

9

Données épidémiologiques sur l'abus, la dépendance et les comorbidités

Parmi les disciplines scientifiques mobilisées pour l'étude de la santé des populations, l'épidémiologie classique (développée à l'origine pour suivre les maladies transmissibles et établir des bases scientifiques à des actions de prévention et de prise en charge des malades) fournit encore un cadre conceptuel d'actualité pour l'adaptation des structures de santé publique aux besoins actuels, qu'ils soient liés à des comportements individuels (comme l'abus d'alcool) ou à des facteurs environnementaux (comme les infections nosocomiales). L'extension du schéma médical classique (ou « pasteurien ») : « agent-hôte-contexte » des maladies à d'autres troubles (en particulier liés à des conduites à risque d'abus, de dépendance à des substances psychoactives) nécessite des articulations pluridisciplinaires pour la compréhension des processus bio-psycho-sociaux et pour l'implantation des interventions de natures différentes (médico-psycho-sociales) requises dans l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool. L'adaptation de l'épidémiologie aux différents domaines de santé suit l'évolution de l'Organisation mondiale de la santé qui considère le champ de la santé humaine dans un contexte plus global, défini comme l'univers du bien-être. Les domaines de la santé concourant au bien-être englobent les différentes fonctions, comme la vue, la parole, la mémoire. Les autres domaines du bien-être concernent l'éducation, l'emploi et l'environnement.

Outils

Les épidémiologistes distinguent plusieurs types d'outils pour mesurer les niveaux de santé : les classifications, les outils pour étudier le fonctionnement des sujets et les outils pour le repérage de certaines situations.

Classifications

Les outils utilisés pour mesurer les niveaux de santé des individus, et par suite des populations, ont considérablement évolué et la Classification internationale des maladies (CIM) en est à sa dixième version. Elle est structurée

suivant les maladies en fonction de classements étiologiques, anatomiques et des causes externes de traumatismes. Elle permet, par son utilisation sur des populations importantes, d'étudier les facteurs influant sur l'état de santé et les motifs de recours aux services de santé.

Pour repérer des problèmes liés à des usages nocifs de substances psychoactives (SPA) la rubrique F10, complétée par ses subdivisions, distingue produits et symptômes (Adams et coll., 1989) (tableaux 9.I et 9.II).

Tableau 9.I : CIM-10 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de diverses substances psychoactives (SPA)

CIM-10	Produits
F 10.-	Alcool
F 11.-	Opiacés
F 12.-	dérivés du Cannabis
F 13.-	Sédatifs ou Hypnotiques
F 14.-	Cocaïne
F 15.-	autres Stimulants y compris la Caféine
F 16.-	Hallucinogènes
F 17.-	Tabac
F 18.-	Solvants volatils
F 19.-	Drogues multiples et autres SPA

Tableau 9.II : CIM-10 : Subdivisions utilisées comme quatrième caractère avec les rubriques F10-F19 (Troubles mentaux et du comportement)

CIM-10	Subdivisions
.0	Intoxication aiguë
.1	Utilisation nocive pour la santé
.2	Syndrome de dépendance
.3	Syndrome de sevrage
.4	Syndrome de sevrage avec <i>delirium</i>
.5	Trouble psychotique
.6	Syndrome amnésique
.7	Trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive
.8	Autres troubles mentaux et du comportement
.9	Trouble mental ou du comportement, sans précision

Outils pour étudier le fonctionnement des sujets

Parallèlement aux outils de mesure de l'état de santé, des outils pour étudier le fonctionnement des sujets sont mis en place. En 1980, la Classification

internationale des handicaps vise à mesurer à titre expérimental les déficiences, incapacités et désavantages. En 2001, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) est approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé. Elle est publiée en anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe. Le service CépïcDc-Inserm est son correspondant.

La structure de la CIF se décompose en deux parties : fonctionnement-handicap et facteurs contextuels. La partie 1 détaille d'une part les fonctions organiques et structures anatomiques et d'autre part les niveaux de capacité et performances dans les activités et la participation. La partie 2 décrit les facteurs environnementaux et personnels en termes d'aide ou d'obstacle.

Dans le domaine des conduites d'abus et dépendance aux substances psychoactives, les principales classifications sont les suivantes (Paille, 2000) :

- DSM-IV et CIM-10, classifications internationales, utilisées en psychiatrie et en médecine générale, où la dépendance est une entité psychopathologique de même que l'abus. Les grandes enquêtes américaines utilisent ces outils.
- Typologies comportementales : elles distinguent alcoolisations aiguës, chroniques et intermittentes.
- Typologies psycho-comportementales développées par Jenicek (Dixit et Crum, 2000 ; Hanna et Grant, 1999).
- Typologies à partir des données épidémiologiques et cliniques : alcoolismes primaire et secondaire sont distingués (Nelson et coll., 1998).
- Typologies multidimensionnelles (Cloninger, 1987 ; Babor et coll., 1992).
- Typologies cliniques (Little, 1990 ; Van Dijk, 1979).

