

Dr Bertrand Nalpas^{*,**}, Dr Benoît Fleury^{*,***}, Mme Delphine Jarraud^{*}, Dr Michel Craplet^{*}, Dr Alain Rigaud^{*,****}

* Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), Paris, France

** Département d'information scientifique et de communication, Inserm, Paris. Service d'addictologie, Hôpital Caremeau, Nîmes, France

*** Équipe ELSA, Hôpital Saint-André, Bordeaux, France. **** Pôle d'addictologie, EPSM Marne, Reims, France

Correspondance : Bertrand Nalpas, DISC, Inserm, 101, rue de Tolbiac, F-75654 Paris. Courriel : bertrand.nalpas@inserm.fr

Reçu mars 2016, accepté septembre 2016

Prévalence de prise de médicaments psychotropes

chez les personnes en difficulté avec l'alcool consultant en CSAPA

Résumé

Objectif : des traitements médicaux pour la maladie alcoolique et des recommandations de prescription sont disponibles, mais les données sur l'utilisation des médicaments psychotropes chez les consommateurs excessifs avant et après sevrage sont rares. **Méthode :** un questionnaire anonyme a été distribué une semaine donnée aux sujets consultant dans 37 centres de soins spécialisés (CSAPA). Des données sociodémographiques, les addictions, les événements de vie récents, les médicaments psychotropes pris au cours des 12 derniers mois, la durée de traitement ont été recueillis. **Résultats :** 1 212 sujets ayant un problème d'alcool ont été inclus ; 17,2 % étaient primo-consultants. 70 % avaient reçu au moins un médicament au cours des 12 derniers mois et 57,4 % le prenaient encore au jour de l'enquête. Le médicament numéro un était l'oxazépam (18,6 % des consultants), puis l'acamprosate (13,7 %). Près d'un tiers des médicaments pris étaient des benzodiazépines. Devenir abstinent modifiait peu le traitement médicamenteux administré. Deux ans après le sevrage, 52,9 % des hommes et 69 % des femmes étaient encore sous traitement médicamenteux, majoritairement des anxiolytiques et des antidépresseurs. **Conclusion :** la prise de médicament est très fréquente chez les consultants pour problème d'alcool et n'est guère en rapport avec les recommandations prodiguées par les sociétés savantes. L'utilisation à long terme des médicaments après le sevrage suggère l'existence d'un transfert de dépendance.

Mots-clés

Mésusage d'alcool – Médicament psychotrope – Traitement – Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Summary

Prevalence of psychotropic medicines use among alcoholics attending to addiction care centers

Aim: alcohol use disorders are a deep public health problem for which medical treatments and recommendations for use are available. As data on medicine use in alcoholics before or following withdrawal are scarce, we performed a survey on this topic. **Method:** an anonymous questionnaire was distributed during a given week to all subjects attending to 37 addiction care centers. Socio-demographic parameters, addiction status, recent life events, psychotropic medicines taken during the 12 previous months and length of treatment were recorded. **Results:** 1,212 alcoholics were recruited; 17.2% attended for the first time. 70% had been drug-treated during the previous 12 months and a drug-treatment was still on-going in 57.4%. The top one medicine was oxazepam, given to 18.6% then acamprosate in 13.7%; among the drugs prescribed, 32.1% were benzodiazepine. Becoming abstinent did not strongly change the drug-treatment profile. Two years after detoxification, 52.9% of men and 69% of women were still drug-treated mainly with anti-depressant and anti-anxiety. **Conclusion:** our survey showed that the prevalence of medicine use is high in alcoholics seeking for treatment and does not strongly fit with official recommendations. The long-term use of these medicines following detoxification suggests that a shift from alcohol to medicine dependence might exist.

Key words

Alcohol use disorder – Psychotropic medicine – Treatment – Outpatient addiction treatment unit.

