

¹ Polyclinique médicale universitaire, Lausanne

² Unité d'alcologie, CHUV et Polyclinique médicale universitaire, Lausanne

Consommation d'alcool à risque dans un collectif de patients de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne

Summary

At risk alcohol drinking among patients of the University Medical Clinic of Lausanne

Objectives and methods: This study indicates the prevalence, the characteristics, and the screening methods of patients with at risk alcohol drinking at the University Medical Clinic of Lausanne.

Results: The results reported demonstrate that one patient out of six is a drinker at risk without criteria for alcohol-dependance. The questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) with a cut-off of five points seems to be the best screening test for at risk alcohol consumption.

Conclusions: The high prevalence of at risk drinking in this study, combined with scientific evidence of the efficiency of brief interventions in changing drinking habits, emphasises the importance of alcohol screening for all patients attending outpatient medical settings.

Key-Words: At risk alcohol use – Prevalence – Screening – Questionnaire.

En Suisse, 17% des personnes de plus de 18 ans consomment de l'alcool chaque jour ou presque, ce qui met notre pays au quatrième rang européen derrière l'Italie (43%), le Portugal (33%) et la France (26%)¹. Selon les résultats d'une enquête menée par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme en 1998, la consommation d'alcool à risque, qui était définie par une ingestion moyenne d'alcool supérieure à 30 grammes par jour chez l'homme et à 20 grammes par jour chez la femme, touchait 17% des Suisses dont 5% environ ont rempli, à un moment de leur existence, les critères définissant un syndrome de dépendance à l'alcool¹. On peut

dès lors considérer sur la base de ces chiffres que 12% des Suisses sont des consommateurs d'alcool à risque sans histoire évocatrice de dépendance à l'égard de l'alcool.

Logiquement, la prévalence des problèmes d'alcool est plus élevée parmi les patients consultant les services de soins qu'elle ne l'est dans la population générale: 20% des patients de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU) et du service des urgences du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) étaient suspects d'avoir un problème d'alcool sur la base de leurs réponses au questionnaire de dépistage CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener)^{2,3}. Utilisant le même instrument de dépistage, des taux similaires de problèmes d'alcool avaient été décrits dans les services de médecine interne du CHUV (20,5%) et de l'hôpital régional de Sion (19,6%)⁴.

La prévalence et les caractéristiques des consommateurs d'alcool à risque dans les services de soins ont longtemps été difficiles à préciser en l'absence de consensus définissant clairement ce risque. Cependant, au cours de la dernière décennie les résultats de plusieurs études ont permis de montrer qu'une consommation supérieure à 14 verres par semaine ou supérieure à quatre verres par occasion chez l'homme, respectivement sept verres par semaine ou trois verres par occasion chez la femme, était associée à une augmentation de la mortalité (un verre correspondant à 10 grammes d'alcool contenu dans 2,5 décilitres de bière, un décilitre de vin ou 0,3 décilitre d'alcool distillé à 40°). Ces résultats ont par conséquent permis de définir scientifiquement le seuil de la consommation d'alcool à partir de laquelle le sujet était exposé à un risque accru de maladie et de décès⁵. Cette définition est maintenant largement reconnue, notamment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par l'Office fédéral de la santé publique à travers son programme de prévention „Ça débouche sur quoi?“. Alors que l'on ne dispose pas de données publiées indiquant

le pourcentage de consommateurs d'alcool à risque dans des collectifs de patients en Suisse, plusieurs études effectuées dans des services de soins en France, en Espagne, en Italie et aux Etats-Unis ont indiqué une prévalence de la consommation d'alcool à risque variant de 10 à 29% pour les hommes et de 2,5 à 12% pour les femmes. Ces chiffres sont cependant difficiles à comparer puisque les définitions du risque différaient d'une étude à l'autre⁶⁻⁹.

