

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le jeudi 7 juin 2018 à Poitiers
par **Madame Florie CORDEL**

**Prescription de baclofène dans la prise en charge de
l'alcoolodépendance en médecine générale en
Charente-Maritime.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY
Monsieur le Professeur François BIRAULT
Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Serge MOUNSANDE

Remerciements

À Monsieur le Professeur Binder,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger ce travail.
Soyez assuré de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Mounsande,

Serge, je te remercie d'avoir accepté de travailler à mes côtés, et de m'avoir consacré tout ce temps.
Je me suis rendu compte grâce à toi de l'importance du travail en réseau dans cette maladie chronique et complexe.
Reçois ici le témoignage de mon plus grand respect.

À Monsieur le Professeur Parthenay,

Vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse.
C'est vous, en troisième année, qui m'avez fait découvrir cette spécialité passionnante qu'est la médecine générale.
Soyez-en sincèrement remercié.

À Monsieur le Professeur Birault,

Vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse et je vous remercie de l'avoir accepté au dernier moment.
Veuillez trouver ici toute ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Vanderkam,

Vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse.
Veuillez trouver ici toute ma gratitude.

À ma famille,

À mes parents,

Vous avez toujours été présents et d'un grand soutien pendant ce long parcours. Merci de nous avoir inculqué des valeurs telles que le respect, l'honnêteté, la confiance et le courage, essentielles à mon épanouissement professionnel. Merci pour l'amour que vous nous portez.

Maman, merci pour la relecture. Papa, merci pour l'inspiration (Tintin et les Picaros).

À Jonathan,

La vie est devenue simple et logique depuis que je la partage avec toi. Merci pour ton amour, ton soutien au quotidien et tous ces beaux projets que nous allons bientôt réaliser.

À mes frères,

Nicolas, merci pour ton soutien. Delphine, Achille, Léandre, merci de former une si belle famille avec lui.

Virgile, mon « tout p'tit frère », tu pourras toujours compter sur moi. Merci pour les sauvetages Excel !

Merci à vous deux d'avoir toujours été là pour moi, merci pour toutes les réunions de famille passées et à venir. Je suis fière de vous.

À mes grands-parents,

Merci d'avoir toujours cru en moi.

Mamie, j'espère que de là où tu es, tu peux voir où je suis arrivée aujourd'hui.

À mes oncles et tantes,

Particulièrement à mon parrain préféré (c'est plus difficile que tu ne le penses !), à Michel, je vais pouvoir marcher sur tes traces, à Tatie.

À mes cousins et cousines, et leurs familles qui s'agrandissent.

À ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille et encouragé dans ce travail.

À mes amis,

Aux anciens d'Angoulême :

- *Émilie, Morgane et Delphine, ni les années ni les frontières ne pourrons nous séparer ;*
- *Hadrien, un jour, je te ferai remonter sur un cheval !*

À ceux de Poitiers : *Jeanne, Marion, Vanessa, Cyndie, Sarah, c'est grâce à vous que j'ai réussi à passer les épreuves (et les soirées) les unes après les autres.*

À Soizic : *merci de m'avoir fait rentrer dans ta vie et dans ta maison.*

À mes colocs de choc : *Justine et Nicolas, merci pour ces six mois d'exception, en attendant la retraite, sur un banc de l'île de Ré.*

À mes co-internes : *Anna, Isabelle, Virginie, Anaïs, Myriam, et les autres.*

À mes futurs associés,

Frédéric et Jérémy, merci pour la bonne humeur qui m'a fait ouvrir les portes de votre cabinet.

Joëlle, merci pour la découverte de la région au travers des visites à domicile.

À tous les médecins *qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire, et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.*

À tous les médecins *de mon entourage, ceux que j'ai croisés et côtoyés pendant mes études, ceux qui ont pris le temps de me former, ceux qui m'ont marquée par leur humanité et leurs compétences mises au service du patient.*

Aux équipes paramédicales *avec qui j'ai eu la chance de travailler, merci pour tout ce que vous m'avez appris depuis le début de ma vie d'interne.*

