

# Observation et recherche en alcoologie

## Intérêts et limites de l'épidémiologie

**Même si l'alcool et ses conséquences sont un problème majeur de santé publique, alors que de nombreux experts l'ait recommandé, il n'existe pas en France une surveillance épidémiologique coordonnée et pérenne du phénomène. Quelques pistes de réflexion pour pallier ce manque...**

À l'heure actuelle, les données disponibles en alcoologie reflètent une hétérogénéité importante en raison du manque de coordination des enquêtes en population générale pour suivre les consommations à partir des mêmes critères, de l'absence d'enquêtes régulières auprès des sujets traités, et de la multiplicité des structures, spécialisées ou pouvant recevoir des alcooliques, en relation directe ou non avec leur dépendance : services d'urgence, hôpitaux psychiatriques, services sociaux...

Des besoins nouveaux sont apparus depuis quelques années au niveau des populations accueillies, notamment avec une précarisation importante, augmentant les difficultés de prise en charge et d'insertion. Par ailleurs, même si la consommation d'alcool est en baisse avec un net recul des vins de table, une augmentation des conduites d'alcoolisation chez les jeunes est signalée avec une évolution des usages de produits comme la bière ou de nouveaux produits, et des modes d'usage, avec l'augmentation des ivresses ou des poly-intoxications.

Depuis l'installation et la coordination nationale des systèmes de soins spécialisés en alcoologie (ou en toxicomanie) dans les années soixante-dix, des équipes de recherche de l'Inserm ou des Universités sont sollicitées par les responsables de santé publique (ou sécurité publique), pour organiser des études sur les populations concernées par les usages d'alcool et/ou leurs conséquences directes ou indirectes<sup>12, 13</sup>.

Différents producteurs de données ont progressivement constitué des bases d'informations à partir de recueils statistiques ou d'enquêtes à visée sanitaire. Des différentes méthodologies requises, l'épidémiologie se trouve utilisée de façon importante, tant au niveau du raisonnement que des résultats des travaux effectués.

L'épidémiologie, discipline de recherche médicale développée pour connaître la propagation d'une maladie dans une population, a suivi une évolution importante dans ses domaines d'application et ses champs d'investigation. Elle est présente aujourd'hui dans l'ensemble des préoccupations de la santé : depuis les

pathologies jusqu'aux comportements individuels en matière de santé.

Dans l'étude des comportements, les interrelations entre les trois pôles du schéma médical classique de communication entre un agent (microbe), un hôte (individu) et un contexte (favorisant éventuellement la rencontre entre agent et hôte)<sup>18</sup>, apparaissent beaucoup plus complexes. Face à la question générale : y-a-t-il corrélation entre comportements individuels (usages d'alcool, de drogues...) et risque majoré de décès et de maladie, la démarche épidémiologique classique rencontre des difficultés particulières<sup>7</sup>.

Les problèmes de définition des cas demeurent nombreux entre expérimentateurs, usagers récréatifs, réguliers, dépendants.

Des statistiques d'activités (dépistages d'alcoolémie routière) jusqu'aux études cliniques, les informations sont diverses et rarement comparables.

Toutefois, le contexte général des travaux épidémiologiques, malgré les difficultés rencontrées, se situe par rapport à des objectifs de santé publique :

- délimiter les populations concernées,
- connaître leur état de santé et par suite leurs besoins de prise en charge,
- apprécier les modes d'intervention et mener des évaluations comparatives pour

contribuer à la mise en place de réponses différenciées.

La méthodologie générale se décompose en deux axes :

- une surveillance épidémiologique minimale,
- des travaux de recherche en relation avec la clinique du sujet dépendant. Des enquêtes pilotes ont pu être menées pour tester la faisabilité d'enquêtes multicentriques.

Les perspectives des travaux épidémiologiques doivent tenir compte à la fois :

- des exigences de comparabilité des indicateurs sur un plan national et international,
- des soucis d'évaluation d'une politique de soins.

## État des connaissances

L'axe descriptif des travaux épidémiologiques est parfaitement établi au plan théorique sur les indices les plus utiles dans l'étude de nombreuses pathologies ; toutefois les applications souffrent d'imprécisions dans l'étude des comportements humains, du fait essentiellement d'un manque de définitions précises des phénomènes étudiés. Que ce soit à partir des classifications psychiatriques internationales (DSM) ou des grilles statistiques de gestion hospitalière (PMSI), les notions de dépendance fluctuent, rendant difficiles les recueils de données et la comparabilité des résultats.

Au niveau du recueil de données, chaque niveau d'étude requiert une organisation particulière et les travaux épidémiologiques ou biostatistiques doivent tenir compte :

- du contexte législatif : produits illicites, réglementation en matière d'alcool...
- du système de soins mis en place dans un cadre de santé publique (centres spécialisés),
- des différentes réponses sociales organisées face aux conséquences des abus (interpellations, incarcérations, injonctions de soins).

