorders, evaluated the impact of discontinuation on poppers regulations by analysing DIS database between January 2009 and July 2017. **Results :** Among 330 calls, 213 were requests for information on poppers and 92 calls were made to report complications. The number of calls increases throughout the studied period of time. Requests concern users of average age 30 ± 12 years, with a clear male predominance. The number of minor users [14 to 17 years] increases drastically. Context of use (known in 93 cases) does not seem to change before/after legislation: it appears to be predominantly sexual (81%), whereas recreational in 19% of the cases. Polydrug use is reported in 22% of cases (cannabis, alcohol, cocaine, MDMA). Adverse effects related to popper use are problematic use (22%), ocular disorders (15%) and mucocutaneous irritations (10%). **Conclusion:** This study revealed a growing use of "poppers" throughout France, particularly among the youngest since the amendment of these regulations. Reported complications include cases of addictive and ocular disorders. These data confirming a growing concern about this methemoglobinizing agent was raised in the French National Agency for Medicines and Health Products Safety (ANSM)'s latest report, points out the necessity of regulating these nitrites.

Key-words: poppers, regulation, eye disorders

1. INTRODUCTION

Poppers are volatile organic solvents which can be used as sexual stimulants (with relax smooth muscles properties) or as euphoric agents; they belong to the alkyl nitrite family of compounds like isobutyl nitrite or Isobutyl nitrite. Their effects is usually limited to a few minutes while their toxicity is important : adverse effects as contact dermatitis , poppers maculopathy and poisoning due to their vasodilatoring (nitric oxide (NO) donors), carcinogenic and methemoglobinizing properties^{1,2,3}. In France, the Conseil d'Etat repealed in May 16, 2013 a decree prohibiting the sale or free distribution of poppers to the public, on the grounds that their toxicity was low in usual inhalation doses and arguing that no scientific study establishing a risk of substance use disorders (SUD) related to these products can be found. Therefore, selling these products has no longer been subjected to control measures.

The objective of this study is to evaluate the impact of changing rules and regulations related to poppers over its users.

2. METHODS

The Parisian Center of Evaluation and Information on drug dependence and Addictovigilance (CEIP-Addictovigilance of Paris) studied the D.I.S* database (*Drogues Info Service, Sante Publique France ; national-helpline service for individuals facing substance use disorders) extracting all data mentioning the terms of “poppers” and “nitrite” between January 2009 and July 2017. “Poppers” include the different families but do not specify the subtypes.

In the study, problematic use encompassed cases of substance use disorder and other situations (e.g. self-declaration of popper addiction, etc) for which the number of criteria and their duration were missing to consider the diagnosis of substance use disorder as defined by the DSM-5. Recreational use for sexual purposes is established as “sexual use”. We focused specifically the minor population. The age of legal majority in France is 18. Each call is reviewed and interest data is recorded. We used Chi-2 tests to compare our data before and after poppers regulation.

3. RESULTS

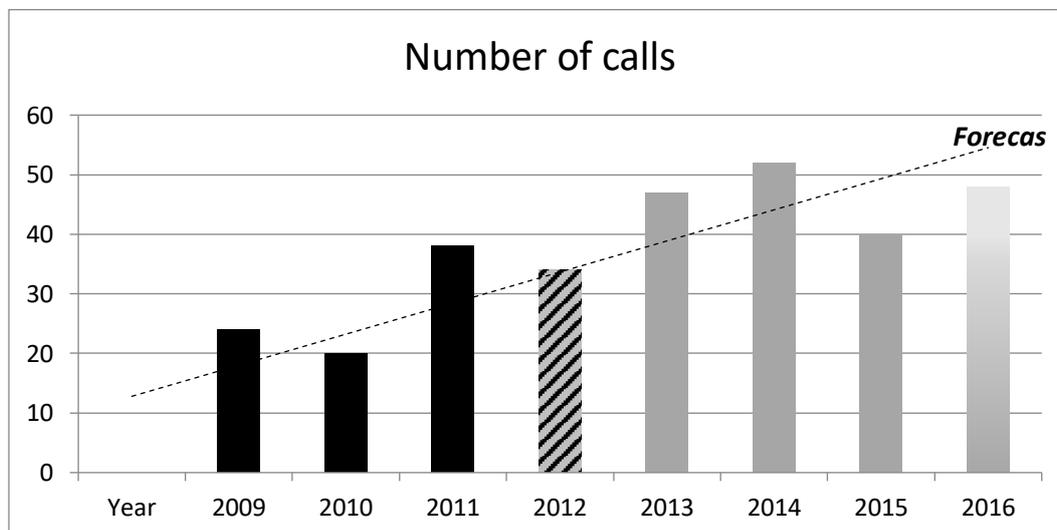


Figure 1 : Change in the number of poppers calls

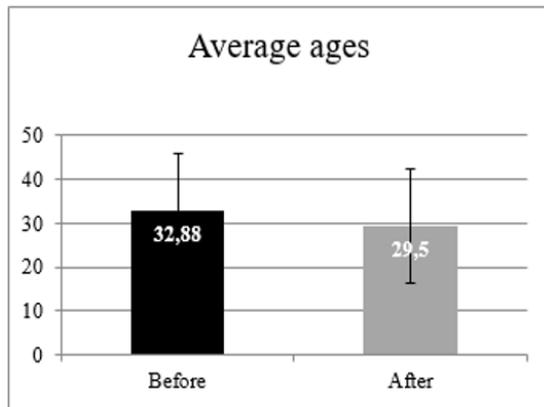


Figure 2a : Mean age before and after the legislation change / averages show statistically significant decrease ($p < 0.05$)

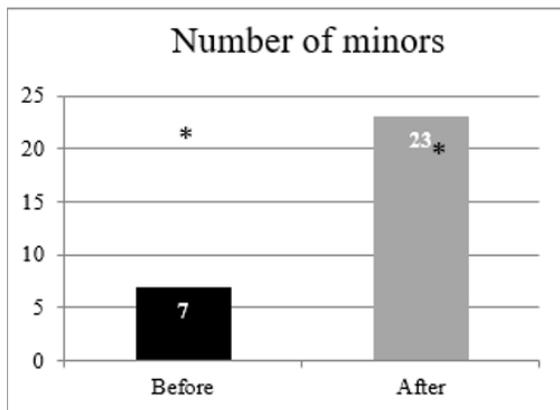


Figure 2b : Number of minors before and after the legislation change ($p = 0.054$)

Three hundred and thirty (330) calls have been extracted over the period studied. The number of calls increases throughout the period of time (figure 1). Most of them concerned request for information on poppers ($N=213$) followed by complications reporting ($N=92$). Callers remain mainly men (sex-ratio = 6). The average age is 30 ± 12 years old, it shows a statistically significant decrease ($p < 0.05$). Moreover, minor's number shows a tendency to increase ($p=0.054$) evolving from 5.3% to 11.5% (figure 2 a) and b)). Requests for information ($N = 213$) most often correspond to risks which are associated with poppers use (57%), others to poppers legal status (27%) or drug interactions (11%). Context of use (known in 93 cases) remain the same before and after legislation: it is sexual (81%) or more rarely recreational (19%). Four calls report consumption during pregnancy or breastfeeding. Polyconsumption can be observed in 22% of cases (cannabis 48%, alcohol 18%, cocaine 13%, sildenafil 12%, MDMA 3% ...) showing an obvious link between drugs association and context of use. Oral ingestions of poppers are reported in 3 calls despite dangerous intoxication risk. Problematic use related to poppers rank first as complication reporting (22%), followed by ocular disorders (15%) and cutaneous and mucosal irritations or burns (10%), especially nasal ones with nasal scabs (figure 3).

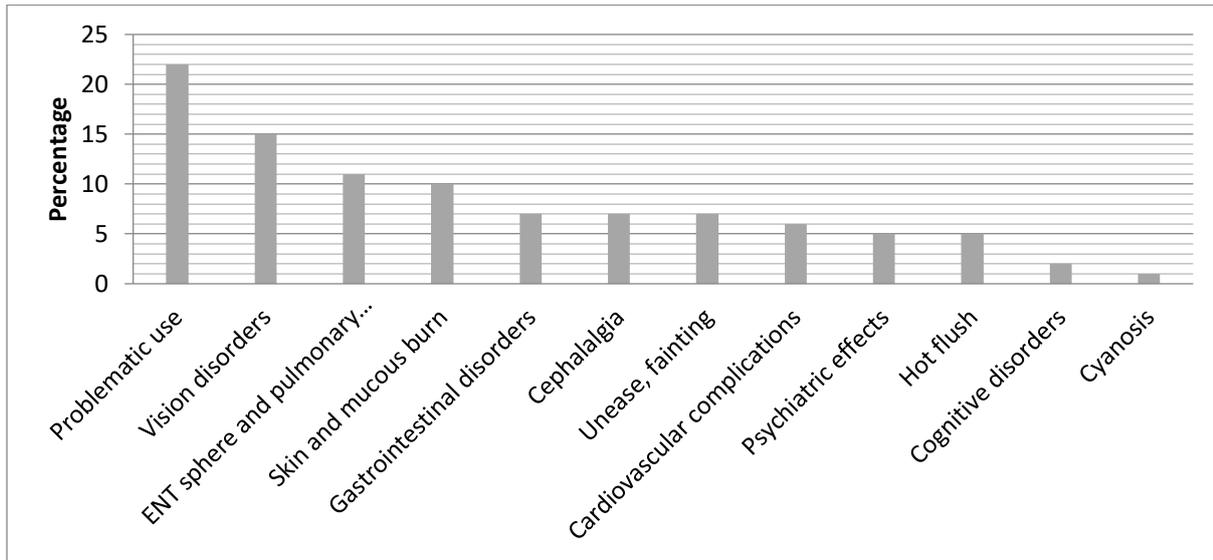


Figure 3 : Main Complications Reported

Reported events	%
Problematic use	22,4
Vision disorders	15,3
ENT (ear-nose-throat) sphere and pulmonary effects	11,2
Skin and mucous burn	10,2
Gastrointestinal disorders (nausea, vomiting, diarrhea...)	7,1
Cephalalgia and headache	7,1
Unease, fainting	7,1
Cardiovascular complications (tachycardia, cardiac arrest...)	6,1
Psychiatric effects (Bad trip, delirium, anxiety, emotional lability)	5,1
Hot flush	5,1
Cognitive disorders (concentration difficulties...)	2,0
Cyanosis	1,0

Table 1 : Main complications with details

Country	Status	
	Legal	control
United kingdom	X	
Sweden		X
Romania		X
Poland		
Deutschland		X
France	X	
Spain		X
Italy		X
Denmark		X
Canada		X
Australia		X

Table 2: Poppers and legislation in world

Subjects presenting a problematic use for poppers report for example a loss of control in their consumption, the impossibility of not consuming, a feeling of being in need, an obnubilation for poppers and difficulties to quit in spite of an immediate health danger. Ocular disorders most often come across as blurred vision, a feeling of discomfort or burns. ENT (ear-nose-throat) sphere and pulmonary effects are mentioned in 11% of cases. Cardiovascular complications (tachycardia, cardiac arrest...) (6%) and cyanosis (1%) (certainly related to methemoglobinemia) illustrate the significant and serious toxicity of poppers.

4. DISCUSSION

In France, poppers are the second most experienced psychoactive substance behind cannabis (tobacco and alcohol excluded)(4). Epidemiological surveys show that its use has spread to men and women but also to all age groups (especially among the 40-49 years). Use is recreational or sexual, occasional or chronic, sometimes over many years. Problematic use, particularly in the context of sexual use, are observed as well as death cases (5,6) have been reported (N = 6 between 2011-2015). Epidemiological studies on substance use (7,8) show an increase in the use of poppers and nitrous oxide. Our study shows that problematic users of poppers do not use nitrous oxide at the same time. Prevention must be approached in a differentiated way.

The main limitation in this study is a sample selection bias, as callers mostly refer to DROGUES INFO SERVICE when they feel addicted to a substance. This certainly explains the predominance of problematic use in our study. The limitations of this work relate to the difficulty of collecting all the criteria to define a SUD.

Our results show an increase in poppers use since the change of regulation particularly amongst young people. Authorizing poppers in France might suggest that these are harmless chemicals. In this way, the growing use of poppers together with its trivialisation lead to minors or pregnant women use, as well as consuming these associated with other psychoactive substances (that would aggravate poisonings).

However, the increase may have been favoured by 2013 deregulation, it seems important not to underestimate the part of other psychological and social factors.

Ocular disorders stand out, due to Isopropyl nitrite's toxicity towards the fovea, which may induce significant visual disturbance including irreversible maculopathy (9,10). However, one study "Global Drug Survey" reports a low prevalence of ocular disorder (2,2%) (11). Cutaneous adverse effects of alkyl nitrites are likewise underestimated: poppers may cause irritant or allergic contact dermatitis, especially on the face, with exceptional cases in other areas of the body(12) (ulcer of the penis with loss of skin and mucous membrane integrity by making men who have sex with men (MSM) more vulnerable to sexually transmitted infections). ENT (ear-nose-throat) sphere and pulmonary effects are less observed: Hagan et al. report a case of development of lipoid pneumonia after aspirating of poppers during inhalation of vapors (13). Oral ingestion of nitrites is particularly concerning because of a higher risk of toxicity(14). The development of methaemoglobinaemia is the best known and most serious risk (death). Three case reports of fatal methemoglobinemia were identified in recreational use (14,15,16,18) with methaemoglobin concentration of 95%, 38% and 23%. Oral ingestion is usually related to users ignorance (new consumers), accidental ingestion (habit of de-conditioning and dilution, children poisoning with no childproof bottle). It is a fact that recreational users of volatile nitrites, frequently use other recreational drugs, which may in themselves increase risks of arrhythmias (17).

It would be interesting to compare the different regulations on poppers within countries of the European Union, assessing the different levels of use and poisoning: knowing that in France and UK, it is free of use. Taking this signal of drug addictovigilance (5) into account, a new public information campaign on the risk of poppers use should be conceived for users, health professionals (ophthalmologists+++, emergency doctors...). Consequently to the successful marketing of poppers, the CEIP-A of Paris conceived an "instruction of use" to aware users about the risks induced by nitrites, preventing them and their relatives from any accident.

Thus, a better understanding of poppers use by clinicians will make it easier to prevent it, recognize it better, report it to the CEIP-addictovigilance centres, and manage it better, particularly in cases of complications.

5. CONCLUSION

This study has highlighted the increasing use of "poppers" throughout the country, especially among the youngest since the change of regulations. Reported complications include cases of addictive and ocular disorders. These data confirm growing concerns about these methemoglobinizing agents, which have been raised in the last report of the French National Agency for Medicines and Health Products Safety (ANSM), and point out the necessity of rethinking regulations related to poppers use, especially towards underage users

Liens et/ou conflits d'intérêts : Aucun.