De nombreux questionnaires de dépistage sont actuellement à disposition du médecin afin de faciliter l'identification des problèmes d'alcool. Parmi les plus répandus, il faut mentionner le MAST (Michigan Alcohol Screening Test)^{10,11}, le CAGE¹² et l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)^{13,14}. Aussi bien le MAST que le CAGE sont limités dans leur utilisation en pratique courante par le fait qu'ils sont focalisés sur les symptômes de dépendance, qu'ils ne quantifient pas la consommation d'alcool et qu'ils ne font pas la distinction entre problèmes d'alcool actuels et anciens. Certains de ces problèmes ont été résolus avec l'AUDIT, un questionnaire limité à 10 questions relatives à la fréquence et à la quantité d'alcool consommé et aux problèmes d'alcool rencontrés au cours des 12 mois précédant l'évaluation. L'AUDIT a une sensibilité de 92% et une spécificité de 94% pour l'identification des consommateurs d'alcool à problèmes en médecine ambulatoire^{13,15,16}.

Cette étude a trois objectifs:

- déterminer la prévalence des consommateurs d'alcool à risque dans un collectif de patients de médecine de premier recours,
- préciser leurs caractéristiques par rapport aux consommateurs modérés et aux alcoolodépendants et
- évaluer la sensibilité et la spécificité de trois questionnaires MAST, CAGE et AUDIT pour l'identification de la consommation d'alcool à risque.

Méthodes

Patients et procédure

De février à avril 1999, 805 patients consécutifs consultant la PMU ont été sollicités pour participer à cette étude. Parmi eux, 253 (31,4%) ont été exclus, 238 en raison de connaissances insuffisantes du français et 15 à cause de troubles cognitifs ou psychiatriques altérant potentiellement la fiabilité de leurs réponses. Parmi les 552 patients éligibles, 220 (39,8%) ont refusé de répondre aux questions, soit par manque de temps soit parce qu'ils se sentaient trop malades, permettant de décrire 332 patients dans cet article.

Après avoir donné leur consentement écrit les patients ont été interrogés par un des collaborateurs de l'étude. Les participants ont répondu à un questionnaire détaillé relatif à leur consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois: ce questionnaire comprend le nombre d'unités d'alcool consommé la semaine précédant l'interview, le nombre de jours moyen et maximal de consommation d'alcool par semaine, ainsi que le nombre de verres moyen et maximal par occasion. Le collectif examiné a également répondu à trois instruments de dépistage des problèmes d'alcool validés en français, le MAST¹⁷, le CAGE¹¹ et l'AUDIT¹⁴, ainsi qu'à un questionnaire évaluant l'alcoolodépendance selon le DSM-IV issu de la traduction française du Diagnostic Instrument for Genetic Studies^{18,19}. L'AUDIT a été complété par les participants eux-mêmes à la salle d'attente alors que les autres questionnaires ont été administrés au cours d'une interview d'environ 15 minutes.

Dans le but de décrire le collectif étudié en termes de consommation et de problèmes d'alcool, les patients ont été répartis dans quatre groupes: abstinents, consommateurs d'alcool modérés, consommateurs d'alcool à risque et alcoolodépendants. Les abstinents regroupaient les individus n'ayant pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois, y compris les alcoolodépendants en rémission complète depuis au moins un an. Les consommateurs d'alcool modérés étaient définis par une consommation d'alcool inférieure ou égale à 14 unités par semaine et à quatre unités par occasion pour les hommes de moins de 65 ans, inférieure ou égale à sept unités par semaine et à trois unités par occasion pour les femmes de tout âge et pour les hommes de 65 ans et plus. Les consommateurs d'alcool à risque ne remplissaient pas les critères DSM-IV d'alcoolodépendance et consommaient en moyenne plus de 14 unités par semaines ou plus de quatre unités par occasion pour les hommes de moins de 65 ans, plus de sept unités par semaine ou plus de trois unités par occasion pour les femmes de tout âge et les hommes de 65 ans et plus. Dans cette étude, les alcoolodépendants répondaient à au moins trois critères de dépendance du DSM-IV au cours de leur vie et avaient consommé au moins un verre au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Tests statistiques

La comparaison des caractéristiques démographiques et alcoolologiques des différents groupes de patients, classés selon leur histoire de consommation et de problèmes d'alcool, a été effectuée avec le test Chi-carré pour les variables catégorielles ($p < 0,05$ et $p < 0,01$) et par le Student t-test pour les valeurs continues ($p < 0,01$ et $p < 0,001$). La performance du MAST, du CAGE et de l'AUDIT pour l'identification des consommateurs d'alcool à risque a été réalisée par

comparaison visuelle de l'aire sous la courbe ROC (Receiver Operating Characteristics)²⁰. Cette méthode permet de définir la sensibilité et spécificité d'un questionnaire en fonction d'une mesure de référence. Plus la valeur de l'aire sous la courbe ROC est élevée, meilleure est la performance du test, une valeur supérieure à 0,8 étant généralement considérée comme excellente.