Plusieurs enquêtes ont été réalisées

par la direction générale de la Santé, l'Inserm ou l'ANPA pour les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

Les méthodologies de ces enquêtes varient d'une période à l'autre, d'un organisme responsable à un autre, rendant les comparaisons difficiles. Un effort remarquable est actuellement réalisé dans plusieurs régions vers la recherche d'une base minimale de données recueillies de façon homogène pour mieux appréhender la population accueillie (avec la participation des ORS). Un groupe d'experts réuni par le ministère des Transports en 1995 pour la Sécurité routière, puis un autre groupe de cliniciens et alcoologues (IDA) en 1997, ont rassemblé des informations en provenance de plusieurs champs, de la production et des ventes jusqu'aux considérations sanitaires. Ils recommandent coordination et permanence des systèmes d'informations pour l'établissement de données minimales comparables pour suivre l'évolution des conduites d'alcoolisation.

Au niveau des résultats établis actuellement, plusieurs ouvrages et articles reflètent les niveaux de consommations en population générale ou traitée et leurs tendances<sup>2, 3, 8, 20</sup>.

L'axe analytique de l'épidémiologie se heurte aux difficultés classiques de l'expérimentation dans le domaine des comportements humains, d'où l'absence de cohorte pour établir les risques relatifs imputables à des facteurs d'exposition supposés, en termes bio-psycho-sociaux. Toutefois, les études en neurobiologie et génétique sont nombreuses, suscitant parfois discussions et controverses<sup>15</sup>.

Les questions scientifiques restent majeures sur les bénéfices et risques sanitaires imputables à des niveaux de consommation d'alcool. Une expertise collective à l'Inserm contribuerait favorablement à établir les connaissances acquises sur ce sujet et à éclairer les directions prioritaires des travaux à entreprendre.

Pour les études épidémiologiques actuelles, au niveau des analyses statistiques, deux niveaux de difficultés sont à souligner :

- la constitution d'échantillons et leur représentativité,

- l'utilisation de méthodes statistiques multifactorielles et la définition de paramètres pour des essais de modélisation.

Au niveau des résultats des études, les interprétations des facteurs de risque sont complexes, mais valablement réduits si on utilise plusieurs indicateurs à la fois pour l'analyse des phénomènes : indicateurs d'activités et indicateurs de population sont recommandés par le Conseil de l'Europe dans l'étude multi-villes sur la toxicomanie et l'abus de psychotropes<sup>6</sup>.

L'axe de l'évaluation en épidémiologie, développé essentiellement dans le cadre des essais thérapeutiques, possède des bases théoriques bien établies. Toutefois dans le champ des interventions plus larges, sociales autant que sanitaires, les difficultés sont plus nombreuses, soulignées par de nombreux chercheurs<sup>16, 18</sup>.

D'après la définition de l'évaluation des techniques et des stratégies médicales donnée par l'Office of technology assessment (OTA) : « l'évaluation est une démarche spécifique qui permet d'analyser les conséquences à court et à long terme des techniques médicales et peut ainsi devenir la source d'informations nécessaires aux décideurs politiques pour la gestion du système, aux industriels pour développer leurs produits, aux professionnels de la santé pour traiter leurs patients, et aux usagers pour prendre leurs propres décisions concernant leur santé ».

L'évaluation, considérée comme une mesure de la valeur d'une technique ou d'une procédure, intègre divers éléments :

- l'efficacité expérimentale (*efficacy*), mesurée dans des conditions expérimentales, afin de prouver l'efficacité de la technologie mise en œuvre, la méthodologie habituelle étant l'essai randomisé,
- l'efficacité pragmatique (*effectiveness*), mesurée sur le terrain, dans des conditions normales d'exercice du système de soins, prenant en compte les problèmes d'acceptabilité de la technique ou d'observance du traitement,
- l'efficacité (*efficiency*), ou rendement des moyens mis en œuvre pour arriver à un résultat optimum.

Pour les pratiques soignantes, les

méthodes d'évaluation couramment empruntées comportent :

- la revue journalière de dossiers en présence d'équipe,
- l'examen rétrospectif des dossiers du service sur un thème précis,
- l'élaboration de tableaux de bord d'indicateurs synthétiques à partir d'une base de données informatisée, permettant de suivre des évolutions de recrutement de population ou de changement d'attitudes soignantes.

Les chercheurs s'accordent à recommander la prise en compte d'autres paramètres dans l'évaluation des pratiques et des résultats. Ainsi, la mise en place progressive de politiques de régionalisation des soins en France doit se traduire par des critères d'efficacité en fonction des objectifs établis, et de spécificités locales<sup>22</sup>.