Table des matières

Abréviations	9
Introduction	10
Contexte	11
I. Concept d'alcoolodépendance	11
II. Prise en charge	18
Matériel et méthode	26
I. Type d'étude	26
II. Échantillon	26
III. Élaboration du questionnaire	26
IV. Diffusion du questionnaire	27
V. Analyse statistique	27
Résultats	28
I. Population étudiée	28
II. Repérage du mésusage	30
III. Prise en charge de l'alcoolodépendance	33
IV. L'avis des prescripteurs et des non prescripteurs	39
Discussion	41
I. Principaux résultats	41
II. Forces et faiblesses de l'étude	43
III. Confrontation aux données de la littérature	43
IV. Perspectives	48
Conclusion	50
Bibliographie	51
Annexes	54
Résumé	64
Serment	65

Table des annexes

Annexe 1 : DETA	55
Annexe 2 : AUDIT.....	56
Annexe 3 : MAST.....	57
Annexe 4 : FACE.....	58
Annexe 5 : ADOSPA	59
Annexe 6 : questionnaire de thèse.....	60

Abréviations

γ -GT : γ -Glutamyl-Transférase

ADOSPA : ADOLescents et Substances PsychoActives

ALAT : Alanine AminoTransférase

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ASAT : Aspartate AminoTransférase

AUDIT : Alcohol-Use Disorders Identification Test

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool

CDT : Carbohydrate Deficient Transferrin

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DETA : Diminuer-Entourage-Trop-Alcool

DISPPAA : Département d'Information et de Soins pour les Personnes ayant un Problème avec l'Alcool ou autres Addictions

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5ème édition

ELSA : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

GABA : Gamma AminoButyric Acid

HAS : Haute Autorité de Santé

ICARES : Intervenir dans les Conduites À Risques avec un Ensemble de professionnels

MAST : Michigan Alcohol Screening Test

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAP : Réseau Addictions en Poitou-Charentes

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SFA : Société Française d'Alcoologie

VGM : Volume Globulaire Moyen

Introduction

L'alcoolodépendance est un problème de santé publique important. En effet, près de 10% des décès en France sont imputables à la consommation d'alcool. La consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. Très ancré dans les us et coutumes, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France.

Il existe à ce jour quatre médicaments ayant une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans le traitement de l'alcoolodépendance, le disulfirame (ESPÉRAL®), l'acamprosate (AOTAL®) et la naltrexone (REVIA®) qui sont indiqués dans le maintien de l'abstinence et le nalméfène (SELINCRO®) dans la diminution de la consommation.

Le baclofène était utilisé dans le cadre de l'alcoolodépendance hors AMM depuis un important fait médiatique, la sortie du livre « Le dernier verre » de O. Ameisen en 2008. Il a reçu en mars 2014, pour la première fois, une RTU (Recommandation Temporaire d'Utilisation) dans le traitement de l'alcoolodépendance, RTU qui a été renouvelée en juillet 2017. Des essais cliniques sont actuellement en cours en France, mais leurs résultats n'ont pas encore été publiés, il s'agit de Alpadir et Bacloville.

Le concept de la problématique alcoolique évolue, sa prise en charge aussi.

C'est dans ce contexte que je me suis penchée sur la question de la prescription de baclofène par les médecins généralistes où l'importance d'un travail en réseau est majeure. La Charente-Maritime en est d'ailleurs un précurseur avec ICARES (Intervenir dans les Conduites À Risques avec un Ensemble de professionnels) devenu ensuite RAP (Réseau Addictions Poitou-Charentes). Nous avons donc décidé de faire une étude transversale des pratiques des médecins généralistes dans ce département.

L'objectif principal de cette étude est l'évaluation de la proportion de prescripteurs de baclofène parmi un échantillon de médecins généralistes.

L'objectif secondaire est l'évaluation du repérage, des motivations, des craintes et des circonstances de prescription ou de non prescription de baclofène.

Contexte

I. Concept d'alcoolodépendance

a. Définitions

Les définitions qui suivent ont été schématisées (Figure 1) par la pyramide du risque d'alcool de Skinner modifiée par Michaud, Batel et Saunders (1).