Résultats

Les 332 patients inclus se répartissaient en 178 hommes (53,6%) et 154 femmes (46,4%) avec un âge moyen de $43,0 \pm 19,0$ ans. Dans le collectif étudié 62,7% des patients étaient Suisses, 15,7% venaient d'autres pays d'Europe de l'ouest, 2,7% d'ex-Yougoslavie, 11,7% d'Afrique et 7,2% étaient issus d'autres pays, cette répartition reflétant le large éventail d'origines des patients consultant la PMU de Lausanne. Le collectif étudié comptait 44,0% de célibataires, 38,9% de mariés et 17,1% de divorcés, séparés ou veufs. Les patients inclus avaient des revenus modestes, 62,6% d'entre eux déclarant un salaire annuel inférieur à 30 000 francs, alors que 40,4% étaient sans emploi au moment de l'enquête.

Le Tableau 1 présente la répartition des 332 patients dans les quatre groupes répartis par sexe. On trouve que 18,5% des hommes et 12,3% des femmes évalués ont une consommation d'alcool à risque susceptible de mettre leur santé en danger. Par ailleurs, deux tiers des femmes et la moitié du collectif d'hommes sont des consommateurs modérés, ce qui semble être le reflet d'une prévalence plus importante des problèmes d'alcool chez les hommes.

Afin de préciser encore la répartition du collectif dans les quatre groupes, ceux-ci ont ensuite été divisés en trois catégories d'âge: 16–29 ans, 30–49 ans et 50 ans et plus. C'est parmi les hommes de 50 ans et plus que l'on trouvait la prévalence la plus élevée de consommateurs d'alcool à risque (32,8%), alors que parmi les femmes, la répartition des consommatrices d'alcool à risque était relativement homogène à travers les classes d'âge (de 10,2% pour 30–49 ans à 15,3% pour les 16–29 ans). Dans les deux sexes l'alcoolodépendance semble être la plus fréquente dans la classe d'âge des 30–49 ans (16,2% des hommes et 6,1% des femmes).

	Hommes N = 178	Femmes N = 154	X ²
Abstinentes (%)	27 (15,2)	30 (19,5)	1,08
Consommateurs modérés (%)	97 (54,4)	101 (65,6)	4,21*
Consommateurs à risque (%)	33 (18,5)	19 (12,3)	2,40
Alcoolodépendants (%)	21 (11,8)	4 (2,6)	10,04**

* $p < 0,05$
** $p < 0,01$

Tableau 1 Répartition de 332 patients dans quatre groupes selon la consommation d'alcool et les critères DSM-IV d'alcoolodépendance

La répartition des différentes nationalités dans les quatre groupes montre que les Suisses et les Européens de l'ouest sont en majorité des consommateurs modérés (respectivement 63,0% et 62,9%), alors que les ressortissants de l'Ex-Yougoslavie et d'Afrique avaient un pourcentage élevé d'abstinents (respectivement 44,4% et 41,0%). L'état civil ne semblait pas être un facteur déterminant de l'appartenance à un des quatre groupes de consommateurs. Quand à la scolarité, ce sont les patients avec une formation universitaire qui étaient le plus souvent alcoolodépendants (13% contre 6% dans les autres groupes). Il faut cependant préciser que les universitaires ne représentent qu'environ 20% de tout le collectif examiné. Notons finalement que la proportion des patients ayant un emploi était stable dans les quatre groupes (30,4% à 48,0%).