6. REFERENCES

1. Hunter L, Gordge L, Dargan PI, Wood DM. Methaemoglobinaemia associated with the use of cocaine and volatile nitrites as recreational drugs: a review. *Br J Clin Pharmacol.* 2011 Jul;72(1):18-26
2. Lefevre, A Nuzzo, B Mégarbane. Poppers-induced Life-Threatening Methemoglobinemia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018 Dec 15; 198(12): e137–e138.
3. Davies AJ, S P Kelly, S G Naylor, P R Bhatt, J P Mathews, J Sahni, R Haslett, M McKibbin Adverse ophthalmic reaction in poppers users: case series of 'poppers maculopathy'. *Eye (Lond).* 2012.
4. Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nezet O., SPILKA S., « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014 », Note 2015-01, OFDT.
5. ANSM CT des CEIP-A, Janvier 2016 – Rapport d'expertise sur les poppers
6. Batisse A, Peyrière H, Eiden C, Courné MA, Djeddar S; Réseau français des centres d'addictovigilance. Use of psychostimulants in a sexual context: analysis of cases reported to the French network of Addictovigilance Centers. *Thérapie.* 2016 Oct;71(5):447-455
7. Batisse A, Leger S, Vicaut E, Gerbaud L, Djeddar S. COgnitive enhancement and consumption of psychoactive Substances among Youth Students (COSYS): a cross-sectional study in France. *Public Health.* 2021 May;194:75-78.
8. Perino J, Tournier M, Mathieu C, Letinier L, Peyré A, Perret G, Pereira E, Fourier-Réglat A, Pollet C, Fatseas M, Tzourio C, Daveluy A. Psychoactive substance use among students: A cross-sectional analysis. *Fundam Clin Pharmacol.* 2022 Oct;36(5):908-914. doi: 10.1111/fcp.12771. Epub 2022 Mar 4. PMID: 35194825; PMCID: PMC9544725.
9. Rewbury R, Hughes E, Purbrick R, Prior S, Baron M. Poppers: legal highs with questionable contents? A case series of poppers maculopathy. *Br J Ophthalmol.* 2017 Nov;101(11):1530-1534.
10. Luis J, Virdi M, Nabili S. Poppers retinopathy. *BMJ Case Rep.* 2016 Mar 7;2016.
11. Davies AJ, Borschmann R, Kelly SP, et al. The prevalence of visual symptoms in poppers users: a global survey. *BMJ Open Ophth* 2016;1:1–6
12. Latini A, Lora V, Zaccarelli M, Cristaudo A, Cota C. Unusual Presentation of Poppers Dermatitis. *JAMA Dermatol.* 2017;153(2):233-234.
13. Hagan IG, Burney K. Radiology of recreational drug abuse. *Radiographics.* 2007 Jul-Aug;27(4):919-40.
14. Pain S, Chavant F, Fauconneau B, Guenezan J, Marjanovic N, Lardeur JY, Brunet B, Perault-Pochat MC. Dangerous intoxication after oral ingestion of poppers (alkyl nitrites): Two case reports. *Thérapie.* 2017 Jun;72(3):397-399. doi: 10.1016/j.therap.2016.09.005. Epub 2016 Dec 2.
15. Dixon DS, Reisch RF, Santinga PH. Fatal methemoglobinemia with ingestion of isobutyl nitrite, a 'room odorizer' widely used for recreational purposes. *J Forensic Sci* 1981; 26:587–93.
16. O'Toole JB, Robbins GB, Dixon DS. Ingestion of isobutyl nitrite, a recreational chemical of abuse, causing fatal methaemoglobinaemia. *J Forensic Sci* 1987; 32: 1811–2.
17. Bradberry SM, Whittington RM, Parry DA, Vale JA. Fatal methemoglobinemia due to inhalation of isobutyl nitrite. *Clin Toxicol* 1994; 32: 179–84
18. Hunter L, Gordge L, Dargan PI, Wood DM. Methaemoglobinaemia associated with the use of cocaine and volatile nitrites as recreational drugs: a review. *Br J Clin Pharmacol.* 2011 Jul;72(1):18-26.

Pratique clinique

Gestion de la dépendance à la péthidine d'une infirmière à l'hôpital psychiatrique de Zébé-Aného, Togo

Komlan Yenkey^{1,2*}, Joanic Masson¹, Eli Kpelly³

¹ Centre de Recherche en Psychologie (EA 7273), Université de Picardie Jules Verne, Amiens, France

² Centre Hospitalier National Spécialisé zébé-Aného, Togo

³ Cognition Santé Société (EA 6291), Université de Reims Champagne-Ardenne, Inspé de Reims, 11 Rue Gabriel Voisin, 51100 Reims, France

* Correspondance : Dr. Komlan YENKEY, Centre de Recherche en Psychologie (EA 7273), Université de Picardie Jules Verne, Amiens, France, Centre Hospitalier National Spécialisé zébé-Aného, Togo ; jyenkey2016@gmail.com

Résumé : L'utilisation des substances psychoactives devient fréquente parmi les professionnels de la santé. Nombreux sont ceux qui les utilisent en automédication pour soulager des maladies ou des douleurs, et en abusent en raison de leur accessibilité facile. Ces personnes développent une dépendance, accompagnée de difficultés sur les plans sanitaire, relationnel et socio-professionnel. Cet article a pour objectif de présenter le cas d'une infirmière dépendante à la péthidine, un opioïde de synthèse. Il aborde non seulement les facteurs déterminants dans l'addiction de cette infirmière et les différents services proposés pour le traitement, mais présente également les avantages et les limites de la prise en charge reçue, dans un contexte marqué par l'absence de traitement de substitution.

Mots-clés : Addiction, péthidine, infirmière, hôpital, traitement de substitution, psychothérapie, opioïdes

Abstract: The use of psychoactive substances is becoming increasingly common among healthcare professionals. Many of them resort to self-medication to alleviate illnesses or pain and misuse these substances due to their easy accessibility. This leads to dependency, accompanied by health, relational, and socio-professional difficulties. This article aims to present the case of a nurse dependent on pethidine, a synthetic opioid. It examines not only the factors contributing to this nurse's addiction and the various services available for treatment, but also highlights the advantages and limitations of the care provided in a setting where substitution therapy is absent.

Key-words: Addiction, pethidine, nurse, hospital, substitution, therapy, Opioid

1. INTRODUCTION

La péthidine est un opioïde analgésique considéré comme la version synthétique de la morphine. À l'international, elle est communément appelée morphinique péthidine. Elle est largement connue sous le nom de mépéridine, tandis que Demerol (Dolosal®) est son nom de marque. Ce médicament présente un potentiel addictif très élevé et sa demi-vie est d'environ trois heures [1]. Classé comme stupéfiant, cet opioïde puissant a été retiré de la liste des médicaments essentiels en France en raison de ses effets secondaires fréquents, tels que nausées, vomissements, vertiges, constipation, tachycardie, hypotension orthostatique et dépression respiratoire modérée [2]. La péthidine entraîne également une dépendance physique et psychologique (addiction) qui peut apparaître après une à deux semaines d'administration [1]. En Afrique, son utilisation est devenue rare dans les établissements de santé, mais elle reste présente dans certains pays de la sous-région ouest-africaine, comme le Togo et le Ghana, où sa prescription est réglementée. La péthidine est un analgésique aux effets antispasmodiques, utilisé pour la gestion des douleurs aiguës et chroniques, modérées à sévères, y compris pendant le travail de l'accouchement [2]. C'est un agoniste pur des récepteurs μ avec des effets anticholinergiques et anesthésiques locaux. Toute personne, indépendamment de sa profession, de son sexe ou de son âge, peut devenir dépendante à la péthidine, car son utilisation entraîne progressivement une tolérance et un syndrome de sevrage. Aujourd'hui, les professionnels de la santé sont particulièrement exposés aux substances psychoactives comme la péthidine. La dépendance aux opioïdes est en hausse, en particulier chez les médecins, les infirmier(e)s et les techniciens biologistes [3]. Des opioïdes tels que le tramadol, la péthidine et le fentanyl sont fréquemment utilisés par ces derniers pour soulager leurs douleurs. Nous avons reçu de nombreux agents de santé dépendants en consultation à l'hôpital psychiatrique de Zébé-Aného, au Togo ; où ils peinent souvent à solliciter un traitement ou sont référés par leur famille ou leur employeur.

Dans cet article, nous présentons le cas d'une infirmière dépendante à la péthidine, qu'elle utilisait de façon abusive pour soigner une algodystrophie sciatique du pied gauche. Nous identifierons les facteurs déterminants de son addiction, présentons les différents services de soins fournis à la patiente, ainsi que les avantages et les limites de la prise en charge en l'absence de traitement de substitution aux opioïdes (TSO).

2. Illustration clinique

2.1. Eléments biographiques

Âgée de 35 ans, célibataire et sans enfant, la patiente que nous appellerons Jeanne (nom d'emprunt) est une infirmière diplômée d'État travaillant dans un centre hospitalier au Ghana, pays limitrophe situé à l'ouest du Togo où elle est soignée pour des troubles liés à l'usage de la péthidine. Après un long parcours thérapeutique, elle est admise à l'hôpital psychiatrique de Zébé-Aného (HPZ-A) le 15 janvier 2018, à la demande de sa famille, en l'occurrence sa mère et son frère. Cet hôpital, situé à 50 km au sud-est de Lomé, capitale du Togo, est le centre de référence en santé mentale du pays, spécialisé dans la prise en charge des troubles mentaux et des addictions aux substances psychoactives.

Dans ce centre, le traitement de l'addiction repose sur un protocole en trois étapes : la désintoxication (traitement médicamenteux), la psychothérapie et la continuité des soins pour la prévention de la rechute. Il convient de préciser que le centre ne dispose pas de traitement de substitution aux opiacés (TSO) tels que la méthadone, utilisée en première intention pour la gestion des addictions aux opioïdes, comme la péthidine.

2.2. Antécédents personnels

À l'âge de 9 ans, Jeanne a souffert d'un paludisme grave nécessitant un traitement à base de quinine, un antipaludique dont les effets secondaires ont provoqué chez elle une nécrose suppurative et une algodystrophie sciatique au pied gauche. Elle ressentait des douleurs intenses, évaluées à 8 sur 10 sur l'Échelle Numérique de la douleur (EN) [4].

En 2014, alors qu'elle travaillait dans le service des urgences d'un autre hôpital, Jeanne découvre la péthidine utilisée pour soulager les douleurs des femmes césariées. Elle utilise ce médicament pour la première fois à l'âge de 31 ans afin de traiter la douleur liée à son algodystrophie au pied gauche. Elle s'injecte la moitié d'une ampoule de 50 mg par voie intramusculaire (IM) lors de la première nuit

de découverte pour atténuer sa douleur. Elle adopte rapidement la péthidine pour son effet antalgique et passe ensuite d'une demi-dose à une ampoule entière les jours suivants.

Jeanne commence à s'injecter la péthidine de manière régulière et discrète, parfois en sollicitant l'aide de collègues infirmiers ou médecins (non consommateurs). Les sites d'injection fréquents sont les fesses, les cuisses et les bras. Elle développe rapidement une tolérance à la péthidine et augmente progressivement la dose administrée chaque jour, passant d'une à quatre ampoules, puis à dix ampoules au cours des trois premières années, pour atteindre vingt ampoules par jour, soit environ une ampoule chaque heure selon ses dires. Elle a d'ailleurs fait une overdose après s'être injectée vingt ampoules en une journée, ce qui a entraîné des risques pour la qualité de ses prestations professionnelles et des incidents graves au volant, nous confie-t-elle.

Dès sa première utilisation, la péthidine lui procure un effet antalgique apaisant, associé à une euphorie et à une ivresse durant 25 à 30 minutes, ce qui lui permet d'oublier ses soucis et de mieux dormir. Jeanne rencontre des difficultés à arrêter, consciente des problèmes que cela engendre, en raison des symptômes de manque qui apparaissent quelques heures après l'arrêt. Bien que les douleurs aient disparu et malgré sa volonté de cesser la consommation de péthidine, elle a du mal à s'en abstenir à cause des symptômes fréquents de manque ou de sevrage.

Les symptômes de manque incluent l'irritabilité, l'insomnie, les troubles du langage (bégaiement) et les difficultés de concentration. D'autres symptômes rapportés par Jeanne concernent l'anorexie, l'amaigrissement, la négligence, la clinophilie et le retrait social.

En ce qui concerne ses antécédents familiaux, son père, âgé de 60 ans, est alcoolodépendant mais en bonne santé. Monogame, il est retraité et vit avec sa femme, la mère de Jeanne, âgée de 57 ans et enseignante au collège. Jeanne est fille unique, la deuxième d'une fratrie de six enfants, dont un décédé en 2002. Elle ne souffre d'aucune autre pathologie psychiatrique ni de maladie organique chronique ou héréditaire.

2.3. Itinéraire thérapeutique

La prise en charge de Jeanne a débuté à l'hôpital de Korle Bu, au Ghana, où elle travaillait comme infirmière. Le traitement initialement mis en place n'a pas été suivi, et elle a repris sa consommation, ce qui a conduit à une rechute après quelques mois d'abstinence. Cette rechute a motivé son admission à l'HPZ-A au Togo pour une nouvelle cure de désintoxication.

3. Hospitalisation et traitements

Jeanne a été hospitalisée dans l'unité d'addictologie de l'HPZ-A sans accompagnant. Après son admission, les accompagnants quittent le centre et peuvent revenir volontairement ou à la demande du personnel soignant. La patiente est alors prise en charge par l'équipe soignante.

Le traitement des addictions dans ce centre est organisé en trois phases, selon le protocole de soins mentionné précédemment : le prétraitement (désintoxication et sevrage), le traitement primaire (pharmacothérapie, psychothérapie et groupe de parole) et la prévention (continuité des soins). Jeanne a suivi les trois phases de traitement. La désintoxication et le sevrage sont associés à une pharmacothérapie. La phase de traitement primaire, poursuivie par la psychothérapie, a débuté par le dépistage et l'évaluation de son trouble lié à la péthidine. Enfin, la phase de continuité des soins, coordonnée par le médecin et le psychologue, prend en compte la planification de soins post-hospitaliers afin de réduire le risque de rechute.

3.1. Dépistage et évaluation

Le dépistage réalisé à l'aide de l'outil ASSIST (Alcohol, Smoking and Substances Involvement Screening Test) [5] a permis de relever les types de drogues consommées par Jeanne, notamment la péthidine et le tramadol. Les scores obtenus sont respectivement de 28 et 12 pour ces deux substances. Le score de 28 pour la péthidine, supérieur au seuil de 27 (score minimum pour un besoin de prise en charge intensive), montre que Jeanne nécessite un traitement intensif, justifiant d'ailleurs sa longue hospitalisation de trois mois pour une désintoxication et un accompagnement psychologique basé sur la thérapie cognitive et comportementale (TCC), une approche efficace et probante dans le traitement des addictions aux opioïdes. Le tableau 1 récapitule la comparaison des caractéristiques du tramadol et de la péthidine, mettant en lumière les effets thérapeutiques et indésirables de ces deux médicaments utilisés par Jeanne. Les deux substances sont utilisées pour traiter la douleur modérée à sévère [6], mais elles diffèrent en termes de mécanisme d'action, d'effets secondaires et de profil de sécurité. Cette

comparaison explique la préférence de Jeanne pour la péthidine, qui présente un début d'action plus rapide et une durée d'action plus courte, contrairement au tramadol, dont l'effet est plus lent et la durée d'action est modérée.

Critères	Tramadol	Péthidine
Classe pharmacologique	Analgésique opioïde atypique, aussi inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline [8]	Analgésique opioïde
Mécanisme d'action	Agoniste partiel des récepteurs opioïdes μ et inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, augmentant les niveaux de ces neurotransmetteurs [10]	Agoniste des récepteurs opioïdes μ [9]
Effets thérapeutiques	Soulagement de la douleur aiguë et chronique modérée à sévère ; également utilisé pour des douleurs neuropathiques [12]	Soulagement rapide de la Douleur aiguë et postopératoire [11]
Début d'action	Plus lent (30-60 min par voie orale) [13]	Rapide(10-15min en intraveineuse) [13]
Durée d'action	Modérée (4-6 heures) [14]	Courte (2-3 heures) [11]
Effets secondaires courants	Nausées, vertiges, somnolence, constipation [16]	Nausées, somnolence, étourdissements, constipation [15]
Risque de dépendance	Modéré à faible ; moins de dépendance physique que la plupart des opioïdes classiques, bien que le risque existe à long terme [18]	Élevé; la péthidine peut entraîner une tolérance et une dépendance physique plus rapidement que certains autres opioïdes [17]
Effets indésirables graves	Convulsions, syndrome sérotoninergique ; risques accrus d'interactions médicamenteuses avec les antidépresseurs IRSN/ISRS [20]	Dépression respiratoire, convulsions, syndrome sérotoninergique avec certains antidépresseurs ; toxicité hépatique possible avec accumulation [19]
Précautions	Insuffisance rénale/hépatique, précautions en cas d'antécédents de convulsions ; peut être mal toléré par les patients sensibles aux effets sérotoninergiques [22]	Risque accru en cas d'insuffisance rénale ou hépatique, d'antécédents de convulsions ; non recommandé chez les personnes âgées [21]
Indications	Douleur aiguë et chronique modérée à sévère, en particulier si neuropathique ; plus fréquemment utilisé dans la gestion de douleurs chroniques que la péthidine [24].	Douleur aiguë modérée à sévère, douleur post-opératoire ; rarement recommandé pour la douleur chronique en raison des risques de dépendance [23]

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques du tramadol et de la péthidine.