Actuellement les impératifs de santé publique plaident en faveur d'outils internationaux validés qui facilitent la comparaison des populations traitées et l'évaluation des interventions. Cependant des outils ont été construits en fonction de situations cliniques où sélection des patients et options théoriques ont prévalu et l'un des outils les plus utilisés en milieu clinique est le DSM-IV (*American psychiatric association*, 1996) qui permet la distinction entre abus et dépendance (tableau 9.III).

Outils de repérage

Pour l'étude de sous-groupes de population, l'épidémiologie, comme d'autres disciplines scientifiques, requiert la définition la plus précise possible des cas. L'utilisation du dépistage est particulièrement développée en épidémiologie classique (pour les maladies transmissibles), elle donne lieu à de nombreuses discussions dans le domaine des comportements individuels dommageables pour la santé et particulièrement pour les usages d'alcool (Adès, 2002). Les outils de repérage sont élaborés en situation d'observation globale de population, en situation clinique (de médecine générale, de psychiatrie), ou dans d'autres situations de fonctionnement social – par rapport à la réglementation par exemple – (Adès, 2002). L'évolution des connaissances et des pratiques

Tableau 9.III : Critères d'abus et dépendance à l'alcool selon le DSM-IV

Abus d'une substance selon le DSM-IV

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

1. utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
 2. utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 3. problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance.
 4. utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents.
-

Dépendance à une substance selon le DSM-IV

Présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. tolérance (quantité ou effet).
 2. sevrage (syndrome).
 3. substance souvent prise en quantité plus importante ou prolongée.
 4. désir persistant.
 5. beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance.
 6. activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées.
 7. utilisation de la substance poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent.
-

montre en une vingtaine d'années différents schémas d'observation et d'intervention : depuis les modèles socio-cognitifs développés par Skinner (Skinner, 1953 ; Skinner et Sheu, 1982) au diagramme de Van Dijk (1979), les trajectoires individuelles sont appréhendées en termes de complexité et diversité. Les réponses au niveau des préventions primaire, secondaire et tertiaire ne peuvent plus suivre l'évolution d'une maladie classique, transposée *stricto sensu* aux conséquences de comportements individuels.

Le concept d'addiction réutilisé en France dans l'approche des effets des substances psychoactives provoque des confrontations entre options cliniques et choix de santé publique : le modèle de Goodman (1990) donne des critères communs à l'addiction et à la dépendance tandis que Reynaud et coll. (2000) englobent abus et dépendance.

Méthodologies des études en population générale et en population clinique

La prévalence de l'abus et la dépendance à l'alcool est estimée à partir des études en population générale alors que l'épidémiologie clinique s'adresse aux situations d'observation et de prises en charge des patients.

En population générale

En population générale, différentes considérations de méthodologie peuvent être faites à la confrontation des études internationales : représentativité des échantillons (critères de choix, groupes cachés tels les sans domicile fixes, précaires, toxicomanes), modes d'entretien (téléphone, rencontre et refus), nature des questions suivant les outils (comme DSM, Audadis – *Alcohol use disorders and associated disabilities interview schedule*). Les risques de non-réponses se conjuguent à la sous-estimation d'une consommation auto-rapportée.

Pour l'analyse des résultats recueillis, des hypothèses sont classiques dans le traitement des données par âge (Anthony et Echeagaray-Wagner, 2000) pour comparer les groupes et leurs évolutions. La répétition des études dans l'espace et le temps fournit des indicateurs d'évolution et de contexte des consommations.

Les méthodologies utilisées diffèrent suivant les plans d'observation : cohortes longitudinales (Grant, 2000 ; Tam et Midanik, 2000 ; Muthen et Muthen, 2000) ; enquête nationale américaine transversale (Grant, 2000 ; Nelson et coll., 1998) ; groupes comparatifs (Regier et coll., 1990) en des lieux contrastés (rue, route), structures (prévention, soins), milieux de vie (travail, loisirs).

En France, l'absence de grande enquête nationale, avec des outils validés, est manifeste. Des groupes comparatifs sont souvent décrits mais les biais de sélection sont nombreux et limitent les extrapolations.