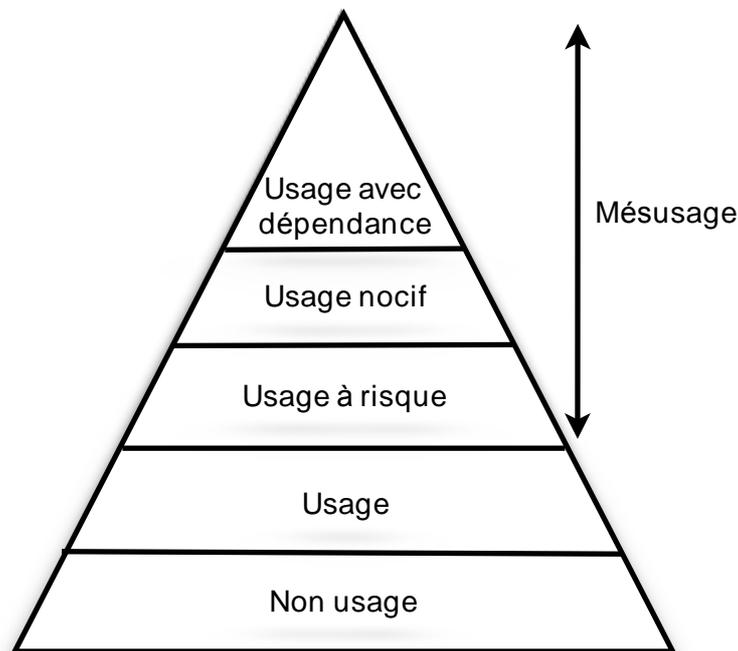


Figure 1 : pyramide de Skinner modifiée

En alcoologie, plusieurs approches existent, nous utiliserons, pour notre étude, l'approche catégorielle de la CIM 10 (Classification Internationales des Maladies, 10^{ème} édition).

Non-usage : absence de consommation de boissons alcoolisées. Le non-usage peut être primaire ou secondaire (après une période de mésusage, alors désigné par le terme abstinence).

Usage : toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, c'est à dire inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

Mésusage : toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence de risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits (usage à risque, usage nocif et usage avec dépendance).

Usage à risque : consommation supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire. Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque (conducteurs...) et/ou un risque individuel particulier (femmes enceintes...).

Usage nocif : existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation, et absence de dépendance à l'alcool.

Usage avec dépendance (ou alcoolodépendance) : perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

L'approche selon le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5ème édition) (2) est dimensionnelle, on parle de trouble lié à l'usage d'alcool classé en trois groupes (léger, moyen, sévère) avec onze critères diagnostiques. Le trouble est considéré comme léger avec deux à trois critères positifs, modéré avec quatre à cinq critères positifs et sévère à partir de six critères positifs.

Liste des onze critères diagnostiques :

- Consommation plus importante et plus prolongée que prévue ;
- Désir persistant et efforts infructueux pour réduire ou arrêter la consommation d'alcool ;
- Temps considérable consacré à chercher de l'alcool, à en boire ou à se remettre de ses effets ;
- Craving ;
- Incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison, liée à l'utilisation répétée de l'alcool ;
- Problèmes sociaux/interpersonnels liés à l'abus d'alcool ;
- Nombreuses activités, familiales, sociales, professionnelles ou de loisir, abandonnées ou réduites à cause de l'alcool ;
- Consommation d'alcool dans des situations à risque (conduite de voiture ou manipulation de machine) ;
- Consommation de l'alcool poursuivie malgré la connaissance des problèmes physiques ou psychologiques persistants et récurrents dus à l'alcool ;
- Tolérance ;
- Syndrome de sevrage.

Sevrage : symptômes de sevrage (hyperactivité neurodégénérative, augmentation du tremblement des mains, insomnie, nausées ou vomissements, hallucinations, agitation psychomotrice, anxiété, crises convulsives généralisées tonico-cloniques) apparaissant 4 à 12 heures après la réduction des consommations dans un contexte d'usage d'alcool prolongé et massif.

Tolérance : besoin d'ingérer des quantités plus importantes pour obtenir le même effet ou effet diminué en cas de consommation d'une même quantité.

Craving : envie impérieuse de consommer.

b. Seuils de consommation

Les seuils définis par l'OMS selon la SFA (Société Française d'Alcoologie) sont les suivants (3) :

- Maximum 2 verres standards par jour (soit 14 verres standards par semaine) pour une femme ;
- Maximum 3 verres par jour (soit 21 verres standards par semaine) pour un homme ;
- Maximum 4 verres par occasion quel que soit le sexe ;
- Minimum une journée d'abstinence par semaine.