L'évaluation réalisée avec l'outil ASI (Addiction Severity Index) [7] a permis d'établir un profil global de Jeanne. Cet outil identifie les difficultés auxquelles la patiente est confrontée, en évaluant sept domaines spécifiques de sa vie. La cotation de l'ASI quantifie la gravité de chaque domaine afin

d'adapter les objectifs thérapeutiques aux priorités de l'utilisateur. Les résultats révèlent que six des sept domaines évalués chez Jeanne sont problématiques, et permettent de les présenter par ordre de gravité. Les trois premiers domaines, d'une gravité modérée, sont la santé physique (domaine médical), la consommation d'alcool et la consommation de drogues. Les trois derniers domaines, d'une gravité plus importante, sont l'état psychologique, l'emploi et le soutien financier, ainsi que les relations sociales et familiales.

Parmi les problèmes associés au trouble de l'usage de la péthidine, Jeanne souligne que les difficultés financières sont les plus préoccupantes. Elle a en effet contracté des prêts bancaires, ainsi que des dettes auprès de collègues et amis pour financer son achat de péthidine. Sa dette est estimée à 30.000 Ghana Cedis (GHC), soit environ 3.750.000 francs CFA, ou 5.725 € sur quatre années de consommation. Ces informations sont confirmées par sa famille.

3.2. La pharmacothérapie

La pharmacothérapie, ou traitement médicamenteux, vise à gérer les symptômes de sevrage liés au retrait de la péthidine. Avant la mise sous traitement de Jeanne, des analyses biologiques et une consultation médicale ont été effectuées. Les traitements prescrits durant toute la durée de l'hospitalisation (trois mois) incluent les médicaments suivants: amitriptyline (Laroxyl100), lévomépromazine (Nozinan 25mg), prométhazine (Phénergan Cp) et phloroglucinol (Spasfon Iyoc). Ces médicaments, utilisés pour soulager les malaises associés aux symptômes de sevrage, sont composés d'antidépresseurs, d'hypnotiques, d'antalgiques et d'antispasmodiques. Sur le plan physique, Jeanne a été orientée vers un spécialiste afin de bénéficier d'une orthèse plantaire pour compenser la dénivellation du pied gauche, ce qui pourrait également contribuer à améliorer son image de soi, tel qu'elle le souhaite. Un traitement de substitution à la méthadone, adapté au trouble de l'usage de la péthidine, serait également recommandé en ambulatoire pour une meilleure gestion de l'addiction, en l'absence d'un programme de traitement de substitution aux opioïdes (TSO) dans le centre de prise en charge.

3.3. La psychothérapie

La psychothérapie représente une partie essentielle du traitement des addictions. Elle vise à transmettre de nouvelles compétences à la patiente, corriger ses croyances erronées sur les substances utilisées, et l'aider à gérer sa consommation ainsi que ses émotions. Jeanne participe à des séances de psychothérapie individuelle d'une durée de 45 à 60 minutes, alternées avec des séances de psychoéducation sur la péthidine et ses effets. Elle est reçue en entretien individuel deux fois par semaine durant le premier mois et une fois par semaine lors des deux mois suivants de son hospitalisation.

Les techniques utilisées incluent l'entretien motivationnel [25], orienté sur les étapes de changement [26], et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui se base sur l'identification et la modification des pensées et comportements problématiques associés à l'addiction [27]. Avec la TCC, nous avons mis en place des stratégies de coping pour aider la patiente à identifier les facteurs déclencheurs de ses émotions, et à développer des méthodes de gestion du stress. L'objectif final est de réduire, voire d'arrêter la consommation de péthidine ainsi que les problèmes connexes.

Au cours des entretiens, le test de personnalité (PDQ-4+) [28] révèle que Jeanne présente un trouble de la personnalité dépendante. Elle exprime une altération marquée de l'estime de soi, véhiculée par des pensées négatives telles que : « Je ne m'apprécie pas, je trouve que je ne suis pas belle, les gens ne s'intéressent pas à moi à cause de mon incapacité. » Elle ajoute : « Il me semble que ma vie est sans intérêt et n'a aucun sens. Je me demande : Qui suis-je réellement ? »

Au total, Jeanne a suivi douze séances de psychothérapie individuelle au cours de son séjour. En parallèle, sa mère a été reçue pour deux séances individuelles. La psychothérapie a énormément contribué à la compréhension de son addiction, à l'identification des facteurs déclencheurs et favorisants, et surtout à une meilleure clarification de ses objectifs pour une récupération optimale.

3.4. La continuité des soins

La continuité des soins est assurée par l'équipe médicale, le psychologue et le kinésithérapeute, et repose principalement sur la planification des soins (pharmacothérapie et psychothérapie) en post-hospitalisation. Le traitement médicamenteux s'est poursuivi en ambulatoire, à raison d'une fois par mois sur une durée de six mois. Concernant le suivi psychologique, un plan détaillé a été élaboré avec la patiente, comprenant des objectifs clairement définis dont l'objectif principal est l'arrêt total de la

consommation. Les séances de psychothérapie ont renforcé la capacité de Jeanne à gérer l'envie (craving), lui ont appris des stratégies d'adaptation et de gestion de la rechute, et ont contribué à résoudre ses problèmes tout en améliorant son estime de soi

4. DISCUSSION

La dépendance aux substances psychoactives chez les professionnels de santé est un problème documenté mondialement [1,3,29]. Ce phénomène a une cause multifactorielle, liée au stress professionnel élevé, à l'accès facilité aux substances contrôlées, et aux défis inhérents au secteur de la santé.

Notre observation clinique a été mise en parallèle avec les données de la littérature sur l'addiction aux opioïdes chez les professionnels de la santé, en prenant en compte les facteurs prédisposants ou déterminants (la personnalité, la maladie, et les antécédents familiaux), les facteurs environnementaux (le milieu de travail, l'accessibilité aux drogues) et le traitement. Dans une recherche, des auteurs ont examiné les facteurs de risque de l'addiction aux opioïdes, tels que l'accès facilité aux médicaments, la pression de performance, et le manque de soutien psychologique au sein des établissements de santé [30]. En outre, Baldisseri(2007) [31], dans une étude sur les soignants, met en évidence les risques professionnels spécifiques qui contribuent aux addictions, tels que la fatigue, l'épuisement émotionnel et le stress intense, ainsi que les répercussions potentielles sur la sécurité des patients.

La personnalité de l'usager est un facteur prédisposant qui joue un rôle déterminant dans les conduites addictives. L'administration du test de personnalité (PDQ-4+) [28] a révélé chez Jeanne un trouble de la personnalité dépendante, clairement identifiable dans ses propos. Ce profil se traduit par une faible estime de soi : « Je suis différente des autres, je ne suis pas aussi belle que les autres filles », des difficultés à prendre des initiatives et une tendance à déléguer les responsabilités essentielles : «

J'ai confié la gestion de mon salaire à mon frère », ainsi qu'une incapacité à prendre des décisions sans réassurance préalable : « Je demande conseil à mon amie et à mes frères avant de prendre une décision me concernant. » De nombreuses études utilisant des instruments de mesure de la dépendance affective montrent des scores élevés chez les personnes alcooliques, toxicomanes ou présentant des troubles de l'alimentation comme l'anorexie ou la boulimie [32]. Dans une étude comparant 342 personnalités dépendantes à 3258 autres troubles de la personnalité, la proportion de personnalités dépendantes (31 %) était plus élevée que celle des autres troubles de la personnalité [33]. Ainsi, l'identification d'un trouble de la personnalité confirme la présence chez Jeanne d'une pathologie duelle, associant ainsi un trouble de l'usage de la péthidine à un trouble de la personnalité.

Plusieurs recherches ont été menées sur la dépendance à la péthidine chez les professionnels de santé féminins [1,3,12,29]. Toutefois, en Afrique et particulièrement au Togo, le genre masculin et d'autres catégories de professionnels de la santé souffrent aussi de troubles liés à l'usage d'opioïdes, mais ces cas restent peu documentés. Ndetei, Khasakhala & Mutiso (2010) [34] abordent la consommation de drogues en Afrique, y compris chez les professionnels de santé, et soulignent le manque d'infrastructures pour la prévention et le traitement des addictions. En Ouganda, une étude menée auprès des soignants examine les défis de la prise en charge des troubles mentaux, dont les addictions, en raison du manque de ressources et de l'accès limité aux soins de santé mentale [35].

Au Togo, un cas de pseudo-addiction à la péthidine a été observé chez une soignante [36]. Amegbor et Bado (2019) [37] examinent les facteurs sociaux influençant la consommation d'alcool et de tabac chez les soignants togolais, en soulignant l'impact du stress, des bas salaires et du manque de soutien psychologique. Kouevi et Atake (2020) [38], dans une autre recherche, abordent les défis de la prise en charge des troubles de la santé mentale et des addictions dans le pays, y compris chez les soignants, en raison du manque d'infrastructures en santé mentale. Cependant, bien que des études existent sur la disponibilité et l'usage médical de la péthidine au Togo et dans la sous-région ouest-africaine, peu d'entre elles traitent de son utilisation abusive parmi les professionnels de santé.

La péthidine est généralement prescrite pour la gestion de la douleur modérée à sévère [6]. Jeanne l'utilisait pour soulager sa douleur, ayant connaissance de ses propriétés analgésiques mais ignorant son potentiel addictif. À court de solutions pour se soulager efficacement, elle s'est tournée vers la péthidine. Or, de nombreuses études et recommandations cliniques déconseillent son usage dans la prise en charge des douleurs modérées à sévères dans de nombreux pays, en raison de son potentiel de toxicité [39,40]. Une étude menée au Togo sur les équipements en anesthésiologie dans 23 centres hospitaliers révèle que les opioïdes utilisés en périopératoire incluent principalement la péthidine (87 %), la buprénorphine (56 %), la morphine (47 %) et le fentanyl (39 %) [41]. Cependant, cette étude et

d'autres similaires [42,43] ne se concentrent pas sur l'usage des opioïdes par les professionnels de la santé. Les antécédents personnels et familiaux jouent également un rôle dans l'addiction de Jeanne. Une étude indique que 60 % des infirmières ayant participé ont des parents présentant une consommation excessive d'alcool ou de drogues [44]. Dans le cas de Jeanne, ses antécédents familiaux révèlent que son père est alcoolique, ce qui pourrait constituer un facteur de prédisposition à développer une addiction.

Le milieu de travail et l'accès aux drogues sont deux autres facteurs qui entretiennent la dépendance à la péthidine chez Jeanne. Exercer la profession d'infirmière dans certains services de soins, comme celui des urgences, peut en effet représenter un facteur de risque. La patiente travaille dans un service d'urgence, un environnement où le risque de dépendance est élevé, surtout lorsqu'il est combiné avec d'autres facteurs, tels qu'une personnalité dépendante ou borderline et une exposition fréquente à des substances à fort pouvoir addictif, comme la péthidine. Une étude révèle qu'un quart des cas de toxicomanie chez les médecins concerne cette molécule [23]. En tant qu'infirmière, le milieu professionnel constitue ainsi un facteur de risque pour Jeanne.

Par ailleurs, la dépendance de Jeanne à la péthidine peut avoir des répercussions significatives sur son environnement de travail, notamment sur la qualité des soins, la sécurité des patients, la santé et le bien-être de ses collègues, ainsi que sur la responsabilité légale de l'établissement. Une étude de Trinkoff et Storr (1998) [29] montre que l'abus de substances psychoactives chez les soignants est associé à une baisse de la qualité des soins, particulièrement dans les environnements à haute pression, comme les services d'urgence et les unités de soins intensifs.

L'usage de la péthidine est fréquent chez les médecins et les infirmiers en raison de leur facilité d'accès à cette molécule, les premiers pouvant se la prescrire et les seconds s'en procurant à partir des ordonnances des patients. Ce comportement lié à la dépendance de Jeanne à la péthidine présente des risques directs pour la sécurité des patients. Selon des recherches, les professionnels de la santé peuvent facilement se procurer et abuser de la péthidine sur leur lieu de travail [3]. Jeanne se procurait de la péthidine en la subtilisant dans le service, en demandant à certains collègues, et en l'achetant directement à la pharmacie, parfois avec l'aide d'un prescripteur ou sur le marché noir auprès de vendeurs de produits pharmaceutiques contrefaits dans sa ville. Selon Monroe et Kenaga (2010) [45], les professionnels de la santé en situation de dépendance sont plus susceptibles de dérober des médicaments pour satisfaire leurs besoins, privant ainsi les patients des doses prescrites et compromettant la gestion de leur douleur.

5. Les bénéfices et limites de la prise en charge

En médecine, le terme « bénéfique » désigne les effets positifs et attendus d'un traitement sur l'état de santé d'un patient [46]. La prise en charge de l'addiction à la péthidine de Jeanne vise à arrêter sa consommation, atténuer la douleur liée à son algodystrophie, renforcer son estime de soi, et améliorer ses relations sociales, contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie globale. Les bénéfices ont été significatifs sur les plans physique, mental et relationnel. Toutefois, certaines limites subsistent, notamment l'absence de traitement de substitution aux opioïdes.

5.1. Les bénéfices du traitement de Jeanne

La prise en charge sans recours à des substituts pharmacologiques présente certains avantages, car elle favorise les approches non pharmacologiques, telles que la thérapie cognitive-comportementale (TCC), la thérapie motivationnelle et le soutien social, qui aident à réduire les symptômes de l'addiction sans introduire de dépendance à un autre médicament.

Les effets positifs du traitement de Jeanne se répartissent en deux domaines principaux : le bien-être physique et mental, la réduction des risques de dépendance d'une part, et le contexte des relations familiales et bénéfices socio-économiques d'autre part.

5.1.1. Santé physique et mentale

À la fin du traitement, Jeanne a montré une nette amélioration de son état de santé et de son bien-être général. Les observations cliniques indiquent une diminution des symptômes de sevrage ainsi qu'une baisse des envies de consommer. Les zones d'injection se sont cicatrisées, et la douleur liée à l'algodystrophie est passée de 8 à 3 sur l'échelle numérique de la douleur, facilitant ainsi la prise en charge kinésithérapique. Une orthèse plantaire compensatoire a également été envisagée pour rétablir son équilibre locomoteur.

Le traitement pharmacologique a contribué à réduire les risques de comorbidité mentale, tels que la dépression, tandis que le suivi psychologique a amélioré sa capacité à prévenir les rechutes et à renforcer son estime de soi. Jeanne a acquis de nouvelles compétences pour mieux gérer ses émotions et contrôler ses sources de stress. L'absence de traitement de substitution l'a poussée à se concentrer davantage sur les thérapies comportementales et cognitives, le soutien social et les thérapies de groupe, permettant un travail profond sur les causes sous-jacentes de son addiction. La TCC s'est avérée efficace pour aider les patients à développer des stratégies anti-rechute sans recourir à des médicaments de substitution [47].

5.1.2. Réduction des risques de dépendance

En l'absence de traitements de substitution comme la méthadone ou la buprénorphine, le risque de dépendance à un autre opioïde a été évité, favorisant une abstinence totale. Bien qu'une méta-analyse confirme l'efficacité de la buprénorphine, elle reconnaît également le risque de dépendance, ce qui peut poser problème dans certains parcours de réhabilitation [48].

5.1.3. Relations familiales

Les relations de Jeanne avec sa famille se sont améliorées, marquées par des visites fréquentes de sa mère et d'autres membres de la famille pendant son séjour hospitalier. Selon les entretiens avec sa mère, les progrès sont notables, notamment en matière de communication, de reconnaissance et d'acceptation de son addiction. La famille, impliquée dans la prise en charge, a été sensibilisée pour soutenir Jeanne de manière bienveillante dans son abstinence. Ce soutien favorise un environnement dans lequel Jeanne se sent libre de demander de l'aide sans crainte de jugement.

5.1.4. Bénéfices économiques

En diminuant ses dépenses de consommation pendant son traitement, Jeanne a pu réduire significativement les coûts liés à l'achat de péthidine. Elle pourra envisager de faire des économies et de rembourser ses dettes.