La complémentarité entre épidémiologie (qui sous-estime généralement les situations marginales) et disciplines des sciences humaines (qui au contraire les prennent en compte) est nécessaire pour compléter les observations (Widlöcher et coll., 1997). C'est pourquoi il serait intéressant d'affiner les liens entre usages de psychotropes et adaptations aux contextes. En effet, la comparaison avec les facteurs classiquement retenus pour les inégalités sociales (l'âge, le genre, l'ethnie, CSP) serait utile pour le suivi épidémiologique des abus d'alcool (Nelson et coll., 1998 : problèmes d'origine ; Tam et Midanik, 2000 : différence démographique).

L'approche macro-épidémiologique des processus de consommation permet de délimiter des typologies d'usages et de les corrélérer avec les données environnementales. Par exemples : marché et offres de produits – style de vie et jeunes (Grant, 2000) – polyconsommations alcool-tabac (Anthony et Echeagaray-Wagner, 2000) – occasions et quantités (mode) – symptômes (Harford, 1991 ; Tam et Midanik, 2000) – suites d'intervention : contrôles routiers (Got et Weill, 1997), traitement de substitution – expositions familiales (Grant, 2000).

La description des usages et seuils de risque encourus ou consentis fournit des éléments de progression temporelle des symptômes (Nelson et coll., 1998).

L'analyse des processus de consommation en interaction avec le contexte permet de tester des hypothèses cliniques (Tam et Midanik, 2000).

Deux processus sont identifiés :

- abus, vulnérabilité du contrôle, dépendance ;
- abus, tolérance, vulnérabilité du contrôle, dépendance psychique.

Épidémiologie clinique

Parallèlement aux études d'épidémiologie en population générale, l'épidémiologie clinique (telle que la définit Jenicek – Jenicek et Cléroux, 1985), s'adresse aux situations d'observation et prise en charge de patients. Ses caractéristiques sont un petit échantillon, une sélection de structures et d'interventions, des outils spécifiques tel l'entretien individuel (ASI – *Addiction severity index* ; IGT – Indice de gravité de toxicomanie). Son intérêt principal est de permettre un suivi en termes de parcours individuel (début, pics de consommation, durée...) en parallèle avec le parcours de vie et le recours aux soins.

Des études plus larges peuvent reprendre des hypothèses sur les liens entre trajectoires et comorbidité (Jackson et coll., 2000). Des sous-groupes étudiés permettent des estimations de risques relatifs en fonction de co-occurrences entre abus d'alcool et troubles mentaux. Les limites de cette approche tiennent à différents points : sélection des sujets ; déperdition dans le temps (prospective) ; biais de mémorisation (rétrospective) ; orientation psychologique ou somatique ou judiciaire (pluri-approche rare due au cloisonnement des interventions) ; outils internationaux non validés.

Prévalences d'abus et de dépendance à l'alcool

Les données de prévalence d'abus et de dépendance à l'alcool sont essentiellement issues des travaux américains.

Données américaines

La prévalence d'abus-dépendance à l'alcool a été évaluée dans les grandes enquêtes nationales américaines : *Epidemiologic catchment area* (ECA), *National longitudinal alcohol epidemiologic survey* (NLAES), *National comorbidity survey* (NCS), *National household survey on drug abuse* (NHSDA). La prévalence est déterminée sur la base d'autoquestionnaires établis d'après le DSM (*proxy measure*).

La prévalence-vie de dépendance à l'alcool dans un échantillon représentatif de la population américaine âgée de 15 à 54 ans est estimée à 14 % dans l'échantillon total et à 15 % parmi les consommateurs. À titre de comparaison, dans la même enquête, la prévalence-vie de dépendance au tabac est

de 24 % et de 32 % parmi les usagers. La dépendance à l'alcool touche donc une personne sur sept (tableau 9.IV).

Tableau 9.IV : Prévalence-vie de consommation de tabac et d'alcool et de dépendance à ces substances dans un échantillon représentatif de la population américaine âgée de 15 à 54 ans (d'après Anthony et coll., 1994)

Substance	Prévalence (% ± déviation standard)		
	Consommation	Dépendance dans l'échantillon total	Dépendance parmi les usagers
Tabac	75,6 ± 0,6	24,1 ± 1,0	31,9
Alcool	91,5 ± 0,5	14,1 ± 0,7	15,4 ± 0,7

Les hommes sont plus souvent affectés par la dépendance que les femmes. La prévalence-vie de dépendance est de 20 % chez les hommes (21 % parmi les consommateurs) et de 8 % chez les femmes (9 % parmi les consommatrices) (tableau 9.V).