La Figure 1 illustre les courbes ROC obtenues avec le MAST, le CAGE et l'AUDIT pour l'identification des patients présentant une consommation à risque avec ou sans dépendance à l'alcool. La comparaison visuelle de l'aire sous la courbe (Area Under Receiver Operating Characteristic = AUROC) montre que l'AUDIT (AUROC = 0,89) présente les caractéristiques les plus favorables pour l'identification des consommateurs d'alcool à risque avec ou sans alcoolodépendance par rapport au MAST (AUROC = 0,77) et au CAGE (AUROC = 0,72). La sensibilité et la spécificité de l'AUDIT pour chaque valeur seuil (résultats non présentés) ont permis également de montrer que la combinaison la plus favorable de ces deux index apparaissait à une valeur seuil de 5 (sensibilité = 73%, spécificité = 93%).

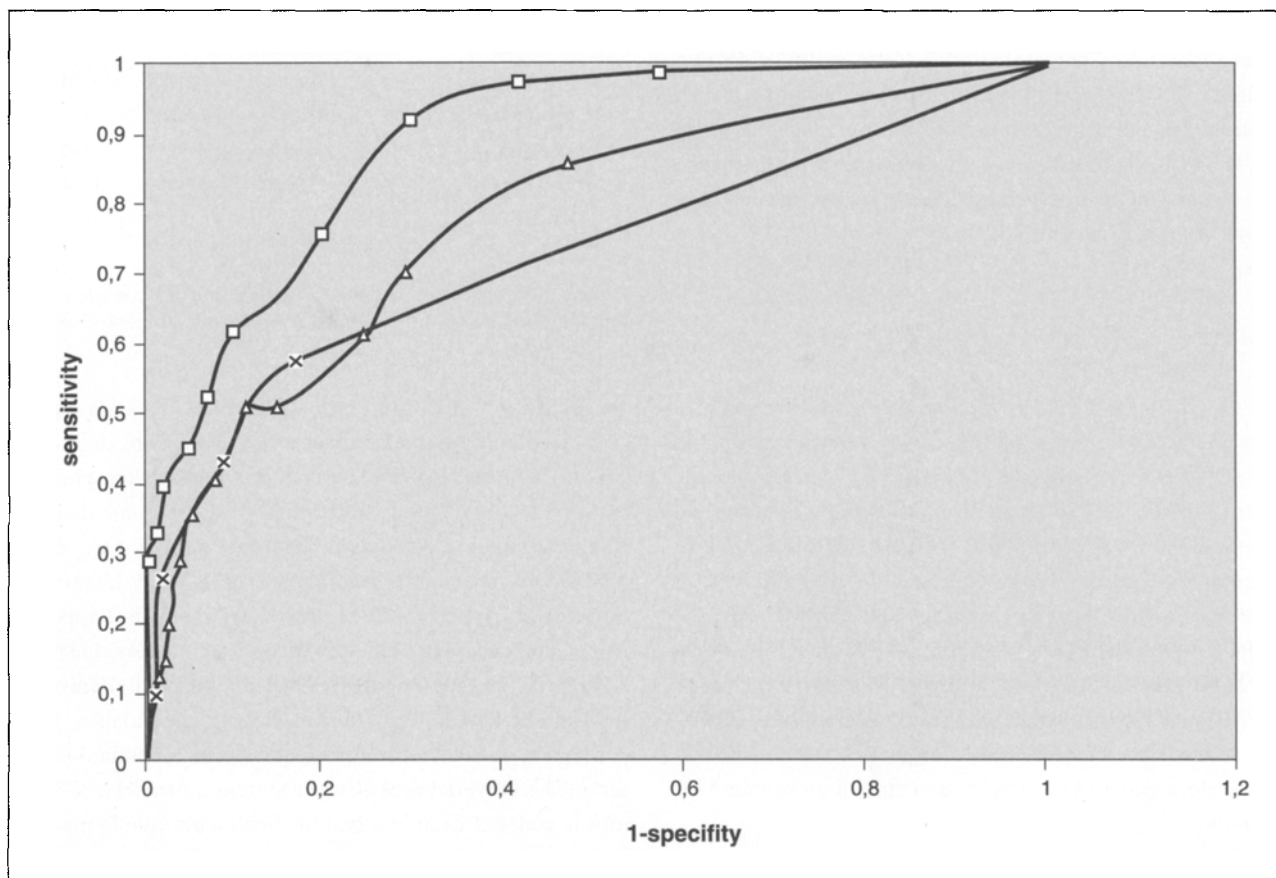


Figure 1 Area Under the Receiver Operating Characteristic (AUROC) de l'AUDIT, du MAST et du CAGE pour l'identification des consommateurs d'alcool à risque