La Société française d'alcoologie a réactualisé récemment les recommandations concernant les interventions pharmacologiques pour le mésusage de

l'alcool (1) : administration de benzodiazépines sur une courte période pour la prévention du syndrome de sevrage ; maintien de l'abstinence pouvant s'appuyer sur

l'acamprosate, la naltrexone, le disulfirame, administrés aussi longtemps qu'il existe un bénéfice ; nalméfène à la demande pour la réduction de consommation ; baclofène, toujours en évaluation, à n'administrer qu'en dernier recours selon la recommandation temporaire d'utilisation en vigueur. Toutefois, l'alcoolodépendance est fréquemment associée à des troubles psychiatriques, de type anxiété et/ou dépression, que ce soit avant ou après le sevrage, et il est souvent difficile de déterminer si ces troubles sont causes ou conséquences de l'alcoolisme. Dans ce dernier cas, ils régressent le plus souvent après l'arrêt de l'alcool en quelques semaines et peuvent être améliorés par des interventions non-médicamenteuses, aussi il est préconisé d'attendre au moins deux semaines après le sevrage avant d'instituer un traitement médicamenteux (1). Ces comorbidités relèvent d'un traitement par anxiolytique et/ou antidépresseur, aussi l'assise de la pharmacopée de la maladie alcoolique dans son ensemble est large et englobe plusieurs classes de produits psychoactifs.

Les informations relatives à la consommation de ces médicaments chez les malades alcooliques sont peu nombreuses, point souligné dans l'expertise collective Inserm sur la consommation de médicaments psychotropes (2). Une enquête ancienne (3) rapportait que moins de 10 % des sujets en difficulté avec l'alcool prenaient un médicament psychoactif, mais la taille de l'échantillon était faible et, de plus, il n'était pas précisé si ces sujets bénéficiaient ou non d'une prise en charge thérapeutique, ni s'ils étaient ou non abstinents.

Pour améliorer nos connaissances dans ce domaine, nous avons réalisé une enquête auprès des consultants du réseau de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) qui gère 79 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les objectifs étaient d'évaluer la prévalence et le type de médicaments psychoactifs consommés en fonction du statut par rapport à l'alcool, abstinence ou consommation active, et de la durée de l'abstinence.

Patients et méthodes

Les patients étaient tous les consultants ayant fréquenté l'un des 37 CSAPA participants lors de la semaine de l'enquête, la 3^e de novembre 2013 ; il n'y avait aucun critère de non-inclusion. Ils étaient appelés à remplir, sur la base du volontariat, un questionnaire anonyme

comportant des données sociodémographiques, alcoolologiques (type d'addiction, co-addictions, abstinence d'alcool – définie par une absence complète de consommation – ou non, durée de cette dernière...) et psychosociales (événements de vie douloureux au cours des 12 mois précédents : divorce, décès d'un proche, licenciement, déménagement, ennuis judiciaires). L'existence d'une comorbidité psychiatrique n'était pas collectée ; en effet, obtenir une réponse précise et valide sur le plan diagnostique n'était possible qu'à condition de vérifier les dossiers cliniques et de prendre contact avec tous les éventuels spécialistes impliqués dans le suivi, ce qui, d'une part, obligeait à rompre l'anonymat et, d'autre part, posait d'insolubles problèmes de faisabilité.

Une liste de médicaments a été constituée à partir de la classification ATC (anatomique, thérapeutique et chimique) ; elle comprenait les produits commercialisés en France des classes N03 (antiépileptique), N05 (psycholeptique : antipsychotique + anxiolytique + hypnotique et sédatif), N06 (psychoanaleptique : antidépresseur), N07 (autre drogue du système nerveux incluant celles utilisées dans les addictions ; le nalméfène n'y figurait pas car il n'était pas commercialisé au moment de l'enquête). Les 57 médicaments recensés étaient présentés sur une feuille, classés par ordre alphabétique de nom commercial au recto et par nom générique au verso ; à chaque médicament était attribué un numéro, le même pour les noms commerciaux et génériques. Il était demandé de reporter sur le questionnaire le numéro de chaque médicament pris au cours des 12 derniers mois et d'indiquer si le traitement était en cours et sa durée.