Un verre standard correspond à 10 grammes d'alcool pur, soit :

- 10 cl de vin à 12° ;
- 25 cl de bière à 5° ;
- 7 cl de vin cuit à 18° ;
- 3 cl de whisky, pastis à 40°.

c. Marqueurs biologiques

Des marqueurs biologiques sont corrélés à la consommation excessive d'alcool. Aucun de ces marqueurs n'est spécifique du mésusage d'alcool, mais associés, ils ont une forte valeur d'orientation. Ils sont utiles dans l'aide au diagnostic du mésusage d'alcool mais ils ne permettent pas de distinguer les sujets alcoolodépendants des consommateurs excessifs non dépendants. Le VGM (Volume Globulaire Moyen), la γ -GT (γ -Glutamyl-Transférase) et la CDT (Carbohydre Deficient Transferrin), en raison de leur spécificité et de leur sensibilité, qui restent néanmoins relatives, sont les trois marqueurs les plus appropriés pour repérer un mésusage d'alcool et assurer son suivi.

VGM : la consommation chronique d'alcool est la première cause de macrocytose érythrocytaire sans anémie. Il se normalise après 3 mois d'abstinence.

γ -GT : une élévation supérieure à 1,5 fois la normale est considérée comme significative. Sa demi-vie est de 8 à 10 jours. Il n'y a pas de relation stricte entre la quantité d'alcool consommée et le degré d'élévation de la γ -GT. Il existe de nombreuses autres étiologies de son élévation.

CDT : elle reflète la consommation d'alcool des deux dernières semaines. C'est le marqueur le plus sensible et le plus spécifique de la consommation d'alcool.

Triglycérides : ce sont des lipides fabriqués par notre organisme à partir des sucres et de l'alcool. Leur taux peut augmenter fortement en cas d'alcoolisation aiguë et se normaliser rapidement.

Transaminases ASAT (Aspartate AminoTransférase) et ALAT (Alanine AminoTransférase) : en cas d'hépatite alcoolique, les ASAT sont plus élevées que les ALAT.

Alcoolémie : marqueur d'une alcoolisation aiguë, souvent utilisé aux urgences et dans un contexte d'infraction pénale.

d. Approche symptomatique du mésusage d'alcool

Signes de consommation excessive

On note des modifications progressives du fonctionnement et du comportement telles que des troubles relationnels avec l'entourage familial ou professionnel, des céphalées, des troubles du sommeil (cauchemars, fragmentation du sommeil), des troubles des fonctions supérieures (difficultés mnésiques, défaut de concentration, attention labile) et des troubles digestifs (anorexie, pituite matinale, soif au réveil).

On observe par ailleurs des signes cutanés et aponévrotiques. Le visage peut être blafard avec un teint cireux, il a parfois un aspect plus coloré avec des télangiectasies des ailes du nez, des pommettes ou des téguments des oreilles. Une acné rosacée de la face peut se compliquer, très rarement, en rhinophyma. L'étiologie alcoolique constitue la cause la plus fréquente de syndrome de Dupuytren.

Des signes nerveux existent : les tremblements fins, réguliers et permanents des extrémités (en dehors des situations de sevrage), et une démarche cérébelleuse (avec augmentation du polygone de sustentation).

Deux atteintes endocriniennes non spécifiques sont souvent rencontrées : une gynécomastie bilatérale et une hypertrophie parotidienne bilatérale.

Alcoolopathies somatiques

Le système digestif est fortement touché, principalement le foie (stéatose et hépatite alcooliques, fibrose et cirrhose), le pancréas (pancréatite aiguë et chronique) et l'estomac (gastrite).

Le système nerveux peut aussi souffrir d'une alcoolisation. La complication d'une alcoolisation aiguë peut être un coma éthylique, alors que celles d'une alcoolisation chronique sont l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (qui peut lui-même se compliquer d'un syndrome de Korsakoff), l'encéphalopathie hépatique, l'atrophie cérébelleuse, les crises convulsives généralisées, la névrite optique rétrobulbaire, la polynévrite des membres inférieurs.

La consommation excessive d'alcool est impliquée dans la survenue de deux types de cancers : ceux des voies aéro-digestives supérieures (bouche, pharynx, œsophage) et ceux du foie.

Alcoolopathies psychiques et psychiatriques

Il peut s'agir de troubles psychiques banals tels que l'anxiété, l'irritabilité, l'insomnie, ou bien l'alcoolodépendance peut compliquer l'évolution de certaines maladies psychiatriques (dépression, trouble anxieux, schizophrénie).

Alcoolopathies relationnelles et sociales

Le malade développe souvent une culpabilité, son comportement est modifié, ce qui complique ses relations avec son entourage familial et professionnel le conduisant parfois à l'isolement.