Discussion

Les données présentées indiquent que 18,5% des hommes et 12,3% des femmes dans ce collectif de patients consultant un médecin de premiers recours sont des consommateurs d'alcool à risque. En distinguant consommation d'alcool à risque d'alcool-dépendance, ce travail suggère que parmi les patients de médecine de premier recours, la consommation d'alcool à risque est presque deux fois plus fréquente que l'alcool-dépendance chez les hommes (18,5% vs. 11,8%) et quatre fois plus fréquente chez la femme (12,3% vs. 2,6%). Ce constat fait de la consommation d'alcool à risque un problème auquel le médecin généraliste est confronté quotidiennement. Ces résultats se distinguent de ceux présentés dans des travaux similaires effectués dans d'autres pays par le fait qu'ils séparent clairement consommation à risque et alcool-dépendance⁶⁻⁹.

L'identification des consommateurs d'alcool à risque est d'autant plus importante que le médecin de premier recours dispose aujourd'hui d'un moyen thérapeutique sous la forme

d'interventions brèves caractérisées par de courts entretiens de conseils et de motivation visant à une modération de la consommation d'alcool. Cette approche permet une réduction significative (20-40%) de la consommation d'alcool et double les chances, six à 12 mois après l'intervention, de revenir à une consommation d'alcool à bas risque²¹⁻²³.

Finalement, ce travail permet de démontrer que c'est l'AUDIT, avec un score seuil abaissé de huit à cinq points, qui semble être le plus performant pour le dépistage des consommateurs d'alcool à risque (sensibilité = 73%, spécificité = 93%), par rapport au CAGE et au MAST. Ce résultat n'est pas pour nous surprendre puisque l'AUDIT, contrairement au CAGE et au MAST, comprend des questions sur la quantité et la fréquence de la consommation récente d'alcool qui constituent les éléments de la définition de la consommation d'alcool à risque.

Dans l'interprétation des résultats, il faut tenir compte de limitations méthodologiques. Ainsi, le pouvoir statistique est limité par le nombre relativement restreint de consommateurs d'alcool à risque et d'alcool-dépendants. Ainsi

certaines différences dans les caractéristiques démographiques et alcoologiques entre ces deux groupes n'apparaissent peut-être pas dans ce travail. Il faut également considérer que nos données proviennent d'une population hétérogène, multiethnique et d'origine sociale modeste. L'extrapolation et la généralisation des résultats à d'autres populations restent à vérifier. Finalement, malgré nos efforts pour optimiser la fiabilité des données récoltées, celle-ci dépend avant tout de l'exactitude et de la véricité des réponses des patients interrogés.

Résumé

Consommation d'alcool à risque dans un collectif de patients de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne

Objectifs et méthodes: L'objectif de cette étude est de décrire le nombre, les caractéristiques et les moyens de dépistage des consommateurs d'alcool à risque dans un collectif de patients de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne.

Résultats: Les données rapportées suggèrent qu'un patient sur six présente une consommation d'alcool à risque sans alcoolodépendance. Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) avec une valeur seuil de cinq point s'avère être le meilleur instrument de dépistage de la consommation à risque.

Conclusions: Ce constat devrait inciter à promouvoir un dépistage systématique de la consommation d'alcool à risque en médecine de premier recours, ceci d'autant plus que l'efficacité de conseils de prévention est prouvée dans cette indication.

Zusammenfassung

Risikoalkoholkonsum in einem Kollektiv von Patienten der medizinischen Universitätspoliklinik in Lausanne

Fragestellung und Methoden: Diese Studie, durchgeführt an der medizinischen Universitätspoliklinik von Lausanne, beschreibt die Zahl, die Charakteristika sowie die Mittel zur Identifikation von Patienten, die einen Risikoalkoholkonsum aufweisen.