En somme, cette prise en charge a permis d'améliorer la santé physique et mentale de Jeanne, de renforcer ses relations familiales et de réduire les risques de dépendance à un nouveau médicament. Les bénéfices, bien que substantiels, coexistent avec les limites posées par l'absence de traitement de substitution dans la gestion de l'addiction aux opioïdes.

5.2. Les limites de la prise en charge

Les limites de la prise en charge sans traitement de substitution aux opioïdes représentent des obstacles ou effets indésirables associés à l'absence d'option de substitution. Ces contraintes incluent des difficultés accrues pour le sevrage, des risques de rechute plus élevés et des défis dans la gestion des symptômes de sevrage. Deux limites principales sont identifiées :

5.2.1. Les difficultés accrues de gestion des symptômes de sevrage

En l'absence de traitement de substitution aux opioïdes, Jeanne est confrontée à des douleurs musculaires intenses, à des épisodes d'insomnie et à de l'anxiété dès le début de son traitement. Sans substitution, les symptômes de sevrage (douleurs, nausées, anxiété) deviennent plus sévères, rendant le processus de rétablissement extrêmement difficile et augmentant le risque d'abandon du traitement [48]. Selon Kosten et Baxter (2019) [48] la substitution aux opioïdes peut aider à mieux gérer ces symptômes, stabilisant ainsi le traitement et réduisant les abandons. Dans ce contexte, il est recommandé d'utiliser du tramadol par voie orale, car il est également efficace pour soulager des douleurs modérées à sévères.

5.2.2. Les risques plus élevés de rechute

L'absence de traitement de substitution augmente le risque de rechute chez les patient(e)s traité(e)s pour des troubles liés aux opioïdes, car les envies de consommation peuvent persister malgré un suivi psychologique intensif. L'analyse de Amato et al. (2005) [49] met en évidence l'efficacité des traitements de substitution pour réduire les taux de rechute, particulièrement lorsque le sevrage total est difficile à maintenir. La substitution à la méthadone peut ainsi être envisagée pour prévenir une rechute complète. Sans soulagement pharmacologique, la pression psychologique peut augmenter, tout comme le risque de troubles mentaux, notamment la dépression et l'anxiété, exacerbant la dépendance émotionnelle. Une étude menée par Davis, Uezato, Newell et al. (2008) [50] examine la relation entre troubles de

l'humeur et addiction, en soulignant qu'une prise en charge inadéquate des symptômes de dépendance peut aggraver les troubles psychiatriques. Les patients peuvent alors faire face à des douleurs liées au sevrage, lesquelles, sans substitution, deviennent difficilement gérables et réduisent le confort du traitement. Une étude de Kalso, Edwards, Moore et al. (2004) [51] montre que les opioïdes sont souvent nécessaires pour des douleurs difficiles à soulager par d'autres traitements.

L'isolement et la stigmatisation dans le milieu professionnel peuvent également accroître le risque de rechute. Les professionnels de santé dépendants aux opioïdes peuvent ressentir un isolement accru, aggravé par la stigmatisation liée à leur trouble, ce qui peut entraver leur engagement dans le traitement. Les travaux de Trinkoff et Storr (1998) [29] révèlent un taux élevé de dépendance parmi les infirmières et mettent en lumière la nécessité de programmes adaptés pour favoriser leur réintégration professionnelle et réduire la stigmatisation.

6. CONCLUSION

Cette étude de cas porte sur les troubles liés à l'utilisation de la péthidine chez une infirmière admise à l'HPZ-Aného. Elle vise d'abord à identifier les facteurs déterminants dans l'addiction de la patiente, à décrire les différentes étapes de la gestion de cette addiction, et à évaluer les bénéfices et les limites d'une prise en charge sans recours à la méthadone, qui est un traitement de substitution de première ligne pour les opioïdes. L'objectif final est de sensibiliser aux cas d'addiction aux opioïdes chez les professionnels de santé au Togo.

L'étude met en lumière les difficultés spécifiques rencontrées dans la gestion des addictions aux opiacés chez les usagers, tout en soulignant la nécessité de dispositifs de soins particuliers pour les professionnels de santé confrontés à cette problématique. Par ailleurs, elle relance le débat sur le manque de traitements de substitution aux opioïdes (TSO) dans les centres d'addictologie au Togo. Le recours aux TSO permettrait d'améliorer la prise en charge des addictions aux opiacés (le tramadol, la péthidine) en réduisant le risque de rechute, en gérant les usages chroniques, en évitant les overdoses et en offrant aux patients une qualité de vie plus saine.

En l'absence de la méthadone, une alternative pourrait être envisagée sous forme de substitution par des opioïdes « faibles » (médicaments du palier 2 de l'OMS), associés à une psychothérapie intensive. Le tramadol, administré sous forme de comprimés et sous surveillance médicale, pourrait être proposé comme médicament de substitution aux opiacés, notamment à la péthidine. Cela permettrait de réduire les troubles liés à l'usage compulsif, de prévenir les rechutes, et de limiter les risques d'infections associés aux pratiques d'injection, comme les abcès.

7. REFERENCES

1. Molloy A. La péthidine a-t-elle encore sa place en thérapie ? Prescripteur australien, 2002, 25 (1).
2. Zehra B, Emine T Ş, Nurhan Ş, Nasuhi E A, Sadegül S. Pethidine Related Sudden Death, J. For Med. 2013; 27(1): 76-80
3. Evren C E, Ögel K, Çakmak D. Comparison the properties of inpatient meperidine (pethidine) and cannabis abusers. Anatolian J Psych. 2002; 3(1): 20-7.
4. Haute Autorité de la Santé (HAS). Liste des échelles pour mesurer la douleur. 2022; p.4; Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/liste_echelles_acceptees_2022.pdf.
5. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Bibliothèque des médicaments essentiels de l'organisation mondiale de la santé. Médicaments retirés de la 13ème liste modèle, 2003, avril

6. McEvoy, G. American Hospital Formulary Service Drug Information. Bethesda: American Society of Hospital-System Pharmacists, 2004: 2044-2046.
7. McLellan T A, Deni C, Coyne T H. Index de gravité de la dépendance, 1992, 5ème édition. In Admisson, Dépistage, évaluation, planification des traitements et documentation, programme 5, manuel de participant, 2015, page 296, 2ème édition, Sri-Lanka.
8. Brunton L L, Chabner B A, Knollmann B C. (Eds.) 2010. Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics.
9. Gutstein H B, Akil H. Opioid analgesics, 2006, In: Brunton L L. et al. eds. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics.
10. Raffa R B & Friderichs E. Opioid and nonopioid components independently contribute to the mechanism of action of tramadol, 2006.
11. WHO. Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses, 2009.
12. Grond S, Sablotzki A. Clinical pharmacology of tramadol. Clinical Pharmacokinetics, 2004, 43(13), 879-923.
13. Leppert W. Tramadol as an analgesic for mild to moderate cancer pain. Pharmacological Reports, 2009, 61(6), 978-992.
14. Kirschke H. Duration of action and pharmacokinetics of pain medications, 2003
15. Huxtable C A, et al. Acute pain management in opioid-tolerant patients. Therapeutics and Clinical Risk Management, 2011.
16. Fricke J R, Karim R, Jordan D, Rosenthal N, Ahdieh H. Efficacy and safety of tramadol/acetaminophen combination tablets in the management of osteoarthritis pain. The Journal of Rheumatology, 2004, 31(12), 2454-2463
17. Comer S D, Collins E D. Self-administration of intravenous doses of nalbuphine, buprenorphine, and morphine by opioid abusers, 2002.
18. Amann R, Winter B. Tramadol and the risk of dependence, 2013.
19. Shnaps Y, et al. Fatal meperidine (pethidine) overdose: Case report and review of the literature, 2012.
20. Johnson C. Risk factors for serotonin syndrome in patients receiving opioids, 2003.
21. Fine P G. Long-term analgesic use in geriatric patients: special concerns, 2004.
22. Santos M, Bosio, S. Opioids in renal failure and dialysis patients: best evidence for proper management, 2011.
23. Staats P S, et al. Treatment of moderate to severe acute pain with meperidine in postoperative patients, 2015.
24. Cicero T J, Ellis M S. Abuse liability and therapeutic use of tramadol, 2006.
25. Miller W R, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change, Second Edition, 2002, New York: Guilford Press.
26. Prochaska J O, DiClemente C C. Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice; 1982, 19:276-87.
27. Neil A R. La thérapie cognitivo-comportementale, 2010. In: Guide d'information, centre de toxicomanie et de santé mentale, Canada, Disponible sur <https://www.camh.ca/-/media/health-info-files/guides-and-publications-french/cbt-guide-fr.pdf>.
28. Hyler S E. traduction : P. Fontaine, I. Note, D. Lavenex et M. Bouvard. Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité, Collection pratiques en psychothérapie, 2ème édition, Masson, 1999-2002, 1994, Paris, page 85.
29. Trinkoff A M, Storr C L. Substance Use among Nurses: Differences between specialities. American Journal of Public Health, 1998, 88(4), 581-583.

30. Kenna G A, Lewis, D C. Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2008, 3(1), 1-8.
31. Baldisseri M R. Impaired healthcare professional. *Critical Care Medicine*, 2007, 35(2 Suppl), S106-S116.
32. Loas G, Godart N T, Curt F, Perdereau F, Lang F, Venisse J-L, Halfon O, Bizouard P, Corcos M, Jeammet P, Flament M F. La fréquence des troubles anxio-dépressifs diffère-t-elle entre les types diagnostiques d'anorexie mentale et de boulimie ? *Encephale*, 2005, n°3 vol 31.
33. Loranger A. Dependant personality disorder, age, sex and axis I comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1996, 184(1),17-21. In Jeammet et coll (2003).
34. Ndetei D M, Khasakhala L I, Mutiso V. Drug use in Africa: Epidemiological and prevention perspectives. *World Psychiatry*,2010, 9(3), 190–192.
35. Ssebunnya J, Kigozi F. Integration of mental health into primary health care in Uganda: Opportunities and challenges. *Mental Health in Family Medicine*, 2013, 10(1), 37.
36. Wenkouarama D, Salifou S, Dassa K S. Combattre le mal par le mal : le cas de Akouvi addicte à la péthidine. *Psycause*, 2018,p. 40-44 n°76.
37. Amegbor P M, Bado A. Social determinants of alcohol and tobacco use among healthcare workers in Togo. *BMC Public Health*, 2019, 19, 165.
38. Kouevi A Y, Atake E H. The challenges of mental health and addiction care in Togo. *International Journal of Mental Health Systems*, 2020, 14, 64.
39. Ekblow A, Ekman G, Hjelm A, Lack of analgesic effect of systematically administered Morphine or pethidine on labour pain. *Int J Gynaecol Obste*, 2005; 103 (10):968-72.
40. Mac Pherson R D, Duguid M. Strategy to eliminate pethidine use in hospitals *J. Pharm. Pract*, 2008, 38(2):88-9.
41. Ouro-bang'na A F, Maman K, Tomta N, Kangni T, Mouzou P, Egbohoun D, Ouro-bang'na B. Songne. Evaluation du plateau technique d'anesthésie au Togo : enquête multicentrique portant sur 23 formations sanitaires, Publié dans *Médecine d'Afrique Noire* 5502,2008 Février, pp. 101-105.
42. Kakpovi K, Koffi-Tessio V, Houzou P, Fianyo E, Kolou M, Kuéviakoé M I, Padaro E, Tagbor K, Oniankitan O, Mijiyawa M. Profil de la polyarthrite rhumatoïde en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). Pub dans *European Scientific Journal*, 2017, vol 13 no 15: esj may edition.
43. Chobli M, Tomta K, Mouzou T, Sama H, Ahouangbévi S. Pratique anesthésique au Togo, 2012, *Rev. Afr. Anesth. Med.* Tome 17 n°1
44. Kelly M, Mynatt S. Addiction among nurses! Does the health care management, prevention and policy, 1990, 3 (3).
45. Monroe T, Kenaga, H. Don't ask don't tell: Substance abuse and addiction among nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2010, 19(7 - 8), 1141–1150.
46. McHugh R K, Hearon B A, Otto M W. Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2010, 33(3), 511-525.
47. Mattick R P, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence,2014, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD002207.
48. Kosten T R, Baxter L E. Review of the pharmacotherapy of opioid dependence: A growing role for buprenorphine in primary care, *Journal of the American Medical Association*, 2019, 321(8), 815-823



-
49. Amato L, Davoli M, Perucci C A, Ferri M, Faggiano F, Mattick R P. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: Available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2005, 28(4), 321-329.
50. Davis L, Uezato A, Newell J M, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 2008, 21(1), 14-18.
51. Kalso E, Edwards J E, Moore R A, McQuay H J. Opioids in chronic non-cancer pain: Systematic review of efficacy and safety. *Pain*, 2004, 112(3), 372-380.

Recherche ORIGINALE

Besoins et attentes des professionnels de santé sur la thématique de l'alcoologie : résultat d'une enquête réalisée en France en 2022

Naouras Bouajila^{1,2,*}, Judith Andre¹, François Paille³, Bernard Basset⁴, Amine Benyamina⁵, Sylvie Ané⁶, Jacques Yguel⁶, Romain Sicot⁶, Mickael Naassila^{1,2}

¹ Inserm UMR 1247 - GRAP (Groupe de Recherche sur l'Alcool et le pharmacodépendance), Centre de Recherche universitaire en Santé, Université de Picardie Jules Verne, Chemin du Thil, 80025 Amiens, France

² Société Française d'Alcoologie, France.

³ Fédération Française d'Addictologie, France.

⁴ Association Addiction France, France.

⁵ AP-HP, GH Paris-Sud, Département d'Addictologie, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif, France ; INSERM U1178, F-94800 Villejuif, France.

⁶ AP-HP, Unité de Liaison et d'Urgence en Psychiatrie et Addictologie, Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Hôpital Lariboisière, Paris, France.

* Correspondance : Naouras Bouajila, Inserm UMR 1247 - GRAP (Groupe de Recherche sur les Dépendances à l'Alcool et aux Drogues), Centre de Recherche en Santé de l'Université, Université de Picardie Jules Verne, Chemin du Thil, 80025 Amiens, France, nbouajila@sfalcoologie.fr

Résumé : **Contexte :** Les problèmes de santé liés à l'alcool représentent un enjeu majeur de santé publique. Il est impératif que les professionnels de santé soient en mesure de percevoir et de détecter ces problématiques pour fournir des soins appropriés. L'objectif de cette enquête était d'évaluer les connaissances, les pratiques et la formation des professionnels de santé sur les questions liées à l'alcool, dans le but d'identifier leurs besoins d'information.

Méthodologie : Cette étude utilise une méthodologie d'enquête transversale descriptive. Les données ont été collectées via un questionnaire numérique destiné aux professionnels de santé (incluant les professions médicales, paramédicales et médico-sociales) travaillant dans des services spécialisés en addictologie ainsi que dans d'autres structures pertinentes à travers la France et ses départements d'outre-mer. **Résultats :** Au total, 611 questionnaires ont été jugés exploitables pour l'analyse. Une proportion significative des participants a rapporté que leurs connaissances et compétences étaient insuffisantes ou très insuffisantes, avec des taux respectifs de 33 % et 36 %. De plus, une part importante des répondants (environ 28 %) a indiqué ne pas avoir reçu de formation en addictologie. Les résultats mettent en évidence des différences dans les niveaux de connaissances et de compétences entre les divers milieux de soins, notamment avec des niveaux de satisfaction inférieurs dans les hôpitaux (publics et privés), en pratique libérale et dans les Centres de Réduction des Risques. Certaines professions, comme les personnels de soutien, les pharmaciens, les patients experts, le personnel administratif et les travailleurs sociaux, ont signalé des niveaux insatisfaisants de compétences et de connaissances sur les questions liées à l'alcool. Ces constats soulignent la nécessité d'améliorer les connaissances et les compétences en adaptant les interventions selon les milieux de soins et les professions concernés. Par ailleurs, les thématiques prioritaires et les canaux de diffusion de l'information variaient selon l'âge, la région et la catégorie professionnelle. **Conclusion :** Cette enquête révèle un faible niveau de connaissances, de pratiques et de formation en addictologie, mettant en lumière l'importance cruciale de la formation. Celle-ci doit non seulement s'adresser aux thèmes prioritaires identifiés, mais également utiliser des canaux adaptés en fonction de l'âge, de la catégorie professionnelle, de la structure et de la région des professionnels de santé.