Statistiques

Les variables quantitatives sont présentées par leur moyenne et écart-type, les variables qualitatives par leur fréquence. Les premières ont été comparées par analyse de variance et les secondes par le test du χ^2 . L'analyse multivariée a reposé sur une régression logistique binaire. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS V22.0 (IBM SPSS Inc, Armonk, NY, États-Unis).

Résultats

Le taux de refus de participation n'a pas été enregistré, mais était très faible selon les indications fournies oralement par les investigateurs.

Caractéristiques de la population

Sur les 1 563 répondants, 1 212 venaient consulter pour un problème d'alcool. Leurs principales caractéristiques sont présentées dans le tableau I. La majorité (73,6 %) était des hommes. L'âge moyen était de 46 ans. Moins de 20 % (17,2 %) consultaient pour la première fois dans le CSAPA (dénommés primo-consultants dans la suite de l'article), les autres étant déjà suivis depuis moins d'un an et plus d'un an dans respectivement 58,2 et 41,8 % des cas. La moitié des sujets déclaraient être abstinentes ; la durée d'abstinence était très récente (< 1 mois) chez 93 et ancienne (> 1 an) chez 153 sujets. Un tiers des sujets (32 %) avaient perdu un proche au cours des 12 derniers mois, 11,2 % avaient été licenciés, 24 % avaient divorcé, 25,9 % avaient déménagé et 33,8 % avaient eu des démêlés judiciaires, majoritairement pour conduite en état d'alcoolémie.

Tableau I : Principales caractéristiques des consultants ayant participé à l'enquête

Caractéristique	Valeur
Nombre	1 212
Hommes / Femmes	73,6 / 26,4
Âge	46,7 ± 10,8 ans
Première visite	17,2 %
Abstinentes	50,7 %
Durée abstinence	
< 1 mois	15,3 %
1-6 mois	29,1 %
6-12 mois	13,1 %
> 1 an	25,2 %
Non précisée	18,3 %
Fumeurs (%)	76,8 %
Consommateurs de Cannabis*	6,8 %
Inactif	61,6 %
Vivant seul	63,8 %

* usage régulier.

Tableau II : Les dix médicaments les plus souvent pris

Nom générique	Traitement au cours des 12 derniers mois		Traitement au jour de l'enquête		
	Nombre	Pourcentage*	Nombre	Pourcentage*	Pourcentage** traités pendant plus de 6 mois
Oxazépam	225	18,6	158	13,0	63,9
Acamprosate	166	13,7	78	6,4	65,4
Diazépam	161	13,3	80	6,6	63,8
Escitalopram	156	12,9	119	9,8	67,2
Alprazolam	138	11,4	91	7,5	65,9
Baclofène	110	9,1	76	6,3	47,4
Zopiclone	110	9,1	73	6,0	65,8
Naltrexone	107	8,8	68	5,6	48,5
Bromazépam	102	8,4	53	4,4	58,5
Zolpidem	102	8,4	66	5,4	71,2

*pourcentage de l'échantillon entier (N = 1 212) ; ** pourcentage des sujets prenant le médicament.

Médicaments consommés

Plus des deux tiers (70,2 %) déclaraient avoir pris au moins l'un des 57 produits au cours des 12 derniers mois et 57,4 % avaient un traitement médicamenteux en cours. Les femmes recevaient des médicaments significativement ($p < 0,001$) plus souvent que les hommes (85,6 vs 64,8 % au cours des 12 derniers mois et 74,9 vs 51,1 % pour les médications en cours). Les sujets ne prenant ou n'ayant pas pris de médicaments étaient plus jeunes que les autres ($44,8 \pm 11,2$ vs $48,1 \pm 10,3$ ans, $p < 0,001$). Les dix médicaments les plus souvent pris sont présentés dans le tableau II. Le numéro un était l'oxazépam, pris par 225 sujets (18,6 %) suivi par l'acamprosate (13,7 %). Parmi les 2 391 médicaments pris, 32,1 % étaient des benzodiazépines. Tous ces médicaments étaient pris sur du long terme, plus de six mois pour plus de 50 % des sujets.