Tableau 9.V : Prévalence-vie de consommation et de dépendance à l'alcool selon le sexe, dans un échantillon représentatif de la population américaine âgée de 15 à 54 ans (d'après Anthony et coll., 1994)

	Prévalence (% ± déviation standard)		
	Consommation	Dépendance dans l'échantillon total	Dépendance parmi les usagers
Hommes	93,5 ± 0,5	20,1 ± 1	21,4 ± 1
Femmes	89,6 ± 0,7	8,2 ± 0,7	9,2 ± 0,8

Les personnes sans emploi ont 2,4 fois plus de risque d'avoir une dépendance à l'alcool que les personnes qui ont une activité professionnelle (Anthony et coll., 1994). De même les personnes qui ont été peu à l'école sont plus à risque que des personnes ayant fait de longues études.

Les personnes vivant seules sont plus susceptibles de devenir dépendantes. Si l'on considère le statut marital, les personnes divorcées, veuves ou séparées auront plus tendance à devenir dépendantes que les personnes mariées ou n'ayant jamais été mariées (Anthony et coll., 1994).

Kandel et coll. (1997) ont rassemblé trois grandes enquêtes transversales de 1991, 1992 et 1993 (NHSDA) en population générale de plus de 12 ans (n = 87 915). La prévalence sur les douze derniers mois pour la dépendance à l'alcool (selon les critères DSM-IV par une mesure proxy) est de 3,4 %, celle pour le tabac de 8,6 %. Les hommes sont plus dépendants que les femmes.

Mais l'analyse par sous-groupe d'âge indique que les adolescentes (12-17 ans) sont plus à risque de dépendance que les adolescents et plus à risque que les autres groupes de femmes (tableau 9.VI).

Tableau 9.VI : Prévalence de la dépendance à l'alcool parmi les usagers au cours des douze derniers mois selon l'âge et le sexe (d'après Kandel et coll., 1997)

Tranches d'âges (ans)	Prévalence (%) de dépendance à l'alcool		
	Total	Hommes	Femmes
12-17	8,1 ± 0,6	7,5 ± 0,7	8,7 ± 0,8
18-25	8,1 ± 0,5	10,7 ± 0,7	5,4 ± 0,5***
26-34	5,8 ± 0,3	8,0 ± 0,5	3,4 ± 0,3***
35-49	4,6 ± 0,4	6,0 ± 0,6	3,1 ± 0,3***
> 50	2,9 ± 0,4	3,5 ± 0,6	2,1 ± 0,4*
Total	5,2 ± 0,2	6,7 ± 0,3	3,6 ± 0,2***

* p ≤ 0,05 ; *** p ≤ 0,001

Le concept de syndrome de dépendance affecté d'un degré de sévérité est issu du travail effectué avec les consommateurs excessifs d'alcool, plus tard avec les fumeurs de tabac et enfin généralisé à toutes les substances (Woody et coll., 1993). Pour l'ensemble des substances, la sévérité est globalement corrélée aux mesures de quantité et de fréquence ainsi que de problèmes associés. Un score reflétant la sévérité de l'usage est calculé pour tous les sujets ayant utilisé 6 fois ou plus chaque substance. Le tableau 9.VII indique que dans 61 % des cas une consommation élevée est associée à une dépendance sévère.

Tableau 9.VII : Sévérité de la dépendance à l'alcool en fonction de la consommation (d'après Woody et coll., 1993)

Dépendance (nombre de critères DSM-IV)	Répartition (%) des sujets en fonction du type de consommation											
	Basse			Intermédiaire			Élevée			Total		
	T	A	C	T	A	C	T	A	C	T	A	C
Nulle (0-2)	18	88	85	14	45	53	5	8	35	13	47	59
Faible (3-4)	28	8	11	30	22	21	22	12	24	27	14	18
Modérée (5-6)	34	3	2	39	15	14	51	19	23	40	12	13
Sévère (7-9)	19	1	3	17	17	12	23	61	17	20	27	10

T : tabac ; A : alcool ; C : cannabis

Données françaises

En France, d'après les données du Baromètre santé, 8,6 % des 12 à 75 ans sont ou ont été à risque de consommation excessive (selon le questionnaire DETA) : 13,3 % des hommes et 4 % des femmes. La prévalence la plus élevée se situe entre 45-54 ans. Les hommes au chômage (19,4 %), les travailleurs indépendants (20,3 %) et les femmes cadres (9 %) constituent les groupes où la fréquence de dépendance selon le test DETA est la plus élevée. Trois régions se distinguent en ce qui concerne la prévalence des dépendances : l'Île-de-France (principalement parmi les femmes), la Champagne-Ardenne et la Lorraine. Un lien est mis en évidence avec la fréquence des ivresses, la consommation de tabac et de cannabis. On n'observe pas d'évolution de la dépendance (selon le DETA) entre 1992, 1995 et 2000 pour les plus de 20 ans.