Mots clés : Professionnels de santé, Alcool, Addictologie, Enquête, Connaissances, Pratique, Éducation

Abstract : **Context:** Alcohol-related health problems represent a significant public health concern, and it is imperative for the healthcare team to accurately perceive and detect these issues to provide appropriate care. The objective of this survey was to evaluate the knowledge, practices, and educational background of healthcare professionals in the field of alcohol-related health concerns, aiming to identify their information requirements. **Methods:** This study employs a cross-sectional descriptive survey methodology, in which data were gathered through a digital questionnaire designed for healthcare professionals (including those in medical, paramedical, and medico-social professions) working in addictology services as well as other relevant services across France and its overseas departments. **Results:** A total of 611 questionnaires were deemed usable for analysis. A considerable percentage of participants reported their knowledge and skills to be insufficient or very insufficient, with rates of 33% and 36%, respectively. Moreover, a significant proportion of respondents (~28%) stated that they had received no education in addictology. Our results highlight differences in levels of knowledge and competence among the various healthcare settings, notably with lower reported levels of satisfaction in hospital settings (public and private), private practice, and in Harm Reduction Centers. Furthermore, certain professions reported unsatisfactory levels of skills and knowledge in alcohol-related issues, particularly support staff, pharmacists, expert patients, administrative staff, and social workers. These findings suggest the need to enhance knowledge and skills by tailoring interventions according to the specific healthcare settings and professions. Additionally, the priority themes and channels for disseminating information varied depending on age, region, and professional category. **Conclusion:** This survey reveals a low level of knowledge, practice, and education in addictology, emphasizing the critical need for training. The importance of training extends not only to the priority topics addressed but also to the channels used for dissemination, all while customizing them to suit the age, professional category, structure, and region of healthcare professionals.

Key-words: Healthcare professionals, Alcohol, Addictology, Survey, Knowledge, Practice, Education

1. INTRODUCTION

En France, en 2015, la mortalité attribuable à l'alcool était estimée à 41 000 décès par an [1]. Une étude de 2015 analysant les bases de données hospitalières nationales du PMSI « Programme de médicalisation des systèmes d'information » a révélé que la consommation d'alcool figurait parmi les principales causes d'hospitalisation [2].

Les troubles liés à l'usage de substances (SUD) et leurs comorbidités sont fréquemment rencontrés dans la pratique clinique quotidienne, avec des effets délétères qui dépassent le cadre de la santé pour inclure des conséquences individuelles, sociales et économiques [3]. Malgré leur prévalence élevée, ces troubles restent souvent sous-diagnostiqués et insuffisamment pris en charge, comme l'ont montré plusieurs études [4]. Environ 20 % des patients évalués dans des consultations ambulatoires aux États-Unis répondent aux critères des SUD, mais seulement 5 % d'entre eux sont identifiés et pris en charge [4].

Les professionnels de santé, incluant médecins, infirmiers, travailleurs sociaux et acteurs des soins primaires, jouent un rôle clé dans la prévention et la prise en charge des problèmes liés à l'alcool [5]. Une intervention tardive peut entraîner des complications et une faible réponse aux thérapies conventionnelles [4].

Une étude menée dans les pays de l'Union européenne a mis en évidence une corrélation directe entre le niveau de formation des professionnels de santé primaires et le nombre de patients pris en charge pour un SUD [6]. Les médecins ayant reçu une formation adéquate sur les troubles liés à l'alcool, confiants dans leurs rôles et engagés dans les soins aux patients, ont rapporté traiter un plus grand nombre de patients pour des SUD [6].

Une autre étude, impliquant des médecins généralistes de sept pays européens, du Canada et de la Nouvelle-Zélande, a montré que la formation, la confiance dans leur rôle et l'engagement thérapeutique étaient indépendamment associés à une meilleure prise en charge des patients atteints de SUD [7].

La Health Foundation, en collaboration avec le Commonwealth Fund, a interrogé 9 526 médecins de soins primaires dans 10 pays à revenu élevé entre février et septembre 2022 [8]. Ce sondage posait la question suivante : « Dans quelle mesure votre pratique est-elle préparée, en termes de compétences et d'expérience, à prendre en charge des patients ayant des problèmes liés à l'usage de substances ? »

Parmi les dix pays (Royaume-Uni, Australie, Canada, France, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Suède, Suisse et États-Unis), les médecins généralistes (MG) des États-Unis (62 %) et de France (52 %) se sont déclarés les moins préparés. Ainsi, les MG français apparaissent comme étant les moins confiants quant à leur capacité à prendre en charge des patients présentant des problèmes liés à l'usage de substances, tels que la consommation d'alcool ou de drogues.

Par conséquent, renforcer les connaissances et les compétences des professionnels de santé en matière de stratégies de prévention visant à réduire la consommation d'alcool constitue une priorité de santé publique [6]. Cette orientation est en accord avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) dans son dernier plan de mobilisation contre les addictions en France [9].

Dans ce contexte, nous avons mené une enquête nationale dans le cadre du projet Alcool Conso Science, financé par le Fonds de lutte contre les addictions, afin de mieux comprendre les connaissances et les attentes des professionnels de santé sur le thème de l'alcool. L'objectif de cette étude était d'évaluer la perception qu'ont les professionnels de santé de leurs connaissances et compétences en alcoologie et addictologie, ainsi que de préciser leurs besoins en formation.

2. MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale, menée entre le 28/09/2022 et le 20/01/2023 auprès de professionnels de santé (médecins, paramédicaux, professions médico-sociales) exerçant dans des structures spécialisées en addictologie ou dans d'autres établissements à travers le territoire français, y compris les départements d'outre-mer. Les professionnels ont été interrogés sur leurs connaissances, pratiques et formations relatives à l'alcool et aux addictions, ainsi que sur leurs besoins en formation.

Les données ont été recueillies au moyen d'une enquête numérique conçue avec le logiciel LimeSurvey par un groupe de travail composé de membres de la Société Française d'Alcoologie (SFA), d'ELSA France (Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie), de la Fédération Française d'Addictologie (FFA) et de l'Association Addictions France.

L'enquête est structurée autour de trois principaux volets: Le premier volet regroupe les données sociodémographiques et professionnelles (sexe, âge, profession, département d'exercice, structure principale d'activité, type d'activité hospitalière et niveau de formation en addictologie).

Le deuxième volet permet une auto-évaluation des connaissances et des compétences en matière d'alcool et d'addiction, ainsi qu'une perception personnelle de la priorité accordée à la formation sur l'alcool par rapport aux autres substances addictives.

Le troisième volet propose une priorisation des thématiques clés de formation en alcoologie. Les participants ont été invités à sélectionner trois thèmes jugés prioritaires. En outre, les canaux privilégiés pour la diffusion de l'information ont été identifiés, chaque répondant devant prioriser trois canaux d'information (voir l'enquête dans les matériaux supplémentaires pour plus de détails).

Cette enquête, anonyme et autodéclarée, a été conçue pour une diffusion numérique via les réseaux sociaux Twitter et LinkedIn, ainsi que par des e-mails envoyés aux membres du Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière (COPAAH), d'ELSA France, de l'Association Addictions France, de la SFA et de la FFA. Elle a également été diffusée grâce à la mobilisation des Groupements Hospitaliers de Territoire en Addictologie (GHT Addictions). Le temps estimé pour compléter l'enquête était d'environ 7 minutes, et seules les réponses complètes ont été incluses dans l'étude.

Les données recueillies via LimeSurvey ont été organisées dans un tableau Excel, puis transférées et analysées à l'aide de tableaux croisés et du test du Chi² avec le logiciel SPSS version 28.0. Les résultats des variables quantitatives sont présentés en fréquences et pourcentages.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques socioprofessionnelles de la population

Données socioprofessionnelles				
Sex (n (%))	Hommes		147 (24 %)	
	Femmes		462 (76%)	
Age (n (%))	<25 ans		7 (1,10%)	
	25-34 ans		100 (16,00%)	
	35-44 ans		163 (27,00%)	
	45-54 ans		174 (28,00%)	
	55-64 ans		136 (22,00%)	
	>65 ans		28 (4,6%)	
	Je ne souhaite pas répondre		3 (0,42%)	
Métiers d'exercice (n (%))	Soignants paramédicaux		275 (45,9%)	
	Soignants médicaux		179 (29,3%)	
	Métiers en psychologie		43 (7,06%)	
	Personnels administratifs		39 (6,4%)	
	Travailleurs sociaux		19 (3%)	
	Métiers support aux soins		15 (2,4%)	
	Patients experts		6 (0,98%)	
	Autres		33 (5%)	
Représentation régionale (n (%))	Hauts de France		244 (40,93%)	
	Grand EST		19 (3,18%)	
	Ile de France		70 (11,74%)	
	Bourgogne Franche Comté		49 (8,22%)	
	Normandie		31 (5,2%)	
	Centre Val de Loire		8 (1,34%)	
	Pays de Loire		18 (3,02%)	
	Bretagne		25 (4,19%)	
	Auvergne Rhone Alpes		48 (8,05%)	
	PACA		12 (3,52%)	
	Occitanie		31 (5,2%)	
	Nouvelle Aquitaine		25 (4,19%)	
	Guadeloupe		5 (0,83%)	
	Martinique		2 (0,33%)	
Structure d'exercice de l'activité principale (n (%))	Structures addicto-sanitaires	240 (40,47%)	SSR	15 (6.25%)
			HDJ	34 (14.16%)
			ELSA	89 (37.08%)
			CSAPA	31 (12.91%)
			Court séjour Addicto	39 (16.25%)
			Consultation externe	32 (13.33%)
			Hôpital public	160 (58.80%)
	Structures non addict	273 (46,03%)	Hôpital privé	14 (5.2%)
			Cabinet libéral	81 (29.67%)
			Non hospitalier	18 (6.59%)
			CSAPA Med-soc	75 (93.75%)
Structures medico-sociales	80 (13,49%)	CAARUD	5 (6.25%)	

Tableau 1 : Données socioprofessionnelles

Note : SSR = Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en addictologie, correspondant aux services médicaux de réadaptation en addictologie ;CSAPA = Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ;HDJ =Hôpital de jour ;CAARUD = Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues ;ELSA = Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie ; Patients experts :En France, les "patients experts en addictologie" désignent généralement des personnes ayant une expérience personnelle des troubles addictifs, que ce soit avec des substances psychoactives (drogues, alcool) ou des addictions comportementales. Ces individus ont suivi un parcours de soins et de rétablissement, leur permettant d'acquérir des connaissances approfondies et une compréhension fine des problématiques liées à l'addiction et à la récupération. Ils jouent un rôle clé dans le système de soins en partageant leur expérience, en apportant un soutien aux pairs et en guidant les personnes en difficulté avec une addiction. Leur compréhension directe des défis et des complexités du processus de rétablissement constitue un atout précieux pour accompagner d'autres patients sur leur chemin vers la guérison. En France, pour être reconnu comme "patient expert" dans le domaine de l'addictologie, il est nécessaire de suivre une formation spécifique permettant d'obtenir une certification.

Parmi les 731 questionnaires collectés, seuls 611 ont été jugés exploitables, soit environ 84 %. Les répondants sont majoritairement des femmes (76 %), appartenant principalement à la tranche d'âge 45-54 ans (28 %). Les répondants âgés de moins de 25 ans sont sous-représentés (1,1 %). La majorité des participants sont des professionnels paramédicaux (45,9 %), suivis des médecins (26,9 %). Les personnels de soutien en santé et les patients experts sont faiblement représentés, avec respectivement 2,4 % et 1 %.

L'analyse territoriale met en évidence un déséquilibre significatif en faveur des Hauts-de-France (40,9 %), tandis que les territoires d'outre-mer sont très peu représentés (Guadeloupe 1,6 % ; Martinique 0,5 %).

L'analyse selon la structure d'exercice principal révèle une forte représentation des services non spécialisés en addictologie (46,03 %), ainsi que des structures hospitalières spécialisées en addictologie (40,47 %). Parmi ces dernières, il existe une représentation très importante des équipes ELSA (37,1 %). En revanche, les structures complexes de soins résidentiels et de réhabilitation sont faiblement représentées (6,25 %).

3.2. Niveau d'éducation

Un participant sur cinq (20,2 %) a déclaré avoir suivi une formation complémentaire en addictologie, telle qu'un Diplôme Universitaire (DU). Un pourcentage légèrement inférieur (17,8 %) a indiqué avoir complété une formation qualifiante, comme un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC), une capacité en addictologie, une Formation Spécialisée Transversale (FST), ou une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Environ 26,1 % des participants ont déclaré avoir suivi un module ou un cours en addictologie dans le cadre de leur formation initiale. Enfin, 7,7 % ont mentionné avoir reçu un autre type de formation, tandis que la majorité (28,2 %) a indiqué ne pas avoir reçu de formation en addictologie.

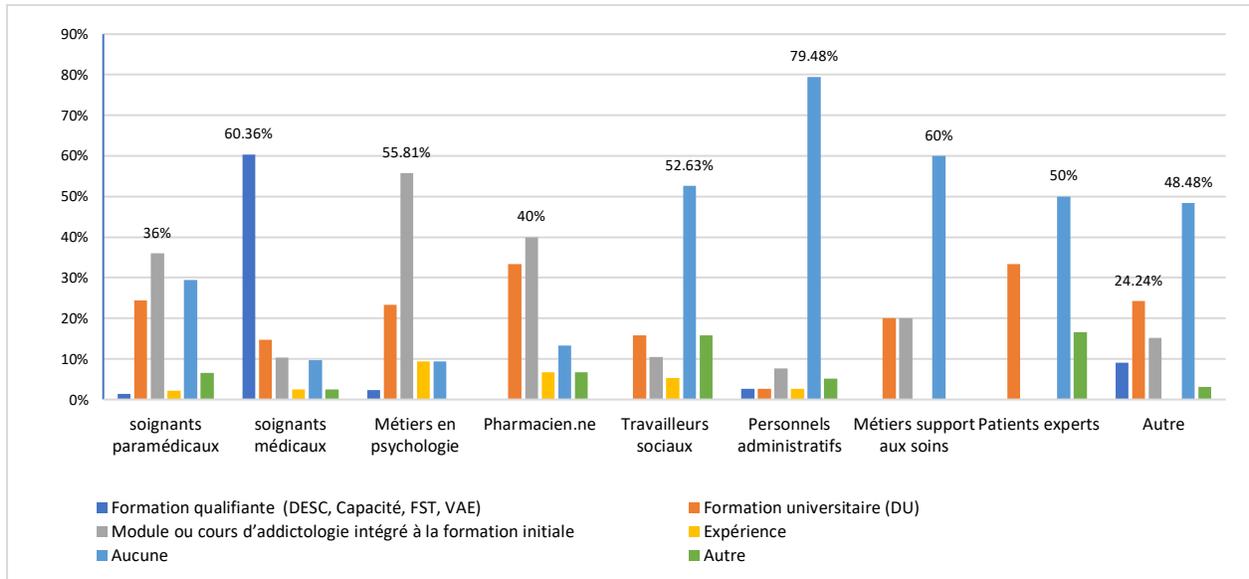


Figure 1 : Niveau de formation en fonction de métiers

Les professionnels de santé médicaux, notamment les médecins et pharmaciens, sont les plus susceptibles d’avoir suivi à la fois une formation qualifiante et universitaire dans le domaine de l’addictologie. Il convient également de noter que la majorité des soignants paramédicaux ainsi que des professionnels de la psychologie ont intégré à leur cursus de formation initiale ou universitaire un cours ou un module consacré à l’addictologie. En revanche, la plupart des personnels administratifs et des professionnels exerçant dans les métiers supports aux soins n’ont bénéficié d’aucune formation spécifique en la matière (voir Fig. 1)

3.3. Auto-évaluation des connaissances et des compétences

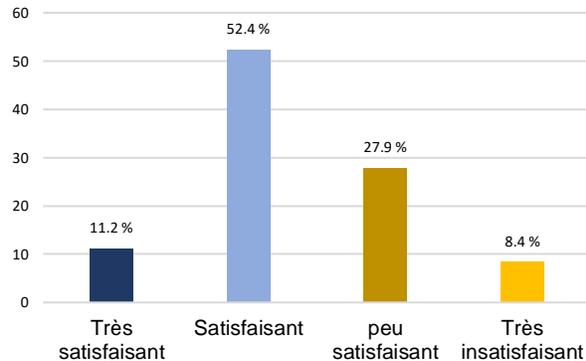
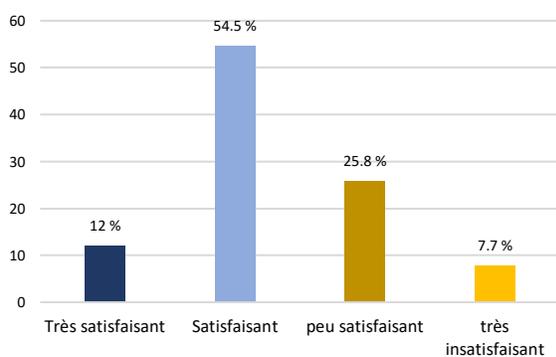


Figure 2 : Auto-évaluation de l’état de connaissances **Figure 3 :** Auto-évaluation de l’état de compétences

L’auto-évaluation des connaissances et des compétences révèle qu’une proportion significative de participants (33 %) considère que leur niveau de connaissances est insatisfaisant ou très insatisfaisant. De manière similaire, un nombre important de participants (36 %) estime que leur niveau de compétences est également insatisfaisant ou très insatisfaisant.