Les 57 médicaments ont été reclassés en neuf catégories : anxiolytique, antidépresseur, antiépileptique, hypnotique, antalgique, antipsychotique, aide à l'abstinence d'alcool, psychostimulant, aide au sevrage tabac. Parmi les 696 traités au jour de l'enquête, 62,6 % recevaient un anxiolytique, 48,6 % un antidépresseur, 27,5 % un hypnotique, 30,9 % une aide à l'abstinence d'alcool et 18,7 % un antipsychotique.

Facteurs associés au traitement médicamenteux reçu

Primo-consultant

Les primo-consultants ne différaient pas de ceux déjà suivis en termes d'âge, de sexe, de statut familial, de logement, d'emploi, de statut alcool. Par contre, ils rap-

portaient plus souvent une séparation ou un licenciement au cours de l'année passée (respectivement 31,1 vs 22,2 %, $p = 0,03$ et 17,7 vs 10,0 %, $p = 0,008$) et étaient moins nombreux à avoir un traitement médicamenteux en cours (40,9 vs 60,8 %, $p < 0,001$). Au jour de l'enquête, la proportion de primo-consultants recevant un antidépresseur ou un hypnotique n'était pas différente de celle des sujets déjà suivis en CSAPA (22,2 vs 29,4 % et 12,8 vs 17,1 %), même après stratification sur l'abstinence ; par contre, qu'ils soient abstinentes ou non, ils étaient moins fréquemment traités par anxiolytiques (25,5 vs 38,3 %, $p < 0,001$) et par un médicament d'aide à l'abstinence (7,1 vs 19,6 %, $p < 0,001$).

Abstinence

Les sujets abstinentes de sexe masculin recevaient plus souvent un traitement médicamenteux que ceux continuant à boire (55,3 vs 47,0 %, $p = 0,01$), mais cela n'était pas vrai chez les femmes (73,6 vs 76,6 %, non significatif). De même, les abstinentes masculins étaient plus souvent traités par antidépresseurs que les buveurs actifs (48,8 vs 37,3 %, $p = 0,008$), alors qu'aucune différence n'était observée chez les femmes (61,7 vs 54,6 %).

L'évolution de la fréquence de sujets recevant un traitement médicamenteux en fonction de la durée de l'abstinence a été analysée chez les 503 des 609 (82,6 %) abstinentes ayant renseigné la variable "durée". Chez les hommes (figure 1A), la fréquence de traitement par anxio-

lytique, antidépresseur et aide au sevrage augmentait juste après le sevrage ; puis les anxiolytiques diminuaient à partir du 1^{er} mois jusqu'au 12^e, alors que les hypnotiques et aides au sevrage continuaient d'augmenter. Les antidépresseurs diminuaient à partir du 6^e mois. Au-delà de la première année d'abstinence, les médications d'aide au sevrage diminuaient rapidement, alors que l'on observait une réascension de la prise d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. Parmi les 70 sujets masculins ayant deux ans et plus d'abstinence, 54,2 % étaient encore sous traitement médicamenteux : 38,5 % prenaient un anxiolytique, 30 % un antidépresseur, 8,6 % un produit d'aide à l'abstinence et 21,4 % un hypnotique. Toutefois, l'analyse de la fréquence de prise de médicament en fonction des catégories de durée d'abstinence montrait que seule la prise de produits d'aide au maintien de l'abstinence variait significativement ($p = 0,03$).

Chez les femmes, l'accès à l'abstinence ne modifiait guère le traitement médicamenteux (figure 1B). La prise d'anxiolytiques diminuait légèrement en fonction de la durée d'abstinence, alors que celle d'antidépresseurs augmentait. Deux ans et plus après l'arrêt de l'alcool, 69 % des 29 femmes de ce sous-groupe étaient encore traitées : 55,2 % prenaient un antidépresseur, 44,8 % un anxiolytique, 27,2 % un hypnotique et une seule (3,4 %) un produit d'aide à l'abstinence. Chez les femmes, aucune variation statistiquement significative pour aucune des classes de médicaments étudiés n'était observée.