Consommation d'alcool et troubles mentaux

Trois types d'études portent sur les interrelations entre les troubles mentaux et l'alcoolodépendance.

- La recherche de la prévalence d'abus et de dépendance à l'alcool parmi les sujets souffrant de troubles mentaux.
- La recherche de la prévalence de trouble mentaux chez les sujets alcoolodépendants.
- L'évaluation en population générale de la fréquence de la co-occurrence alcoolodépendance et trouble mental.

Les grandes enquêtes américaines ont recherché la fréquence des co-occurrences entre troubles mentaux et abus, dépendance à l'alcool. D'après l'*Epidemiologic catchment area program* (ECA) du *National institute of mental health*, en 1990 (Regier et coll., 1990) parmi les individus avec un diagnostic de trouble mental (22,5 % de prévalence-vie dans la population), la prévalence-vie de trouble lié à une substance psychoactive était de 29 % (incluant le chevauchement de 22 % pour l'alcool et de 15 % pour les autres drogues). Parmi ceux qui n'ont pas de diagnostic de trouble mental, la prévalence d'abus de substance est de 13 % et d'abus d'alcool de 11 %. Ainsi, avoir un trouble mental multiplie par deux le risque d'avoir un trouble lié à l'alcool et par quatre celui d'avoir un trouble d'abus de drogues.

Pour les sujets présentant abus ou dépendance à l'alcool (13,5 % de la population), le taux de comorbidité avec un autre trouble mental était de 37 %. Le plus haut taux de comorbidité se retrouvait chez ceux ayant un trouble lié à une autre drogue (6 % de la population) : plus de la moitié (53 %) d'entre eux avaient un diagnostic concomitant de trouble mental. Ainsi, pour un individu qui présente abus ou dépendance à l'alcool, le taux de trouble mental est presque doublé par rapport aux personnes qui n'ont pas de problème avec l'alcool. La dépendance ou l'abus d'une substance augmente de sept fois le risque de dépendance à une autre substance addictive.

D'après les résultats de l'enquête ECA (Regier et coll., 1990), la population schizophrène est trois fois plus à risque de développer un trouble relié à l'alcool et six fois plus à risque pour les autres drogues. Chez les patients avec une personnalité antisociale, l'abus de substance qui est un des principaux critères diagnostiques se retrouve dans plus de 80 % des cas (*odds ratio* – OR – de 30). Parmi les sujets souffrant de troubles de l'humeur, l'abus de substance est beaucoup plus fréquent (OR de 8) chez ceux ayant un trouble bipolaire (trouble maniaco-dépressif) que chez ceux avec une dépression unipolaire. Un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool est retrouvé dans 46 % des cas. Un quart des sujets souffrant de troubles anxieux présentent abus ou dépendance à une substance et 18 % abus ou dépendance à l'alcool. Les sujets souffrant de trouble panique ou de trouble obsessionnel compulsif présentent le risque le plus élevé (tableau 9.VIII).

Tableau 9.VIII : Prévalence-vie d'abus et de dépendance dans la population présentant des troubles mentaux (d'après Regier et coll., 1990)

Population clinique	Alcool (%)	Autres drogues (%)
Patients schizophrènes	33,7	27,5
Patients bipolaires	46	41
Personnalité antisociale	74	42
Troubles anxieux	18	12
Trouble panique	29	17
Trouble obsessionnel compulsif	24	18

Les prévalences des troubles mentaux dans la population présentant abus ou dépendance à l'alcool est présentée dans le tableau 9.IX (Regier et coll., 1990). Même si les troubles anxieux sont les plus prévalents chez les sujets présentant abus et dépendance à l'alcool (19 %), l'OR n'est que de 1,5, les troubles étant très fréquents dans la population générale. La prévalence de la personnalité antisociale dans la population présentant abus et dépendance à

Tableau 9.IX : Prévalence-vie et *odds ratio* (OR) des troubles mentaux parmi les personnes ayant un trouble d'abus et de dépendance à l'alcool et autres substances (d'après Regier et coll., 1990)

	Schizophrénie % et OR	Personnalité antisociale % et OR	Troubles anxieux % et OR	Troubles de l'humeur % et OR
Abus et dépendance à l'alcool	3,8 ± 0,6 3,3	14,3 ± 1,1 21	19,4 ± 1 1,5	13,4 ± 0,9 1,9
Abus et dépendance aux autres drogues	6,8 ± 0,9 6,2	17,8 ± 1,6 13,4	28,3 ± 1,8 2,5	26,4 ± 1,8 4,7

l'alcool n'est que de 14 % mais le trouble est associé à l'OR le plus élevé (21). Les troubles de l'humeur sont présents chez 13 % des personnes avec abus ou dépendance à l'alcool (OR de 1,9). La schizophrénie est retrouvée chez seulement 3,8 % des sujets ayant un trouble lié à l'alcool mais trois fois plus souvent qu'en population générale. Le trouble bipolaire est cinq fois plus élevé chez les personnes présentant abus et dépendance à l'alcool qu'en population générale.