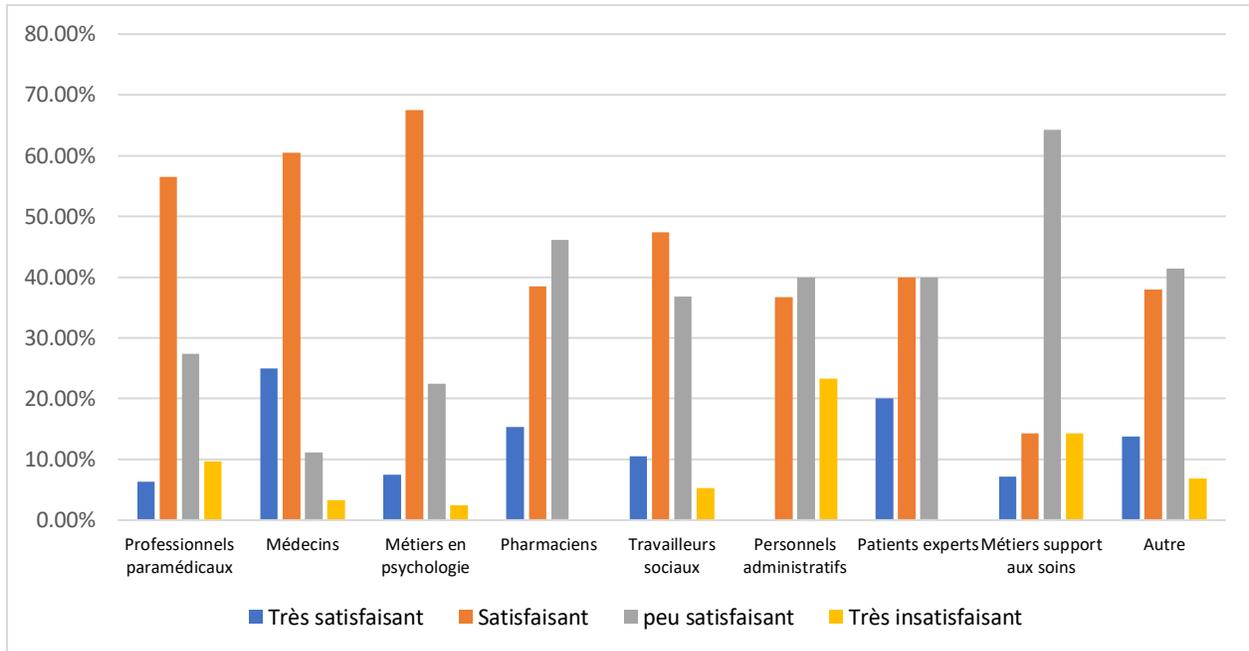


Figure 4 : Auto-évaluation de l'état de connaissances en fonction de métiers

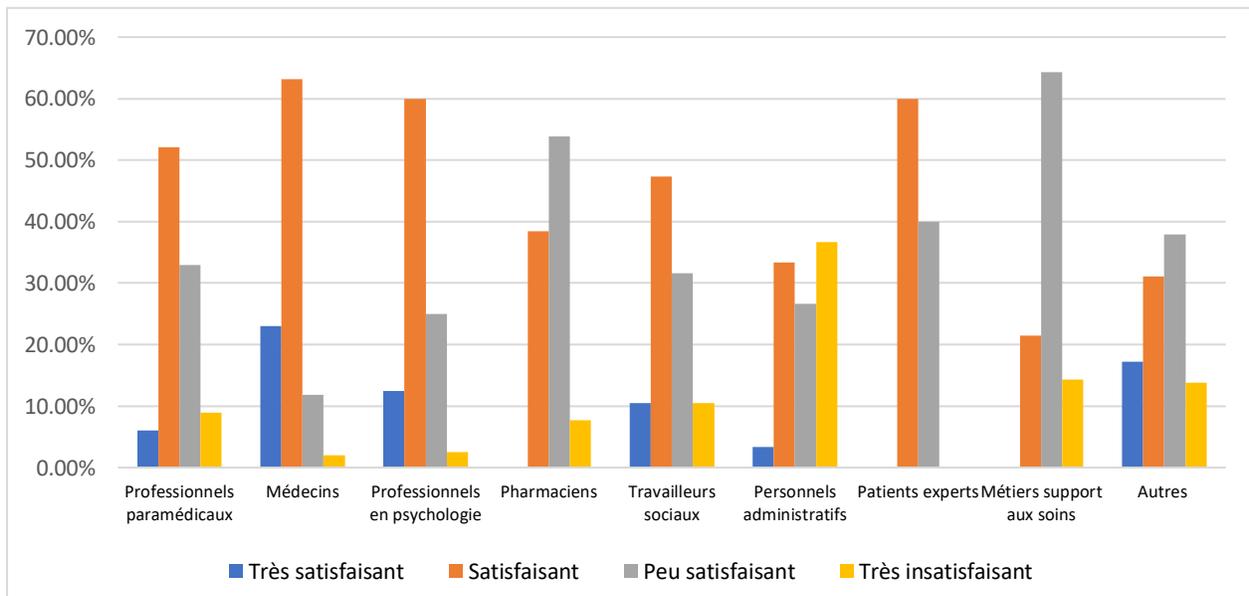


Figure 5 : Auto-évaluation de compétences en fonction de métiers

L'évaluation des connaissances et compétences varie selon les catégories professionnelles. La majorité des médecins, du personnel paramédical et des psychologues a déclaré un niveau satisfaisant. Cependant, près de la moitié des pharmaciens a indiqué un niveau insatisfaisant, tout comme la majorité des professionnels support aux soins (fig. 4 et 5).

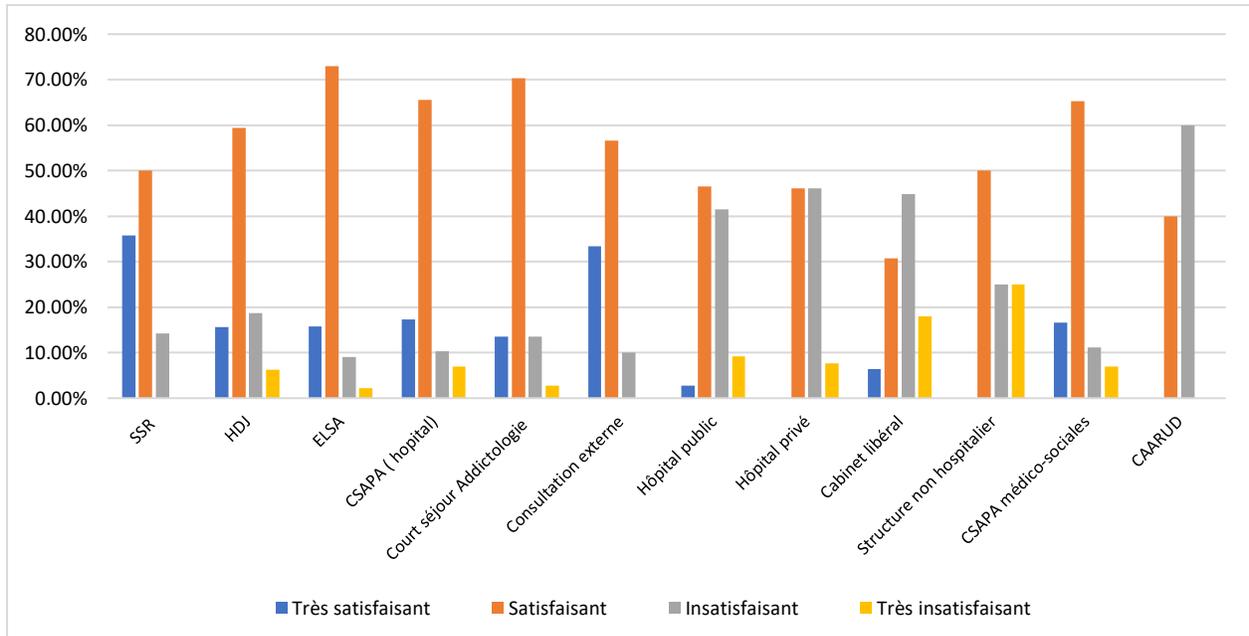


Figure 6 : Auto-évaluation de l'état de connaissances en fonction de structure d'exercice

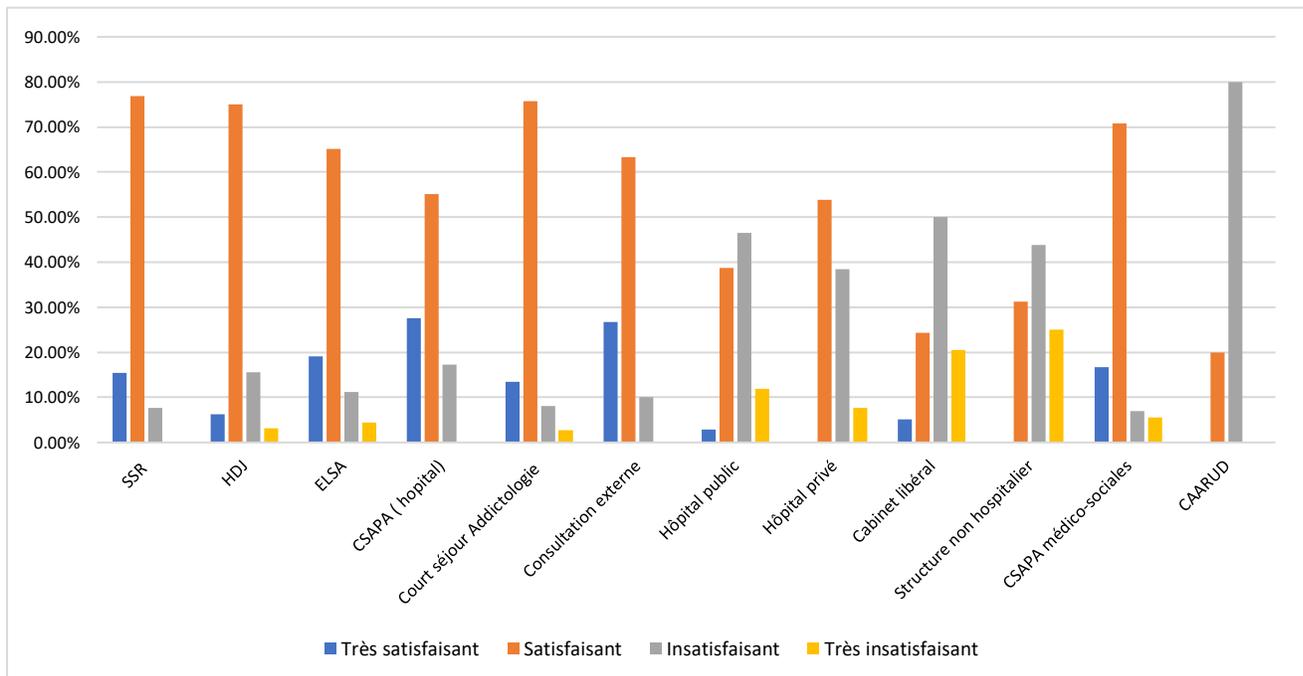


Figure 7 : Auto-évaluation de compétences en fonction de structure d'exercice

Dans les structures spécialisées en addictologie, la majorité des professionnels ont démontré le niveau attendu de connaissances et de compétences satisfaisantes. En revanche, un niveau notablement élevé

d'insatisfaction a été observé parmi les professionnels travaillant dans les structures hospitalières, médico-sociales et autres types d'établissements (Fig. 6 et 7).

3.4. Priorité accordée à l'amélioration des connaissances et compétences en alcoologie

La grande majorité des participants (71 %) estiment qu'ils ont besoin d'autant de formation sur l'alcool que sur les autres substances psychoactives. Par ailleurs, plus d'un participant sur cinq (21,6 %) accorde une priorité spécifique à la formation sur l'alcool par rapport aux autres substances.

3.5. Thèmes prioritaires

Selon les participants, les trois thèmes prioritaires sont « alcool et psychiatrie », « alcool et soins » et « alcool et autres addictions ».

	Alcool & Problématiques neurocognitives	Alcool & Périnatalité	Alcool & Interactions thérapeutiques	Alcool & psychiatrie	Alcool & Soins	Alcool & Nutrition	Alcool & Aspects Médico-légaux	Alcool & Cancer	Alcool & Maladies cardio-vasculaires	Alcool & conséquences hépato-pancréato-digestives	Alcool & Entourage	Alcool & Autres addictions	Alcool & autres thématiques
Métiers en psychologie				1	3							2	
Métiers support aux soins	2				2						1		
Patients experts					1						2		3
Personnels administratifs				1							3	2	
Pharmacien.ne		1	2									3	
soignants médicaux	1			2								3	
soignants paramédicaux				3		1							2
Travailleurs sociaux	3	3		2							1	3	
Autre	3			3	2						1	3	

Tableau 2 : Distribution de trois thématiques prioritaires selon métiers

Note :couleur jaune= 1er thématique privilégiée ;couleur gris =2ème thématique privilégiée ;couleur vert foncé =3ème thématique privilégiée

L'analyse de la distribution des thèmes prioritaires selon les professions des participants a révélé des tendances intéressantes. Pour les professionnels du domaine de la psychologie et le personnel administratif, le premier thème prioritaire est « alcool et psychiatrie ». Les soignants médicaux ont identifié « alcool et problèmes neurocognitifs » comme leur thème principal. Les pharmaciens ont rapporté « alcool et périnatalité » comme leur priorité. Les soignants paramédicaux ont priorisé « alcool et nutrition ». Les patients experts ont mis en avant « alcool et soins ». Les professionnels travaillant dans des rôles de soutien aux soins, les travailleurs sociaux et les professions similaires ont identifié « alcool et environnement social » comme leur thème principal.

3.6. Canaux prioritaires pour recevoir de l'information

	Lettre d'information	Formation institutionnelle	E-learning	Site web spécialisé complet	Podcasts à la demande	Diaporamas support	Evénements dédiés	Supports d'information papier	Supports de communication	Revue professionnelle	Réseaux sociaux	Bulletin du conseil de l'ordre
Métiers en psychologie	3	2	1									
Métiers support aux soins		2	1					3				
Patients experts	1		1	2			2				2	
Personnels administratifs	2	1	3				3					
Pharmacien.ne			2	1				1		3		
soignants médicaux			2	3						1		
soignants paramédicaux		2	1	3								
Travailleurs sociaux	3	1		3				2				
Autre	2	1	2					3				

Tableau 3 : Distribution de trois principaux canaux d'information selon métiers

Note :couleur jaune= 1er thématique privilégiée ;couleur gris =2ème thématique privilégiée ;couleur vert foncé =3ème thématique privilégiée

Les principaux canaux pour recevoir de l'information varient parmi les groupes de participants. Pour les professionnels du domaine de la psychologie, les rôles de soutien aux soins, les soignants paramédicaux et les patients experts, l'e-learning est le canal préféré. Les soignants médicaux, quant à eux, favorisent les revues professionnelles comme canal principal d'information. Les pharmaciens montrent une préférence pour un site web spécialisé complet et des supports papier comme leurs canaux privilégiés d'information. Concernant le personnel administratif, les travailleurs sociaux et autres professionnels similaires, la formation institutionnelle est leur canal préféré pour recevoir de l'information.