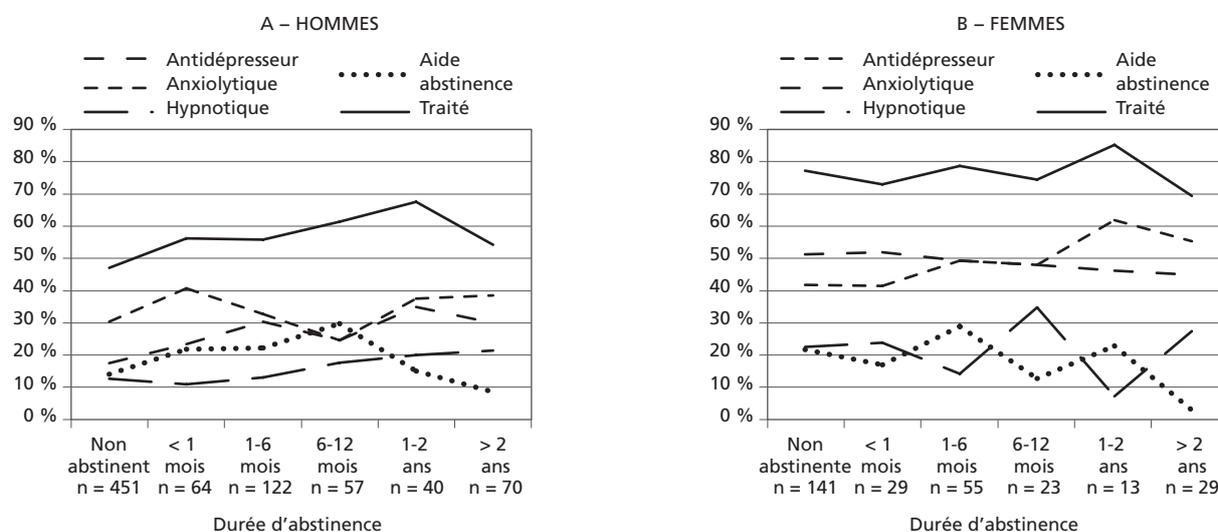


Figure 1. – Fréquence de prise de médicaments psychotropes chez des consultants en difficulté avec l'alcool en fonction de la durée d'abstinence. La ligne "Traité" représente la fréquence de consultants prenant au moins l'un des 57 médicaments psychoactifs listés sur le questionnaire.

Événements de vie

Les événements de vie – tels que statut marital, condition de logement, divorce, déménagement, disparition d'un proche, licenciement – n'étaient pas associés à la prise d'un traitement médicamenteux. Par contre, être sans emploi en augmentait significativement ($p < 0,01$) la fréquence, alors qu'avoir eu un ennui avec la justice la diminuait. Ces deux paramètres, ainsi que les trois identifiés précédemment – sexe féminin, primo-consultant, être abstinent – ont été analysés en régression logistique. Trois étaient indépendamment et significativement associés à la prise d'un médicament : être de sexe féminin et être primo-consultant étaient les facteurs augmentant le plus la probabilité d'être traité par un médicament (RR = 2,4 [IC 95 % : 1,6-3,4] et 2,7 [IC 95 % : 1,7-3,5] respectivement), alors qu'avoir des ennuis judiciaires la diminuait (RR = 0,4 [IC 95 % : 0,3-0,5]). Les résultats étaient pratiquement les mêmes lorsque la variable à expliquer était "être traité par un médicament au jour de l'enquête".

Focus sur les médicaments d'aide au maintien de l'abstinence

Les quatre médicaments spécialisés dans l'aide au maintien de l'abstinence – acamprostate, naltrexone, disulfirame, ainsi que baclofène – ont été analysés séparément. Le plus fréquemment administré était l'acamprostate, 13,5 % de l'échantillon déclarant l'avoir reçu ou le recevant encore ; les pourcentages correspondants pour la naltrexone, le baclofène et le disulfirame étaient respectivement de 8,6, 8,9 et 1,6 %. La prise de ces produits en fonction du statut vis-à-vis de l'alcool est présentée en figure 2. L'acamprostate était