En clinique, les associations addictions et troubles mentaux conduisent à établir un double diagnostic et à définir le caractère primaire ou secondaire du trouble mental nécessaire pour développer une stratégie thérapeutique. Les taux de comorbidité sont particulièrement élevés pour les troubles mentaux sévères et compliquent considérablement le traitement. Une étude de Kosten et Kleber (1988) relève que de 30 % à 50 % des patients psychiatriques, et 80 % des toxicomanes, seraient des cas de double diagnostic. Drake et coll. (1991) estiment pour leur part que cette prévalence pourrait atteindre la moitié des patients en milieu psychiatrique. Les patients à double diagnostic apparaîtraient aussi souvent dans le système de traitement pour la toxicomanie que dans celui de la santé mentale (Minkoff, 1991).

La prévalence des troubles mentaux est très différente selon qu'elle est évaluée dans des populations de sujets traités en milieu psychiatrique ou dans des populations de sujets traités en centre spécialisé dans la prise en charge des troubles de l'alcool. Très souvent dans les études, symptômes psychiatriques et maladies psychiatriques sont confondus. La prévalence des symptômes psychiatriques parmi les alcoolodépendants est de 80 % *versus* 20 % en population générale alors que celle des maladies psychiatriques est identique (17 %). Généralement donc il y a une surélévation du nombre de troubles mentaux et ces troubles ne sont que transitoires. Ils diminuent ou disparaissent avec le sevrage.

Suivant les données les plus récentes, les taux de comorbidité ne cessent de s'accroître. En 1990, on considérait qu'en moyenne 20 % des patients se présentant en traitement pour un problème de santé mentale répondaient aussi aux critères d'un trouble d'abus ou de dépendance à une substance (Regier et coll., 1990). D'après les données publiées en 1993 et 1994, jusqu'à la moitié des personnes avec un diagnostic de schizophrénie avaient aussi un diagnostic d'abus ou de dépendance (Drake et coll., 1993 ; Warner et coll., 1994). Enfin, suivant Cuffel (1996) la moitié des jeunes à leur premier épisode de schizophrénie ou de trouble bipolaire vont présenter au cours de leur vie un trouble lié à l'usage de substances psychotropes.

Problématique française

En France, depuis 1996, les nouveaux consultants dans les centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA) sont enregistrés suivant le logiciel GISPAC (Gestion informatisée du suivi des patients et des activités des

centres d'alcoologie). Ce logiciel couvre plusieurs domaines sociodémographiques et sanitaires, le lieu géographique de consultation, le sexe, la nationalité, l'âge, la situation juridique, le cadre de vie, le nombre d'enfants, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle et la situation actuelle. Pour la conduite d'alcoolisation, les informations portent sur l'âge de début d'alcoolisation, le mode d'alcoolisation, le type d'alcool le plus consommé et le nombre de verres moyen par semaine. Les conséquences de l'alcoolisation sont appréciées par la fréquence des maladies, les principales difficultés, leur ancienneté, l'existence de tentative de suicide, la présence de problèmes d'alcool pour le conjoint.

Des résultats sont actuellement fournis aux partenaires de l'Anpa, instances publiques et corps professionnels. L'évolution des nouveaux consultants est régulièrement analysée, par rapport aux hypothèses cliniques ou aux demandes extérieures. Ainsi, les orientations et propositions de soins par les équipes montrent à la fois une grande stabilité de la nature des interventions mais une accentuation de partenariat en fonction de l'origine de la démarche, pour l'alcoolémie routière ou la médecine du travail par exemple. D'autres études, à partir du logiciel GISPAC, approfondissent certains sous-groupes notamment pour l'approche des comorbidités. Ainsi l'étude des suicidants parmi les nouveaux consultants alcooliques CCAA 1998 montre les sur-risques de polyconsommations associés aux conduites suicidaires. Quelques études françaises montrent l'utilisation d'outils internationaux. Ainsi l'ASI, traduit en français par l'IGT (Guyon et coll., 1998), a donné lieu à une étude européenne (EuropASI) et à des comparaisons franco-canadiennes. L'outil recueille des informations individuelles dans sept domaines : état de santé physique (médical), emploi/ressources, usage de drogue/alcool, situation judiciaire, antécédents familiaux, relations familiales/sociales et état psychiatrique. Les appréciations du patient et du clinicien sont complétées par deux tests : BDI (*Beck depression inventory*) et SCL-90-R (*Symptom checklist-90-R*). Une comparaison expérimentale entre centres de soins français et montréalais a permis de tester la faisabilité d'une évaluation épidémiologique et de situer des niveaux de gravité de patients accueillis dans des centres séparés suivant le produit (en France) ou mixtes en toxicomanie et alcoologie (au Québec).