Ces résultats révèlent une diversité de préférences en matière de canaux d'information parmi les différents groupes de participants, soulignant l'importance d'adapter la communication pour répondre aux besoins et attentes spécifiques de chaque groupe.

4. DISCUSSION

Cette étude descriptive transversale fournit des informations précieuses sur la perception qu'ont les professionnels de leur niveau de connaissances et de compétences dans la prise en charge et le soutien des patients atteints de trouble de l'usage de l'alcool (AUD), ainsi que sur leurs besoins en formation— un sujet rarement exploré [10]. Selon les résultats de notre enquête, la majorité des professionnels de santé ont déclaré avoir des compétences et des connaissances satisfaisantes ou très satisfaisantes concernant la prise en charge des problèmes liés à l'alcool. Cependant, il est intéressant de noter qu'un pourcentage significatif de participants a indiqué avoir des connaissances et des compétences insuffisantes, avec des taux respectifs de 33 % et 36 %. La répartition des connaissances et des compétences selon différentes catégories professionnelles et établissements de santé a montré que, tandis que la plupart des médecins, des professionnels paramédicaux et des psychologues avaient une expertise suffisante, de nombreux pharmaciens et travailleurs occupant un rôle de soutien dans le domaine de la santé ont indiqué le contraire. Cette insuffisance a également été observée dans les établissements hospitaliers, médico-sociaux et autres structures, où la majorité des professionnels ont également signalé des connaissances et compétences insuffisantes. Par ailleurs, l'auto-évaluation du niveau de connaissances et de compétences varie selon l'âge, les jeunes professionnels ayant tendance à percevoir leur niveau comme très insatisfaisant, tandis que les professionnels plus âgés évaluent souvent leur niveau comme très satisfaisant.

Ces données sont cohérentes avec les quelques résultats disponibles dans la littérature. En effet, ce manque de connaissances a été souligné en France, en particulier parmi les médecins généralistes, qui jouent un rôle crucial en tant que premier point de contact dans le parcours de soins (recherche de soins), lequel implique souvent l'intervention d'acteurs pluridisciplinaires. Selon la Société Française d'Alcoologie (SFA), l'identification de l'usage nocif d'alcool est une mission prioritaire pour les médecins généralistes, comme pour tous les professionnels de santé [11]. Depuis la conférence de consensus de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en 2001 sur les modalités de prise en charge des patients alcoolo-dépendants après le sevrage, le médecin généraliste est considéré comme l'acteur central de la prise en charge de ces patients [12]. Une récente enquête du Commonwealth Fund menée auprès de médecins généralistes dans 10 pays à revenu élevé en 2022 a révélé que les médecins généralistes (MG) se sentent relativement moins confiants dans la prise en charge des patients atteints de troubles liés à l'usage de substances (SUD), comme la drogue ou l'alcool, et en particulier en France, où 52 % des MG estiment être les moins préparés pour accompagner ces patients [8].

L'observation d'une sous-estimation du dépistage de la consommation d'alcool avait déjà été établie en 2009 lors de l'enquête Baromètre Santé auprès des médecins généralistes [13]. Dans cette enquête, l'auto-

questionnaire rempli par les médecins généralistes a révélé que seulement 23 % d'entre eux abordaient la question de la consommation d'alcool au moins une fois lors de chaque consultation avec un patient. De plus, seuls 13 % des médecins ont déclaré utiliser des questionnaires standardisés pour dépister une consommation problématique d'alcool [13]. Une étude précédente menée en France, dans le cadre d'un projet de l'OMS, a également conclu que les médecins généralistes restaient généralement dans leur rôle de soignants et abordaient rarement le sujet de l'alcool avec leurs patients [14]. Du point de vue des patients, seulement 17 % d'entre eux, y compris ceux à risque, ont déclaré que leur médecin leur avait posé des questions sur leur consommation d'alcool, que ce soit lors de leur consultation initiale ou lors des consultations suivantes [15].

Une enquête menée auprès des médecins généralistes du Puy-de-Dôme en 2007 [16,17] a mis en évidence un faible niveau de documentation concernant la consommation d'alcool dans les dossiers médicaux des patients (11,22 %, nombre de patients inclus = 2451) et une absence presque systématique d'identification du type de consommation (0,57 %, nombre de patients inclus = 2451). De plus, selon d'autres enquêtes, un faible pourcentage de médecins généralistes a déclaré connaître les techniques de dépistage, d'intervention brève et d'orientation vers un traitement (SBIRT), avec un taux de 42 %. Ce chiffre est similaire à celui observé en Italie, en Allemagne et en Autriche, où il varie entre 40 % et 50 %. Cependant, ce pourcentage est significativement inférieur aux résultats du Royaume-Uni et de l'Espagne, où environ 90 % des médecins déclarent connaître la technique SBIRT, selon l'Alliance de Recherche en Santé Publique sur l'Alcool (AMPHORA) [18,19].

Ce manque de connaissances ne se limite pas aux médecins. Les pharmaciens, qui comptent parmi les professionnels de santé les plus accessibles et qui fournissent des conseils médicaux, ne sont souvent pas préparés à gérer les divers aspects des troubles liés à l'usage de substances (SUD), y compris l'addiction [20]. Une enquête menée auprès des pharmaciens de la région Hauts-de-France a révélé que seulement 51 % d'entre eux estimaient avoir des connaissances suffisantes pour discuter de l'alcool avec leurs patients. En outre, seulement 12 % d'entre eux connaissaient la technique SBIRT pour l'alcool [21]. Enfin, selon l'enquête menée par Menecier et al. [22], seuls 2 % des soignants se considéraient compétents pour s'occuper des personnes âgées confrontées à des problèmes d'alcool (Fig. 1). Bien que nous n'ayons pas exploré ce point dans notre étude, d'autres études rapportent généralement une faible connaissance des recommandations sur la consommation d'alcool (niveaux de consommation à faible risque). Dans le rapport de la Société Française d'Alcoologie (SFA), lorsque la question « Quel est le niveau de consommation d'alcool à faible risque pour un adulte d'âge moyen, correspondant à une consommation quotidienne moyenne de : 0 à 1 ; 1 à 2 ; 2 à 3 ; ou 4 à 5 verres standards par jour ? » est posée aux médecins généralistes et aux infirmiers, seuls 12 % des répondants ont fourni la bonne réponse. Ainsi, les recommandations de la SFA ont été correctement identifiées par seulement un quart des médecins et moins de 10 % des infirmiers (12 % de bonnes réponses au total) [22]. Ce faible taux de reconnaissance des recommandations est cohérent avec celui d'autres études internationales sur les seuils de consommation de l'OMS [23,24] (Fig. 2).

Des études espagnoles menées en Catalogne ont révélé que la connaissance des professionnels de santé sur le sujet de la consommation d'alcool est faible, principalement en raison d'un manque de formation à la prévention [25,26]. D'autres études ont également mis en évidence une insuffisance des connaissances parmi les professionnels de santé [27–29] (Fig. 3).

Selon notre étude, une proportion significative de participants (~28 %) a déclaré n'avoir reçu aucune formation en addictologie. Cependant, la majorité a indiqué avoir besoin d'une formation supplémentaire en addictologie, soit une formation intégrée dans leur cursus initial, soit une autre forme de formation. Ce résultat est cohérent avec les conclusions d'autres études de la littérature. Une

enquête menée en France auprès des infirmiers en 2010 a révélé que plus des deux tiers des répondants déclaraient n'avoir reçu qu'une formation initiale en addictologie [30].

Avoir suivi une formation complémentaire sur les comportements addictifs semble être corrélée aux pratiques dans ce domaine, en particulier en matière de dépistage des drogues. Une étude menée dans les pays de l'Union européenne a mis en évidence une relation directe entre le niveau de formation des médecins généralistes en matière de problèmes liés à l'alcool et le nombre de patients traités [6]. Une autre enquête a révélé une association significative entre le fait d'avoir suivi une formation en addictologie et la connaissance de la technique SBIRT, ainsi que des nouvelles recommandations en matière de consommation d'alcool [31]. Il est également intéressant de noter que suivre une formation supplémentaire en addictologie a conduit à une amélioration statistiquement significative des résultats des tests de connaissance et de pratique, en particulier pour les internes ayant obtenu un Diplôme Universitaire (DU) ou un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) [32]. L'enquête ATLAS-SU de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les ressources pour la prévention et le traitement des troubles liés à l'usage de substances (SUD), menée dans 162 pays [6], a mis en évidence des lacunes dans les programmes de formation en SUD. De manière alarmante, près d'un tiers des pays interrogés ont admis ne pas avoir d'initiatives de formation appropriées pour leur personnel afin de gérer efficacement les SUD. Il est important de noter que la France fait partie des sept pays européens ayant reconnu un déficit en formation spécialisée en psychologie de l'addiction [33]. Une autre étude a mis en évidence une relation entre la quantité d'informations reçues et la compréhension des procédures de soins [34]. De plus, les infirmiers ayant un niveau d'éducation plus élevé ont tendance à développer des attitudes plus positives, car la formation, en plus des connaissances théoriques, favorise le développement de stratégies positives [35].

La Haute Autorité de Santé (HAS) accorde une grande importance à la nécessité d'une formation initiale et continue dans les études sur l'alcool pour les étudiants en médecine et les médecins généralistes (GPs) [32]. De même, la SFA recommande que chaque professionnel de santé reçoive une formation initiale et/ou continue afin d'acquérir ces compétences [11] (Tableau 1).

Nos résultats mettent en évidence des différences dans les niveaux de connaissances et de compétences selon les différents environnements de soins de santé, avec notamment des niveaux de satisfaction plus faibles signalés dans les établissements hospitaliers (publics et privés), la pratique privée et les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues). Ces résultats suggèrent la nécessité d'améliorer les connaissances et les compétences en adaptant les interventions en fonction des contextes spécifiques des soins de santé.

Nos résultats révèlent que certaines professions présentent des niveaux insatisfaisants de compétences et de connaissances sur les problématiques liées à l'alcool, en particulier le personnel de soutien, les pharmaciens, les patients experts, le personnel administratif et les travailleurs sociaux. Ces données suggèrent la nécessité d'améliorer et de développer des formations spécifiquement adaptées à ces professionnels. Dans ce contexte, la SFA (<https://sfalcoologie.fr/nos-formations/>) et l'Association Addictions France (<https://addictions-france.org/formation/offre-nationale-formation/>) proposent un catalogue de formations pour divers professionnels. La MILDeCA et l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) ont créé un module d'apprentissage en ligne sur les connaissances générales en addictologie destiné au grand public et à tous les professionnels (<https://www.drogues.gouv.fr/module-de-e-learning-dedie-aux-conduites-addictives-ehesp-mildeca>).

De plus, pour les professionnels ELSA (équipes de liaison et de soins en addictologie en milieu hospitalier), la plateforme d'e-learning FOR-ELSA a été créée en 2023 avec le soutien du Fonds de lutte contre les addictions (<https://forelsa.fr/login/index.php>).

En France, bien que le pays soit l'un des pays européens disposant d'un nombre important d'heures dédiées à la formation en addictologie, d'un nombre considérable de professeurs d'université en médecine de l'addiction et d'un grand nombre de spécialistes en addictologie, il convient de noter que, de manière générale, le nombre d'enseignements sur les addictions reste très faible, varie considérablement entre les facultés et les instituts, et est parfois inexistant. Par conséquent, la formation est souvent assurée par des programmes de spécialisation ou de formation continue après la formation initiale. La formation de base incluse dans l'enseignement initial sur les addictions apparaît comme insuffisante, comme en témoigne le fait qu'environ 28 % des professionnels de santé interrogés déclarent n'avoir jamais reçu de formation en addictologie. Par ailleurs, la formation continue tout au long de la carrière professionnelle semble essentielle pour améliorer les pratiques en matière de gestion des addictions. Notamment, la France fait partie des sept pays européens ayant signalé un manque de formation spécialisée en psychologie de l'addiction [4]. En termes de formation en médecine de l'addiction en Europe, la France propose des programmes d'une durée de 12 à 24 mois. De plus, toutes les enquêtes menées en France sur ce sujet ont mis en évidence des lacunes de connaissances chez les infirmiers, les médecins et les pharmaciens.

Les résultats de notre enquête indiquent qu'une majorité significative de participants (71 %) perçoivent le besoin de formation sur les problématiques liées à l'alcool comme équivalent à celui requis pour d'autres troubles liés à l'usage de substances (SUD). Malgré sa perception relativement favorable en France par rapport à d'autres substances, la consommation d'alcool est associée à une attitude plus clémente, ce qui peut potentiellement réduire la prise de conscience de la gravité de ses conséquences [36].

Le trouble de l'usage de l'alcool (AUD) en France possède un contexte historique plus étendu que d'autres comportements addictifs, notamment la toxicomanie et le sevrage tabagique. Selon le rapport de 2005 de l'Observatoire de la Médecine Générale, une augmentation de deux fois du nombre de prises en charge de l'addiction au tabac a été observée sur une période de cinq ans, parallèlement à une hausse de 50 % de la prise en charge de la toxicomanie sur la même période. Cependant, malgré ces progrès, la prise en charge de l'addiction à l'alcool est restée stagnante depuis 1998 [37]. Notamment, environ 3,5 millions d'adultes français (7 %) sont touchés par le trouble de l'usage de l'alcool [38], dépassant ainsi la population affectée par la toxicomanie [36]. Par conséquent, le développement de modules de formation complets abordant les problématiques liées à l'alcool aux côtés d'autres comportements addictifs est impératif.

Selon les résultats de notre enquête, les professionnels de santé ont choisi « alcool et psychiatrie » comme leur priorité thématique principale. Ce choix peut s'expliquer par le fait que les états d'intoxication alcoolique sont fréquemment associés à des manifestations psychiatriques, en particulier aux tendances suicidaires (60 % des tentatives de suicide) et aux troubles somatiques (35 %) [39]. De plus, la comorbidité entre les troubles mentaux et le trouble de l'usage de l'alcool (AUD) est particulièrement élevée et bien documentée depuis longtemps [40]. Par ailleurs, les résultats d'une étude menée par l'équipe de l'hôpital St Mary de Londres sont frappants. Parmi les dix motifs les plus fréquents d'admission liés à une consommation pathologique d'alcool, les troubles psychiatriques occupent une place importante. Cela souligne l'importance cruciale de la prise en compte des aspects psychiatriques dans la prise en charge de l'AUD [41]. En outre, le trouble de l'usage de l'alcool est identifié comme l'une des principales causes de démence précoce en France [42].

La deuxième priorité thématique mise en avant par les professionnels de santé est « alcool et soins », un axe clé dans la prise en charge des problématiques liées à l'alcool. Les études indiquent qu'environ 30 % des patients admis aux services d'urgence ont des liens directs (15 à 20 %) ou indirects avec la consommation d'alcool, mettant en évidence son impact significatif sur les services de soins d'urgence

[43]. De plus, la consommation d'alcool figure parmi les principales raisons d'hospitalisation en France [2].

Cependant, Brousse et al. [44] soulignent que le trouble de l'usage de l'alcool (AUD) reste insuffisamment pris en compte dans les services d'urgence en raison d'un manque de formation et de sensibilisation des professionnels de santé concernant les troubles addictifs, mettant en avant la nécessité cruciale d'un dépistage systématique et de réponses appropriées en milieu d'urgence [45].