Alcoolopathies juridiques

L'alcool est impliqué dans un grand nombre de délits et crimes, dont la conduite en état d'ivresse.

e. Facteurs de risques

En addictologie, comme en alcoologie, la dépendance résulte de la rencontre entre une personne, un produit et un contexte (son environnement).

Facteurs individuels de vulnérabilité

Les facteurs génétiques auraient une influence sur le métabolisme et les effets des drogues (4), et les facteurs neurobiologiques sont impliqués par la perturbation des systèmes dopaminergique, glutamatergique opioïde, noradrénergique et sérotoninergique (5).

Les facteurs psychologiques jouent un rôle important comme certains traits de personnalité (faible estime de soi, timidité, autodépréciation, réactions émotionnelles excessives, difficulté à faire face aux événements et à établir des relations stables et satisfaisantes, difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels), mais aussi comme certaines dimensions du tempérament (niveau élevé de recherche de sensations, de nouveautés, faible évitement du danger, niveau élevé de réactivité émotionnelle, faible niveau de sociabilité) (6) .

Il en est de même pour les facteurs psychiatriques tels que les troubles des conduites, les troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire) et les troubles anxieux.

Facteurs liés à l'environnement

On note l'importance des facteurs sociaux (chômage, précarité), ainsi que l'exposition à l'alcool dans la société (quantité d'alcool consommé en France).

Il en est de même pour les facteurs familiaux comme la consommation d'alcool au sein de la famille (acceptation, rejet, interdit religieux), mais aussi le fonctionnement familial (conflits, négligence, permission) et les événements de vie familiaux.

Une part non négligeable est attribuée aux facteurs socio-culturels, on relève particulièrement le rôle des pairs (amis).

Facteurs liés au produit

Le risque d'installation d'une dépendance propre au produit (son potentiel addictif) est assez faible pour l'alcool d'après l'étude de G. Woody (7), il y a peu d'alcoolodépendance par rapport au nombre de consommateurs d'alcool.

Il existe un risque d'apparition de complications somatiques (cancer, problèmes cardiovasculaires et digestifs), psychologiques (dépression, suicide, altération cognitive) ou sociales (désinsertion sociale, problèmes judiciaires).

Le dernier risque est celui lié au statut socialement accepté et légal de la consommation d'alcool.

f. Offres de soin

Le réseau de soins addictologiques est composé de trois pôles (8).

Pôle ville

Le médecin généraliste a un rôle particulier du fait de sa position de premier recours dans le système de soins, il est en première ligne pour le repérage des risques et l'intervention brève, ainsi que dans la coordination des soins (intervention des autres professionnels de santé).

Sont aussi impliqués les partenaires médico-sociaux (éducateurs, travailleurs sociaux, infirmiers scolaires...), les autres médecins (médecins du travail, médecins scolaires...), et les autres professionnels de santé de proximité (pharmaciens, kinésithérapeutes...).

Pôle médico-social spécialisé

Les CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) résultent de la fusion des anciens CSST (Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes) et CCAA (Centres de Cure Ambulatoire en Addictologie), ils ont été créés en 2002 et réellement mis en place en 2007.

Leurs rôles sont donc : la prévention, les soins et l'accompagnement médico-psycho-social. C'est un dispositif de proximité, pluridisciplinaire, fonctionnant en ambulatoire.

Pôle sanitaire hospitalier

Les patients présentant des conduites addictives doivent pouvoir bénéficier, selon la gravité de leurs troubles, d'un dispositif organisé en trois niveaux.

Le niveau 1 est une réponse de proximité, pour un sevrage simple. Il comporte des consultations hospitalières d'addictologie, des ELSA (Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie) et des services d'hospitalisation non spécialisés en addictologie (médecine interne, hépato-gastro-entérologie, psychiatrie...) permettant de réaliser des sevrages simples.

Le niveau 2 est composé de structures ou unités d'addictologie avec une hospitalisation de jour, une hospitalisation complète pour sevrage avec proposition de thérapie de groupe et de psychothérapie individuelle, et des SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) en addictologie.