En terme d'épidémiologie clinique, les questions actuelles peuvent se distinguer ainsi : y-a-t-il évolution des populations exposées et des clientèles ? Le système de soins est-il adapté aux nouveaux besoins de la population toxicomane ? Peut-on évaluer certains modes de prise en charge ou actions de prévention ?

En conclusion, l'approche épidémiologique peut répondre à un réel souci actuel d'évaluation, en délimitant des protocoles d'action, permettant un suivi d'indicateurs spécifiques de façon à réaliser un état des lieux des besoins d'une population. D'après les études actuelles, les variables liées au patient (la stabilité sociale par exemple) ont plus d'influence sur l'issue du traitement que

le type de traitement. La question du traitement idéal est d'ailleurs pratiquement abandonnée au profit d'une problématique de l'appariement optimal entre les caractéristiques des patients et les modalités du traitement. L'organisation des soins en addictologie devrait comporter un livret d'accueil des consultants, une charte d'accueil et un contrat de séjour. Un suivi épidémiologique serait utilement inclus, synthétisant le dossier clinique, partageable dans l'équipe et base d'analyses plus globales par rapport à des hypothèses cliniques ou des questionnements de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS EH, GFROERER JC, ROUSE BA. Epidemiology of substance abuse including alcohol and cigarette smoking. *Ann NY Acad Sci* 1989, **562** : 14-20
- ADÈS J. Les conduites alcooliques et toxicomaniaques du risque à la prévention. In : Conduites addictives, conduites à risques, quels liens, quelle prévention ? VENISSE JL, BAILLY D, REYNAUD M eds, Masson, Paris 2002 : 95-103
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Coordinateur traduction française GUELFJ JD, Masson, Paris 1996
- ANTHONY JC, WARNER LA, KESSLER RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants : basic findings from the national comorbidity survey. *Exp and clin in psychopharmacology* 1994, **2** : 244-268
- ANTHONY J, ECHEGARAY-WAGNER F. Epidemiologic analysis of alcohol and tobacco use : patterns of co-occurring consumption and dependence in the United States. *Alcohol Res Health* 2000, **24** : 201-208
- ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION DE L'ALCOOLISME. Consultants des CCAA 2000. Anpa, Paris 2001, 25 p
- BABOR TF, HOFMANN M, DELBOCA FK, HESSELBROCK V, MEYER RE et coll. Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry* 1992, **49** : 599-608
- BATEL P., LEJOYEUX M., ADÈS J. Prevalence and severity of alcoholism among schizophrenics : a clinical study. *Alc Alcoholism* 1993, **28** : 242
- BRADY KT, SONNE SC. The relationship between substance and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1995, **56** : 19-24
- CHIAUZZI E. Brief inpatient treatment of dual diagnosis patients. *New Directions for Mental Health Services* 1994, **63** : 47-57
- CIF. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. OMS, Genève, 2001, 279 p
- CIM-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. OMS, Masson, Paris 1993, 1331 p
- CLARK DB, POLLOCK N, BURKSTEIN OG, MEZZICH AC, BROMBERGER JT, DONOVAN JE. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 1195-1203