Les professionnels de santé ont également identifié « alcool et environnement social » comme une priorité clé. Cette reconnaissance découle de l'influence significative du contexte social dans la détection précoce de l'AUD et dans la formation des habitudes de consommation d'alcool individuelles. Il est clair que la consommation d'alcool est étroitement liée au tissu social, comme en témoigne sa prévalence dans divers contextes tels que les foyers, les réunions familiales, les événements sociaux et les fêtes [46]. Ainsi, des études ont révélé que l'alcool est le plus souvent consommé à domicile, lors de célébrations familiales, en compagnie d'amis et lors de soirées [47]. Par conséquent, comprendre les implications de l'environnement social sur les individus souffrant d'AUD est fondamental pour élaborer des approches de prise en charge efficaces.

Cependant, la présente étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, le recours à une enquête auto-administrée introduit un risque de biais, notamment un biais de rappel. De plus, les informations obtenues reposent principalement sur les déclarations personnelles des répondants, ce qui entraîne un risque inhérent d'erreur associé aux données auto-déclarées, pouvant compromettre la fiabilité et la validité des résultats. En outre, la généralisabilité de nos résultats est limitée en raison de la représentativité restreinte de l'échantillon de participants. Une proportion significative des participants provient de seulement deux régions principales et de certains établissements hospitaliers spécifiques. Enfin, les informations présentées incluent uniquement les réponses reçues, ce qui peut introduire un biais de sélection.

En tenant compte de ces limites, il est essentiel de reconnaître que cette enquête constitue un aperçu préliminaire et une mesure de référence, fournissant une compréhension de base qui nécessite une exploration et un approfondissement supplémentaires. Il reste donc un besoin connexe de recherches innovantes axées sur l'identification des besoins en matière de formation, ce qui contribuera au développement d'interventions et de stratégies efficaces dans ce domaine.

5. CONCLUSION

Il existe peu d'études nationales sur les connaissances et les pratiques des professionnels dans le domaine des études sur l'alcool, et encore moins sur leurs attentes. Notre étude met en évidence qu'une proportion significative de professionnels de santé estime que leurs niveaux de connaissances et de compétences en matière de problématiques liées à l'alcool sont insuffisants, et que de nombreux participants n'ont jamais reçu de formation en addictologie. Dans ce contexte, il est impératif de considérer la mise en œuvre de stratégies de formation spécifiques visant à renforcer les connaissances et à améliorer les compétences des professionnels de santé dans le domaine du trouble de l'usage de l'alcool (AUD).

Les futurs programmes de formation devraient tenir compte des thématiques prioritaires et des canaux de diffusion, tout en les personnalisant en fonction de l'âge, de la profession et de la région des professionnels de santé.

Liens et/ou conflits d'intérêts : Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt.

6. REFERENCES

1. Bonaldi C., Hill C. LA. Mortalité Attribuable À L'alcool En France En 2015. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire [Internet]. 2019 [cité 19 sept 2023]; Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.34357.93921>
2. François Paille, Michel Reynaud. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2015; Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/24-25/2015_24-25_1.html
3. I. Obradovic, J. Morel d'Arleux, C. Palle, Aurélie Lermenier-Jeannet. Drugs and drug addictions in France. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) [Internet]. 2020; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/SummaryDDAF2019.pdf>
4. Barral C, Eiroa-Orosa FJ, Navarro-Marfisis MC, Roncero C, Casas M. Assessing knowledge and attitudes towards addictions in medical residents of a general hospital. *Drugs: Edu, Prev Policy* 2015;22(6):457–62 [cité 15 mars 2023] Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09687637.2014.987218>
5. Fernández García JA, Ruiz Moral R, Perula de Torres LA, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, Martínez de la Iglesia J. Effectiveness of medical advice to alcoholic patients and excessive drinkers attended in primary care consultations. *Atención Prim* 2003;31(3):146–53 [cité 16 mars 2023] Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265670370674X>
6. Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, Gual A, Reynolds J, Segura L, et al. Managing alcohol problems in general practice in Europe: Results from the European ODHIN survey of general practitioners. *Alcohol Alcohol* 2014;49(5):531–9 [cité 15 mars 2023] Disponible sur: <http://academic.oup.com/alcalc/article/49/5/531/2888129>
7. Anderson P. Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a world health organization international collaborative survey. *Alcohol Alcohol* 2003;38(6):597–601 [cité 16 mars 2023] Disponible sur: <https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/agg119>
8. Beech J, Fraser C, Gardner T, Buzelli L, Williamson S, Alderwick H. Stressed and overworked: What the commonwealth Fund's 2022 international health policy survey of primary care physicians in 10 countries means for the UK [Internet], The Health Foundation; 2023. mars [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: www.health.org.uk/publications/reports/stressed-and-overworked
9. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 –2022 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
10. Jaussent S, Labarère J, Boyer JP, François P. Propriétés métrologiques des questionnaires de connaissances et de pratiques des professionnels de santé concernant les patients ayant des conduites d'alcoolisation pathologique. *L'Encéphale* 2004;30(5):437–46 [cité 23 août 2023] Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700604954589>
11. Société Française d'Alcoologie. Recommandations de la SFA 2023 - Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. 2023. Disponible sur: <https://sfalcoologie.fr/2023-actualisation-des-recommandations-mesusage-depistage-diagnostic-et-traitement/>
12. ANAES. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Conférence de consensus, Paris, Cité des Sciences et de l'Industrie. Société française d'alcoologie 2001; 2001. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/alcool2.pdf>
13. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du mésusage d'alcool auprès de la médecine générale en France. *Revue d'Épidémiol Santé Publ* 2011;59(5):285–94 [cité 25 août 2023] Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762011003099>
14. Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool en visite au sujet tabac: connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes en France. *Rev Prat Méd Gén* 2002;16:1488–92 Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/hal-01726921/document>
15. Dogon G, Quatremère G, Andlre R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Consommation entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. *Rev Épidémiol Santé Publ* 2013;61(9):210 [cité 30 août 2023] Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762020304648>

16. Blanquet M, Malaval J, Campagne C, Gerbaud L, Llorca PM, Noirfalisse C. Mésusage de l'alcool : un dépistage inexistant. Étude observationnelle de l'activité de dépistage des médecins généralistes. *Alcohol Addictol* 2011;33(3):215 Disponible sur: <http://alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/alacta/article/download/45/335>
17. Blanquet M, Noirfalisse C, Gerbaud L, Llorca PM, Campagne C, Malaval J. Measuring alcohol use disorder in French GPs: an observational survey. *Br J Gen Pract* 2011;61(582):32–7 21. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
18. Blanquet M, Peyrol MF, Morel MF, Morge A, Maradexi B, Gerbaud L, et al. Médecine générale: Prévalence du mésusage de l'alcool et attitudes des médecins libéraux. « General medicine. Prevalence of alcohol abuse and attitudes of private practitioners ». *Rev Alcool Addictol* 2015;27(3):105–13 Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2015-32683->
19. Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A. The AMPHORA Project. 169. Disponible sur: https://amphoraproject.net/view.php?id_cont=45
20. Watson T, Hughes C. Pharmacists and harm reduction: a review of current practice. *Harm Reduct J* 2012;14(3):124–7 [cité 28 août 2023] Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/1038214/153.3.cp214>
21. Hien M, Mabille B, Viguier E, Houchi H, Angerville B, Derouaux A, et al. Intérêt de l'utilisation de l'application smartphone « MYDEFI » d'aide à la réduction de la consommation d'alcool dans l'implication des pharmaciens dans la prévention de la consommation à risque : résultats d'une enquête dans les Hauts-de-France. *Ann Pharm Franc*, 80; 2022. [cité 19 sept 2023] Disponible sur: 711–
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003450922000503>
22. Menecier P, Fernandez L, Pichat M, Lefranc D, Ploton L. Connaissances soignantes à propos de l'usage d'alcool en soins. *Alcool Addictol* 2015;37(2):52–57 Disponible sur: <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/alacta/article/view/455/356>
23. Happell B, Carta B, Pinikahana J. Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: a questionnaire survey. *Nurs Health Sci*. 2002 Dec;4(4):193–200. doi: 10.1046/j.1442-2018.2002.00126.x. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12406206/>
24. Owens L. General practice nurses' knowledge of alcohol use and misuse: a questionnaire survey. *Alcohol* 2000;35(3):259–62 [cité 26 août 2023] Disponible sur: <https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/35.3.259>
25. Bueno Ortiz JM, Auba Llambrich J, Altaba Barceló A, Boneu Castells M, Cabaco Reverte C, Manzano Sarciada A, et al. A multicenter primary care study on alcohol consumption. *Atención Prim* 1997;19(2):80–3 15 févr Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9147574/>
26. Segura García L, Gual Solé A, Montserrat Mestre O, Bueno Belmonte A, Colom Farran J. Detection and handling of alcohol problems in primary care in Catalonia. *Atención Prim* 2006;37(9):484–8 Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16756871>
27. Hughes S, Bengtsson D, Shaart M, Gray R. Novel psychoactive substance use by mental health service consumers: an online survey of inpatient health professionals. *ADD* 2018;11(1):30–9 [cité 25 août 2023] Disponible sur: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ADD-07-2017-0008/full/html>
28. Guirguis A, Corkery JM, Stair JL, Kirton S, Zloh M, Goodair CM, et al. Survey of knowledge of novel psychoactive substances among hospital pharmacists. *Drugs Alcohol Today* 2015;15(2):93–9 [cité 25 août 2023] Disponible sur: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/DAT-03-2015-0012/full/html>
29. Mier R, Gosney P, Roney A, O'Brien A. Psychiatrists' knowledge of novel psychoactive substances. *Drugs Alcohol Today* 2017;17(3):178–85 [cité 25 août 2023] Disponible sur: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/DAT-03-2015-0011/full/html>
30. Fernandez L, Pichat M, Poillot A, Menecier-Ossia L, Lefranc D, Plattier S. Attitudes et connaissances infirmières en matière d'usage d'alcool en soins. *Alcool Addictol* 2015;37(2):4.291–8 Disponible sur: <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/alacta/article/view/455/356>
31. David S, Buyck J-F, Metten M-A. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients Résultats du Panel d'observation des pratiques. Conditions d'exercice en médecine générale [Internet]. Les dossiers de la DREES 2021;80. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-medecins-generalistes-face-aux-conduites-addictives-de->

32. Djengué A, Pham AD, Kowalski V, Burri C. L'alcoologie et les futurs médecins généralistes français. Évaluation des connaissances, des pratiques et de la formation reçue en fin d'internat. *Psychotropes* 2017;23(1):89–109 [cité 30 août 2023] Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2017-1-page-89.htm>
33. Bramness JG, Leonhardt M, Dom G, Batalla A, Flórez Menéndez G, Mann K, et al. Education and training in addiction medicine and psychology across Europe: a EUFAS survey. *Eur Addict Res* 2023;375-85. [cité 15 avr 2024] Disponible sur: <https://karger.com/doi/10.1159/530517>
34. Pillon SC, Laranjeira RR. Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. *Sao Paulo Med J*, 123; 2005. [cité 30 août 2023] Disponible sur: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802005000400048&lng=en&tlng=en
35. Parette HP, Hourcade JJ, Parette PC. Nursing attitudes toward geriatric alcoholism. *J Gerontol Nurs* 1990;16(1):26–31 [cité 30 août 2023] Disponible sur: <https://journals.healio.com/doi/103928/0008-9134-19900101-07>
36. Gillet C, Mossé P. L'alcoolisme: une addiction comme une autre ? *Après-demain* 2009;14-7 2 maljcit(2 sept 2023);N° 10, NF(2) Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2009-2-page-14.htm?ref=doi>
37. Olivier K, Philippe B. Évolution sur 10 ans de la prise en charge des 3 addictions. 2014. OMS Disponible sur: <https://www.gfimg.org/docs/news/trois-addictions.pdf>
38. WHO. Alcohol consumption: levels and patterns: world health organization. 2016. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/frapd?ua=1
39. Inserm. Alcool dommages sociaux abus et dépendances [Internet]. Editions Inserm, 550 pages, 45; 2003. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2017/01/2003_02_25_CP_ExpCol_AlcooletConseq.pdf
40. Benyamina A, Blecha L, Kosim M. Alcool et comorbidités psychiatriques : Une prise en charge pharmacologique simultanée. *Alcool Addictol* 2014 Disponible sur: <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/551>.
41. Huntley JS. Improving detection of alcohol misuse in patients presenting to an accident and emergency department. *Emerg Med J* 2001;18(2):99–104 [cité 5 sept 2023] Disponible sur: <https://emj.bmj.com/lookup/doi/10.1136/emj.18.2.99>.
42. Schwarzingher M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J, Baillot S, et al. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Health* 2018;3(3):e124–32 [cité 21 févr 2022] Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266718300020>.
43. Touquet R, Brown APAT. Revisions to the paddington alcohol test for early identification of alcohol misuse and brief advice to reduce emergency department re-attendance. *Alcohol Alcohol* 2009;44(3):284–6 23 févr 2009 [cité 5 sept 2023] Disponible sur: <https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/agg016>.
44. Brousse G, Geneste-Saalens J, Cabe J, Cottençon O. Alcool et urgences. *La Presse Méd* 2018;47(7-8):667–76 [cité 5 sept 2023] Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498218302665>.
45. Cherpitel CJ, Bond J, Ye Y, Borges G, Room R, Poznyak V, et al. Multi-level analysis of causal attribution of injury to alcohol and modifying effects: data from two international emergency room projects. *Drug Alcohol Depend* 2006;82(3):258–68 [cité 5 sept 2023] Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871605003042>.
46. Leonard KE, Eiden RD. Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 3; 2007. [cité 6 sept 2023] Disponible sur: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091424>.
47. Sudhinaraset M, Wigglesworth C, Takeuchi DT. Social and cultural contexts of alcohol use: influences in a social-ecological framework. *Alcohol Res* 2016;38(1):35–45 Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27159810/>.

Evènements à venir :

Les 4èmes Rencontres sur la Santé mentale

 11 mars 2025

 Maison de la Chimie, Paris

 Lien vers les informations : <https://www.mmconseil.com/evnement/4es-rencontres-sur-la-sante-mentale/>

E-ADD 9e congrès en ligne sur les addictions pour les professionnels

 19 mars 2025

 En ligne

 Lien vers les informations : <https://www.ivmhealth.com/seminaires/egs298/programme.pdf>

JSFA 2025

 26 - 27 mars 2025

 Informations et inscriptions : jsfa.fr

3ème Journée des jeunes addictologues APJA

 28 mars 2025

 Dans les locaux du Fonds Addict'AIDE (groupe VYV), 62-68 rue Jeanne d'Arc, 75013 Paris

 Lien vers les informations : <https://www.ajpja.fr/>

14ème congrès de la Fédération Addiction - Créativité, Art et Addictions

 22 - 23 mai 2025

 Angers

 Lien vers les informations : <https://congres.federationaddiction.fr/>

1er SYMPOSIUM NATIONAL DE LA SECTION MÉDECINE PSYCHÉDELIQUE

 5 juin 2025

 Institut du Cerveau, 47 boulevard de l'Hôpital, 75013 PARIS

 Lien vers les informations : <https://lnkd.in/e5rwjNZt>

Congrès international d'addictologie de l'Albatros 2025 - Addiction et Environnement

 10 - 12 juin 2025

 Novotel Tour Eiffel, 61 quai de Grenelle, 75015 Paris

 Lien vers les informations : <https://congresalbatros.org/>

Les Journées Neurosciences Psychiatrie Neurologie - "Le Cerveau en Partage"

 26 - 27 juin 2025

📍 Palais des Congrès, Paris

🔗 Lien vers les informations : <https://www.fondation-fondamental.org/journees-neurosciences-psychiatrie-neurologie-le-cerveau-en-partage>

10ème édition de l'International Conference on Behavioral Addictions (ICBA)

📅 7 - 9 juillet 2025

📍 Nantes

Organisée par l'International Society for the Study of Behavioral Addictions (ISSBA)

🔗 Lien vers les informations : <https://icba.issba.hu/>

20ème Conférence ESBRA

📅 4 - 6 septembre 2025

📍 Bruxelles

🔗 Lien vers les informations : <https://www.esbra.com/>

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 c/o , 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 Tel.: 33 (0)7 84 75 01 57 - E-mail : revue@sfalcoologie.fr - <https://sfalcoologie.fr/revue/>



alcoologie
et
addictologie