significativement ($p = 0,004$) plus souvent pris par les abstinentes (16,4 %) que les non-abstinentes (10,8 %) ; c'était en revanche l'inverse pour la naltrexone (6,9 vs 10,6 % $p = 0,02$) et pour le baclofène (7,4 vs 10,8 %, $p = 0,04$). Quant au disulfirame, un seul des 11 sujets chez qui le traitement était en cours au jour de l'enquête se déclarait non-abstinent. Le faible effectif de sujets recevant ces produits n'a pas permis d'analyser très précisément la fréquence de traitement en fonction de la durée d'abstinence, mais d'une manière générale, la majeure partie des sujets concernés avaient arrêté de boire depuis un à six mois. La durée de traitement par acamprostate était supérieure à six mois chez 44,2 % des sujets concernés, les données correspondantes pour la naltrexone et le baclofène étaient respectivement de 41,5 et 36,4 %.

Discussion

Nos résultats obtenus sur une large série de consultants montrent que les médicaments sont largement pris par les personnes en difficulté avec l'alcool avant et longtemps après le sevrage, que les femmes sont plus souvent traitées par des médicaments que les hommes, que l'arrêt de l'alcool ne modifie que peu les traitements médicamenteux institués, que les médicaments les plus utilisés sont les anxiolytiques et les antidépresseurs et que les médicaments d'aide à l'abstinence sont en arrière-plan.

Les consultants ayant participé à l'enquête, sur le mode du volontariat, avaient un profil sociodémographique similaire à celui décrit dans une autre étude également menée dans le réseau Anpaa (4). Il n'en reste pas moins

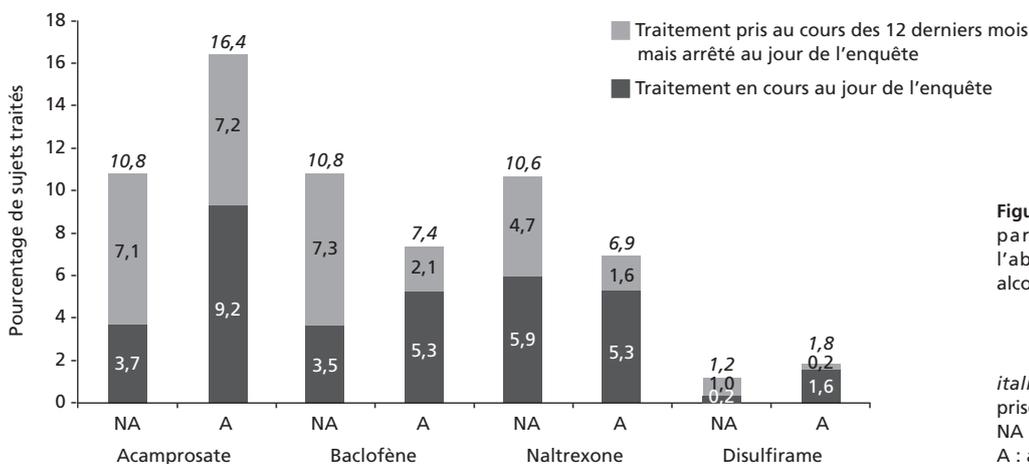


Figure 2. – Fréquence de traitement par les médicaments d'aide à l'abstinence en fonction du statut alcool.

italique : somme des fréquences de prise antérieure et en cours.
NA : non abstinent (N = 593)
A : abstinent (N = 609)

que l'échantillon de cette étude ne peut être considéré comme représentatif de la population des consultants de l'Anpaa, et encore moins de celle de l'ensemble des malades alcooliques, dans la mesure où leur recrutement n'a pas répondu à un plan de sélection.