Ergebnisse: Die Resultate zeigen, dass jeder sechste Patient des untersuchten Kollektivs einen erhöhten Alkoholkonsum angibt, ohne jedoch alkoholabhängig zu sein. Der Fragebogen AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) mit einem Grenzwert von fünf Punkten erweist sich als das beste Identifikationsinstrument des Risikoalkoholkonsums.

Schlussfolgerungen: Der Früherkennung dieses Risikoverhaltens sollte vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden, haben doch mehrere internationale Studien den Nutzen von sogenannten Kurzinterventionen bewiesen.

Bibliographie

- 1 Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA). Alcool, tabac, et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996. Lausanne: ISPA, 1997.
- 2 Moret V, Pécoud A, Yersin B. Dépistage d'un alcoolisme parmi les patients d'une polyclinique médicale en Suisse romande. *Schweiz Med Wochenschr* 1993; 123: 1790-5.
- 3 Yersin B, Nicolet JF, Decrey H, Burnier M, van Melle G, Pécoud A. Screening for excessive alcohol drinking. *Arch Intern Med* 1995; 55: 1907-11.
- 4 Trisconi Y, Marini M, de Werra P, Paccaud F, Magnenat P, Yersin B. Caractéristiques médico-sociales des patients alcooliques hospitalisés dans deux services de médecine interne d'hôpitaux de Suisse Romande. *Schweiz Med Wochenschr* 1989; 119: 1907-12.
- 5 Chou SP, Grant BF, Dawson DA. Medical consequences of alcohol consumption: United States, 1992. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20: 1423-9.
- 6 Huas D, Pessone F. Les consommateurs d'alcool à problème. *Rev Prat* 1999; 49: 379-82.
- 7 Córdoba R, Delgado T, Pico V, et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-center study. *Fam Pract* 1998; 5: 562-8.
- 8 Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, et al. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *BMJ* 1997; 314: 420-4.
- 9 Adams WL, Barry KI, Fleming MF. Screening for problem drinking in older primary care patients. *JAMA* 1996; 276: 1964-7.
- 10 Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 1971; 127: 1653-8.
- 11 Marini M. Etude comparative de 3 questionnaires diagnostiques de l'alcoolisme en milieu hospitalier. [Thèse]. Lausanne: Université de Lausanne, 1988.
- 12 Mayfield D, Mcleod G, Hall P. The CAGE questionnaire validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 1121-3.
- 13 Saunders JB, Aasland OG. World Health Organization collaborative project on the identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption: report on Phase I: development of a screening instrument. Geneva: World Health Organization, 1987.
- 14 Daepfen JB, Yersin B, Landry U, Pécoud A, Decrey H. Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) imbedded within a general health risk screening questionnaire: results of a survey in 332 primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24: 659-65.

- 15 *Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M.* Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption, I. *Addiction* 1993; 88: 349–62.
- 16 *Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M.* Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption, II. *Addiction* 1993; 88: 791–804.
- 17 *Yersin B, Trisconi Y, Paccaud F, Gutzwiller F, Magnenat P.* Accuracy of the Michigan Alcoholism Screening Test for screening of alcoholism in patients of a medical department. *Arch Intern Med* 1989; 149: 2071–4.
- 18 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 19 *Preisig M, Fenton BT, Matthey ML, Berney A, Ferrero F.* Diagnostic interview for genetic studies (DIGS): inter-rater and test-retest reliability of the French version. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 174–9.
- 20 *Hsiao JK, Bariko JJ, Potter WZ.* Diagnosing diagnosis: receiver operating characteristic methods and psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 664–7.
- 21 WHO Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *Am J Public Health* 1996; 86: 948–55.
- 22 *Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R.* Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomised controlled trial in community-based primary practices. *JAMA* 1997; 277: 1039–45.
- 23 *Bien TH, Miller WR, Tonigan JS.* Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993; 88: 315–36.

Adresse pour correspondance

Dr. Jean-Bernard Daepfen
Unité d'alcoologie
César Roux 19
CH-1005 Lausanne

Tél.: ++41 (0) 21 345 2449
e-mail:
jean-bernard.daepfen@inst.hospvd.ch