## Perspectives pour les travaux épidémiologiques

Pour améliorer la connaissance épidémiologique des sujets concernés par les abus de psychotropes, plusieurs axes de recherche peuvent être développés :

- la mortalité à travers les causes principales ou associées de décès ;
- la morbidité directe au niveau des lieux de soins spécialisés en alcoologie, pour décrire les caractéristiques des sujets dépendants et évaluer leurs besoins de soins et de prise en charge ;
- la morbidité indirecte au niveau des lieux de soins : des études ponctuelles auprès de groupes particuliers marqués par une déviance ou une difficulté entraînant un recours aux soins ou une intervention sociale : suicidants, accidentés de la route... pour rechercher la présence de substances psychotropes en relation avec ces conduites ;
- la morbidité directe repérée au niveau de lieux d'intervention judiciaire (hôtel de police, antenne-alcool en milieu pénitentiaire, sécurité routière) ;
- la typologie des usages d'alcool en population générale pour relativiser les abus et dépendances.

Après l'établissement d'un cadrage

général des données actuelles, l'analyse des résultats est à envisager en fonction d'autres pathologies ou d'autres difficultés sociales en lien avec les conduites d'alcoolisme.

Pour prolonger et approfondir les indicateurs de base, des sous-thèmes de recherche sont à soutenir, en articulation avec le système d'informations de base, notamment sur un plan statistique, par exemple, avec une méthodologie de « greffes d'enquêtes » développée au Credoc<sup>9</sup>.

D'ores et déjà, divers sous-thèmes correspondent à des problématiques actuelles :

- drogue et alcool.
- suicide et alcool.
- travail et alcool.
- famille et alcool.
- grossesse et alcool.

Par ailleurs différentes passerelles sont à construire avec d'autres disciplines d'observation et de recherche : les interactions entre domaine social et domaine médical sont actuellement suffisamment connues, certes de façon incomplète dans le champ des comportements, pour que leur prise en compte soit un préalable à tout système d'informations larges en alcoologie. Encore faut-il que les objectifs de toute étude soient bien identifiés : contrôle administratif, connaissance globale de population, approche clinique.

## Projet de réseau d'observation et recherche en alcoologie

Les résultats des études épidémiologiques récentes, leurs interprétations par les professionnels de santé publique et leurs confrontations avec d'autres approches et d'autres interrogations en provenance des décideurs, des politiques ou des personnes directement concernées concourent à proposer un projet de travail, de base épidémiologique.

Un groupe de travail pourrait être constitué, avec des experts en alcoologie et épidémiologie, assurant la représentation des différents champs d'intervention : la santé publique, l'épidémiologie,

la génétique, la psychiatrie, les soins spécialisés, la médecine générale, la prévention et le secteur social, la médecine légale, la justice et la réglementation, la sécurité routière, la production et sa taxation.

Un recensement des données disponibles dans chaque champ peut être effectué, avec analyse des objectifs, nature des données, périodicité et représentativité, intérêt et limites des résultats. Au-delà de l'état des lieux, les possibilités de mise en commun sont à confronter aux objectifs de santé publique. Des analyses statistiques sur les données disponibles devront préciser les niveaux de pertinence et validité des indicateurs, afin d'établir une « plateforme minimale » d'informations régulières à recueillir et suivre dans l'espace et le temps. L'accessibilité des fichiers à d'autres structures sera particulièrement envisagée, pour préparer les autorisations institutionnelles.

Parallèlement, un réseau d'évaluation avec un groupe de cliniciens aura pour objectif de constituer une base de données permettant d'évaluer les pratiques ; il devra pour cela réunir des données individuelles sur des patients permettant une analyse fine des relations entre pratiques et résultats ; des données communes avec les indicateurs de base devront permettre la relativisation des échantillons cliniques.

Les grands principes de ce réseau sont :

- le volontariat,
- la transmission à un service centralisateur des données,
- l'analyse globale des données remise aux instances de santé publique,
- le retour d'information aux centres, leur permettant de comparer leurs propres résultats à ceux du fichier centralisé.

S'appuyer sur des services volontaires et motivés garantit une qualité de l'information et un complément indispensable aux systèmes d'information actuels. Le réseau d'équipes associées peut aussi apporter sa contribution, dans la mesure où des correspondants sont prêts à collaborer à des programmes de recherche.

Des études d'intervention pourront porter aussi bien sur des thérapeutiques

nouvelles que sur des modes de prise en charge psychosociale.

Différents niveaux d'évaluation sont à prévoir en fonction des demandes des instances administratives et des deux secteurs d'activité, la prévention et les soins.