Lors de leur entrée dans le réseau Anpaa, la moitié des primo-consultants (52,6 %) avaient déjà reçu un traitement médicamenteux, et ce traitement était en cours chez 40,8 % ; celui-ci était constitué majoritairement d'antidépresseur et d'anxiolytique, témoignant de la prédominance de ces comorbidités dans la prise en charge initiale. La proportion de sujets traités par des médicaments était plus élevée chez ceux déjà suivis dans le réseau et se caractérisait par une augmentation significative des anxiolytiques et des produits d'aide à l'abstinence, que ces sujets soient devenus abstinentes ou non. Il en ressort donc que le symptôme anxiété est la cible thérapeutique numéro un des soignants. Les relations entre alcoolisme et anxiété avant et après sevrage sont largement connues. Autant le traitement par benzodiazépine, oxazépam en tête de file, apparaît légitime du fait de son efficacité sur l'anxiété aiguë, la durée d'administration très longue observée dans cette enquête sort largement du cadre des recommandations formulées par les agences de santé, de deux à trois mois maximum en raison du risque de dépendance (<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0218804.htm>). Les antidépresseurs, surtout l'escitalopram, étaient pris à une fréquence moindre que les anxiolytiques, suggérant que la dépression pourrait être moins fréquente, au moins chez les hommes (5), et/ou s'améliore plus vite que l'anxiété chez les malades de l'alcool.

Les femmes étaient plus souvent traitées par des médicaments que les hommes, avant et après le sevrage d'alcool, et prenaient plus souvent des antidépresseurs. Cela est sans doute en rapport avec la plus grande fréquence de dépression chez les femmes (6), majorée par le fait que les femmes alcooliques se plaignent de symptômes dépressifs plus sévères que ceux des hommes (7). Il a été rapporté que les symptômes de dépression diminuaient rapidement après le sevrage (8, 9). Pourtant, dans notre série, la fréquence de prise d'antidépresseurs, même si elle fluctuait, augmentait globalement avec la durée d'abstinence, particulièrement chez les femmes ; cela pourrait être en rapport avec une aggravation des symptômes dépressifs spécifique à notre échantillon, mais justifierait d'être étudié plus en avant. Être sans activité est un facteur connu pour majorer la fréquence de prise d'antidépresseurs (9), et nos résultats allaient dans ce

sens. À l'inverse, que les ennuis judiciaires puissent diminuer la fréquence pourrait être expliqué par le fait que ces sujets étaient majoritairement de jeunes adultes en obligation de soins pour infraction à l'alcoolémie, population ayant, au moins en cas de primo-infraction, majoritairement un profil d'usage nocif ou occasionnel sans dépendance associée (10), ne requérant donc pas de traitement médicamenteux.

L'acamprosate était plus souvent utilisé que la naltrexone ; cela pourrait être dû à la plus grande efficacité de l'acamprosate pour le maintien de l'abstinence, comme l'a suggéré une récente méta-analyse (11). Une autre raison possible est que l'acamprosate est plus ancien, a une indication spécifique "alcool" et a été l'objet d'un marketing actif, alors que la naltrexone, commercialisée huit ans plus tard, était initialement indiquée pour le traitement des addictions aux opiacés. Bien qu'indiqués dans le maintien de l'abstinence selon leurs RCP (résumé des caractéristiques du produit), ces médicaments, surtout la naltrexone, étaient aussi largement pris par des buveurs actifs, suggérant que les prescripteurs pourraient les estimer utiles pour réduire la consommation, suivant en cela, au moins pour la naltrexone, les données de la littérature (11). Toutefois, l'usage de ces médicaments chez les consultants abstinentes, même juste après le sevrage, était particulièrement faible alors qu'ils sont spécifiquement recommandés par les autorités de santé. Cela conduit à s'interroger sur la confiance que les prescripteurs ont dans l'efficacité de ces produits. Le baclofène, non autorisé au moment de l'enquête, était pris par une proportion faible des sujets, moins que ce qui pouvait être attendu au vu des données de pharmacovigilance (<http://ansm.sante.fr/content/download/41100/535097/version/2/file/baclofene--suivi-pharmacovigilance-2011.pdf>) rapportant une "explosion" des ventes ; la raison pourrait en être que les sujets prenant du baclofène estiment ne pas avoir besoin de soins spécialisés et s'adressent à leur médecin traitant.