- CLONINGER C. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987, **44** : 573-588
- CRAIG RJ. A psychometric study of the prevalence of DSM-III personality disorders among treated opiate addicts. *Int J Addict* 1988, **23** : 115-124
- CUFFEL BJ. Comorbid substance use disorder : prevalence, patterns of use, and course. *New Directions for Mental Health Services* 1996, **70** : 93-106
- DIXIT AR, CRUM RM. Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 751-758
- DRAKE RE, MC LAUGHLIN P, PEPPER B, MINKOFF K. Dual diagnosis of major mental illness and substance use disorder : an overview. *New Directions for Mental Health Services* 1991, **50** : 3-12
- DRAKE RE, ALTERMAN AI, ROSENBERG SR. Detection of substance use disorders in severely mentally ill patients. *Community Mental Health Journal* 1993, **29** : 175-192
- GOODMAN A. Addiction : definition and implication. *Br J Addict* 1990, **11** : 1403-1408
- GOT C, WEILL J. L'alcool à chiffres ouverts. Consommations et conséquences : indicateurs en France. Seli Arslan, Paris 1997, 350 p
- GRANT BF. Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *Am J Public Health* 2000, **90** : 112-115
- GRANT BF, HARFORD TC. Comorbidity DSM-IV alcohol use disorders and major depression : results of a national survey. *Drug Alcohol Depend* 1995, **30** : 197-206
- GUYON L, LANDRY M, BROCHU S, BERGERON J. L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. Presses de l'université de Laval, Québec, 1998, 204 p
- HANNA EZ, GRANT BF. Parallels to early onset alcohol use in the relationship of early onset smoking with drug use and DSM-IV drug and depressive disorders : findings from the National Longitudinal Epidemiologic Survey. *Alcohol Clin Exp Res* 1999, **23** : 513-522
- HARFORD TC. Effect of average daily consumption and frequency of intoxication on the occurrence of dependence symptoms and alcohol-related problems. In : Alcohol in America : drinking practices and problems. CLARK WB, HILTON ME eds, State University of New York Press, 1991 : 213-237
- JACKSON KM, SHER KJ, WOOD PK. Trajectories of concurrent substance use disorders : a developmental, typological approach to comorbidity. *Alc Clin Exp Res* 2000, **24** : 902-913
- JENICEK M, CLEROUX R. Épidémiologie clinique : clinimétrie. Edisem et Maloine, Saint-Hyacinthe et Paris 1985, 242 p
- KANDEL D, CHEN K, WARNER LA, KESSLER RC, GRANT B. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend* 1997, **44** : 10-29
- KOSTEN TR, KLEBER HD. Differential diagnosis of psychiatric comorbidity in substance abusers. *J Subst Abuse Treat* 1988, **5** : 201-206

- LITTLE PA. Treatment for patient with acute behavioral-emotional and chemical dependency problems : an analysis of outcome in an intensive residential program. *Int J Partial Hosp* 1990, **6** : 103-109
- MINKOF K. Program components of a comprehensive integrated care system for serious mentally ill patients with substance disorders. *New Directions for Mental Health Services* 1991, **50** : 13-27
- MUTHEN BO, MUTHEN LK. The development of heavy drinking and alcohol-related problems from ages 18 to 37 in US national sample. *J Stud Alcohol*, 2000, **61** : 290-300
- NELSON CB, HEALTH AC, KESSLER RC. Temporal progression of alcohol dependence symptoms in the U.S. household population : results from the national comorbidity survey. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 474-483
- PAILLE F. L'alcool : de l'usage à la dépendance. Roche Gaillard, 2000
- REGIER DA, FAREMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ et coll. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Jama* 1990, **264** : 2511-2518
- REYNAUD M, PARQUET PJ, LAGRUE G. Les pratiques addictives. Odile Jacob, Paris, 2000
- SCHUCKIT MA. The relationship between alcohol problems, substance abuse, and psychiatric syndromes. DSM-IV sourcebook, volume 1. American Psychiatric Association 1994 : 45-66
- SKINNER BF. Science and human behaviour Macmillan, New York 1953
- SKINNER HA, SHEU WJ. Reliability of alcohol use indices. The Life Time Drinking History and the MAST. *J Stud Alcohol* 1982, **43** : 1157-1170
- TAM TW, MIDANIK LT. The effect of screening on prevalence estimates of alcohol dependence and social consequences. *J Stud Alcohol* 2000, **61** : 617-621
- VAN DIJK WK. Alcoholism, a many-sided problem. In : Alcoholism, a multidisciplinary approach. Karger, Basél, 1979
- WARNER R, TAYLOR D, WRIGHT J, SLOAT A, SPRINGETT G et coll. Substance use among the mentally ill : prevalence, reasons for use, and effects on illness. *Am J Orthopsychiatry* 1994, **64** : 30-39
- WIDLÖCHER D, FACY F, CASADEBAIG F, THURIN JM. Consommation de psychotropes et morbidité en population générale : indicateur de santé mentale. Analyse seconde des données de l'enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. Convention MIRE/Inserm, Rapport final, Tome 1, 1997, 128 p
- WINOKUR G, CORYEL W, AKISKAL HS, MASER JD, KELLER MB et coll. Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness : familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction. *Am J Psychiatry* 1995, **152** : 365-372
- WOODY GE, COTTLER LB, CACCIOLA J. Severity of dependence : data from the DSM-IV field trials. *Addiction* 1993, **88** : 1573-1579