Un réseau multivilles pourrait être constitué rapidement à partir d'une sélection en fonction de trois densités d'activités médico-sociales, en réponse aux problèmes liés aux consommations d'alcool.

Compte tenu des difficultés régulières rencontrées depuis la disparition du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme pour organiser un système d'informations en alcoologie, un contexte de recherche publique comme l'Inserm est intéressant pour établir les bases d'une telle entreprise, de par son statut d'indépendance et sa faculté à réunir des experts.

## Le nécessaire soutien des instances politiques

Malgré les recommandations faites par différents groupes de travail et commissions *ad hoc*, il n'existe pas encore en France une surveillance épidémiologique coordonnée dans le champ des dépendances, même si un certain nombre de données permettent de caractériser la situation française dans un contexte européen<sup>12</sup>.

Au niveau français, de grandes disparités géographiques perdurent, morts violentes et difficultés liées à l'alcoolisme prennent une grande part dans la mortalité générale. Les caractéristiques des accidentés montrent l'influence des substances psychotropes, l'alcool en tout premier lieu<sup>13,14</sup>.

De tels travaux sur les indicateurs de santé et d'adaptation sociale, de portée régionale ou nationale, ont besoin du soutien des instances politiques de santé publique, dans un contexte de recherche indépendante des services cliniques et des services administratifs, pour faciliter l'observation, l'analyse et les recommandations d'actions.

Au-delà de la surveillance des usages

d'alcool et de leurs conséquences, l'épidémiologie se trouve sollicitée comme méthodologie, pour accompagner les demandes d'évaluation. Face à des dépenses de santé croissantes, la nécessité de mieux apprécier l'impact des réponses sanitaires face aux besoins exprimés implique des études globales.

Par ailleurs, peu de travaux sont menés associant plusieurs équipes cliniques et des chercheurs, dans des études multicentriques où des hypothèses cliniques puissent être testées sur un échantillon suffisamment large avec un protocole de recherche rigoureux, autorisant l'utilisation de méthodes statistiques, contrairement à d'autres pays où l'épidémiologie clinique est pratiquée, comme au Canada<sup>11</sup>.

Une démarche d'épidémiologie clinique s'avère praticable, encore faudrait-il qu'elle ne soit pas confondue avec la psychométrie seule ou l'évaluation administrative. Elle pourra se développer dans des réseaux de recherche clinique<sup>21</sup> où différentes méthodes seront envisagées pour tester des hypothèses fortes, avec le temps et la sérénité nécessaires à toute activité de recherche.

Dans un souci de répondre à la fois à des objectifs de surveillance épidémiologique et d'évaluation des pratiques sanitaires et sociales, un réseau d'observation et de recherche en alcoologie, représentatif des domaines concernés et dans un premier temps, issu de plusieurs zones géographiques françaises contrastées, assuré d'un statut d'indépendance et de moyens durables, serait une ressource importante pour les instances de santé publique. ■

## Françoise Facy

Directeur de recherche, Inserm U. 302  
Le Vésinet

## Bibliographie

1. J. Ades, M. Lejoyeux. *Les conduites alcooliques et leurs traitements*. Paris : Doin, 1997.
2. R. Chapuis. *Consultants des CHAA qui êtes-vous ? Rapport 1996*. Paris : ANPA
3. M. Choquet, S. Ledoux. *La santé des adolescents*. Paris : Les Éditions Inserm, La Documentation française, 1994.
4. DGS, Bureau SP3. *Informations issues de l'exploitation du rapport-type sur le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1995*. Paris : ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996.
5. P. Ducimetière, L. Guize, A. Marciniak, M. Milon, J. Richard, P. Refat. *Arteriographically documented coronary artery disease and alcohol consumption in French men : the CORALI study*. Eur. Heart J., 1993, 14 (6) : 727-733.
6. Étude multivilles. *Tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes*. Groupe Pompidou. Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1994, 174 p.
7. F. Facy, C. Le Poulennec. *Séminaire d'évaluation en alcoologie et toxicomanie*. Édition Rite, 1995.
8. N. Guignon. *Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992. Solidarité santé n° 1 : les Français et leur santé*, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, janvier 1994.
9. L. Haeusler, D. Rösch, F. Facy. *Opinions des Français sur les stupéfiants. Consommations associées d'alcool, tabac et tranquillisants*. Collection des rapports Credoc, 1988.
10. M. Mauffret. *Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool. Actualité et dossier en santé publique*, n° 4, septembre 1993.
11. M. Jenicek, R. Cleroux. *L'épidémiologie clinique. Clinimétrie*. Ed. Inserm-Maloine, 1985, 254 p.
12. *La santé en France*. Rapport du Haut Comité de la santé publique. Paris : La Documentation Française, 1996.