Les différences de traitement médicamenteux entre abstinentes et non-abstinentes étaient globalement modestes ; elles relativisent le rôle du médicament dans l'accès à l'abstinence. Par contre, le soutien médicamenteux après sevrage apparaît de prime abord essentiel puisque les deux tiers des consultants ayant arrêté de boire depuis plus de deux ans recevaient encore des médicaments, les benzodiazépines étant les produits chefs de file, suivis par les antidépresseurs et les hypnotiques. Toutefois, la nécessité de maintenir un soutien médicamenteux aussi longtemps interpelle et amène à

s'interroger sur le lien causal entre traitement médicamenteux et résultat. Certes, chez certains patients, cela peut être justifié par une comorbidité psychiatrique associée antérieure à l'alcoolisation, hypothèse à laquelle notre enquête ne permet pas de répondre. Mais pour d'autres, il pourrait s'agir d'une surprescription, soit réclamée par le sujet, le médecin accédant sans discuter à la demande pour éviter un éventuel conflit et le risque d'une éventuelle rechute dont il serait désigné responsable, soit choisie, voire imposée, par le médecin dans le but de maintenir un équilibre présumé fragile. Dans ces deux cas de figure, se profile à long terme le risque de survenue d'une dépendance médicamenteuse. Si tel est le cas, il conviendra alors de s'interroger sur le bénéfique/risque du transfert d'une dépendance à l'alcool vers les médicaments.

En conclusion, notre enquête montre que les interventions médicamenteuses dans la prise en charge de la maladie alcoolique s'appuient plus sur la pharmacopée psychiatrique que sur celle addictologique. De plus, les recommandations concernant la durée maximale de prescription sont mal respectées, surtout pour les benzodiazépines ; outre le risque de dépendance, cela pourrait contribuer à leur forte consommation en France étant donné la prévalence élevée de la maladie alcoolique sur le territoire. ■

Remerciements. – Les auteurs remercient les équipes des CSAPA qui ont participé à ce travail.

Financement. – Ce travail a été financé par l'Anpaa. L'Anpaa n'a eu aucun rôle dans l'organisation de l'enquête, le recueil des données, l'analyse et l'interprétation des résultats, l'écriture de l'article et la décision de soumission pour publication.

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

B. Nalpas, B. Fleury, D. Jarraud, M. Craplet, A. Rigaud
Prévalence de prise de médicaments psychotropes chez les personnes en difficulté avec l'alcool consultant en CSAPA

Alcoologie et Addictologie. 2016 ; 38 (4) : 287-293

Références bibliographiques

- 1 - Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie.* 2015 ; 37 : 5-84.
- 2 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Expertise collective. Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances. Paris : Édition Inserm ; 2012.
- 3 - The ESEMeDMHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004 ; 420 : 21-7.
- 4 - ANPAA, Nalpas B, Yguel J, Fleury B, Martin S, Jarraud D, Craplet M. Pathological gambling in treatment-seeking alcoholics: a national survey in France. *Alcohol Alcohol.* 2011 ; 46 : 156-60.
- 5 - Gratzler D, Levitan RD, Sheldon T, Toneatto T, Rector NA, Goering P. Lifetime rates of alcoholism in adults with anxiety, depression, or co-morbid depression/anxiety: a community survey of Ontario. *J Affect Disord.* 2004 ; 79 : 209-15.
- 6 - Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.* 2003 ; 74 : 5-13.
- 7 - Abulseoud OA, Karpyak VM, Schneekloth T, Hall-Flavin DK, Loukianova LL, Geske JR, et al. A retrospective study of gender differences in depressive symptoms and risk of relapse in patients with alcohol dependence. *Am J Addict.* 2013 ; 22 : 437-42.
- 8 - Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavella E, Christodoulou G. Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug Alcohol Depend.* 2002 ; 68 : 215-20.
- 9 - The ESEMeDMHEDEA 2000 investigators. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004 ; 420 : 55-64.
- 10 - ANPAA, Fleury B, Craplet C, Nalpas B. Typologie des contrevenants à l'alcoolémie routière et modalités des prises en charge. *Rev Épidemiol Santé Pub.* 2008 ; 56 : 109-16.
- 11 - Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, Humphreys K, Finney JW. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction.* 2012 ; 108 : 275-93.