Le niveau 3 est un service d'addictologie universitaire, dans les CHU (Centre Hospitalier Universitaire) qui a les mêmes moyens que les structures de niveau 2 mais en assurant la coordination de l'enseignement, de la formation et de la recherche.

g. Épidémiologie

La consommation d'alcool en France est un problème de santé publique important. En effet, en France en 2009, sur 535 000 décès, on en relève 49 000 imputables à l'alcool, soit 13% chez les hommes et 5% chez les femmes du total des décès (9). La consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable dans notre pays après le tabac (10). C'est une cause importante de mortalité prématurée (avant 65 ans). En 2009 la fraction attribuable à l'alcool est maximum dans la population des 15-34 ans (22%), un peu moindre dans celle des 35-64 ans (18%) et minimum (7%) dans celle des 65 ans et plus (9).

En 2004, on estimait la consommation annuelle à 13,1 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans, soit une moyenne d'un peu moins de trois verres par habitant et par jour, la France se situait alors au sixième rang mondial.

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. En 2014, l'usage quotidien de boissons alcoolisées concerne 10% des adultes de 18 à 75 ans. Cette même année, 8% de cette même tranche d'âge sont considérés comme des consommateurs à risque (11).

II. Prise en charge

a. Repérage

Identifier

La consommation déclarée d'alcool (CDA) est évaluée en nombre de « verres standards » contenant 10g d'alcool pur en fonction de la fréquence (nombre de verres par jour ou par semaine, nombre de verres par occasion, nombre de jours « actifs » par semaine).

Les questionnaires et la CDA ont démontré leur supériorité par rapport aux examens biologiques. La puissance discriminative de ces outils doit être considérée avec prudence : un résultat positif oriente vers un mésusage d'alcool sans pouvoir le qualifier, un résultat négatif ne permet pas d'écarter avec certitude l'éventualité d'un mésusage.

Trois questionnaires spécifiques à la consommation d'alcool sont majoritairement utilisés en France, il s'agit du DETA (Diminuer-Entourage-Trop-Alcool, Annexe 1) CAGE en anglais, de l'AUDIT (Alcohol-Use Disorders Identification Test, Annexe 2) et du MAST (Michigan Alcohol Screening Test, Annexe 3). Le DETA et le MAST explorent sur la vie entière les conséquences de l'alcoolisation sur l'individu, son entourage et son rôle social, tandis que l'AUDIT explore les douze derniers mois et comporte des questions relatives aux quantités consommées et à la fréquence de consommation. La HAS (Haute Autorité de Santé) préconise l'utilisation de la CDA pour un repérage précoce, suivi du questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation, Annexe 4) pour l'évaluation du risque (12). Un autre questionnaire, ADOSPA (ADOLESCENTS et SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ou Auto-Détente-Oubli-Seul-Problème-Amis/famille, Annexe 5) CRAFFT en anglais, permet de dépister précocement les usages nocifs de diverses substances addictives chez les adolescents.

Les signes d'alerte sont le plus souvent non spécifiques mais ils attirent l'attention par la juxtaposition et /ou leur répétition. Il peut s'agir de plaintes concernant la fatigue, la nervosité, l'irritabilité, le sommeil ou l'humeur, la consommation d'autres substances psychoactives, une instabilité relationnelle avec l'entourage (conjoint, famille, amis, travail).

Les examens biologiques, du fait de leur sensibilité et de leur spécificité relatives, comme nous l'avons vu plus haut, ne permettent pas de diagnostiquer un mésusage d'alcool en l'absence d'éléments cliniques évocateurs. Ils sont utiles pour aider au repérage d'un mésusage d'alcool et pour assurer son suivi.

Bilan individuel

La sévérité de la conduite d'alcoolisation doit être appréciée en recherchant les conduites à risques (alcoolisation massive des jeunes, répétition de ce comportement, rapports sexuels non protégés...), la consommation d'autres substances psychoactives, le craving, la dépendance, le déni d'une dépendance.

La gravité des dommages induits est évaluée par la recherche de complications organiques, de comorbidités psychiatriques, de troubles cognitifs ainsi que par la présence de conséquences familiales, sociales et professionnelles.

Évaluation de la qualité de vie

C'est une donnée subjective que l'on peut apprécier par le questionnaire de qualité de vie SF36 mais qui n'est pas spécifique des conduites addictives, ou plus simplement par l'EVA (Échelle Visuelle Analogique).

Motivation au changement

Une évaluation de la motivation au changement est nécessaire avant toute intervention en s'appuyant sur le schéma motivationnel de Prochaska et DiClemente(13) (Figure 2).

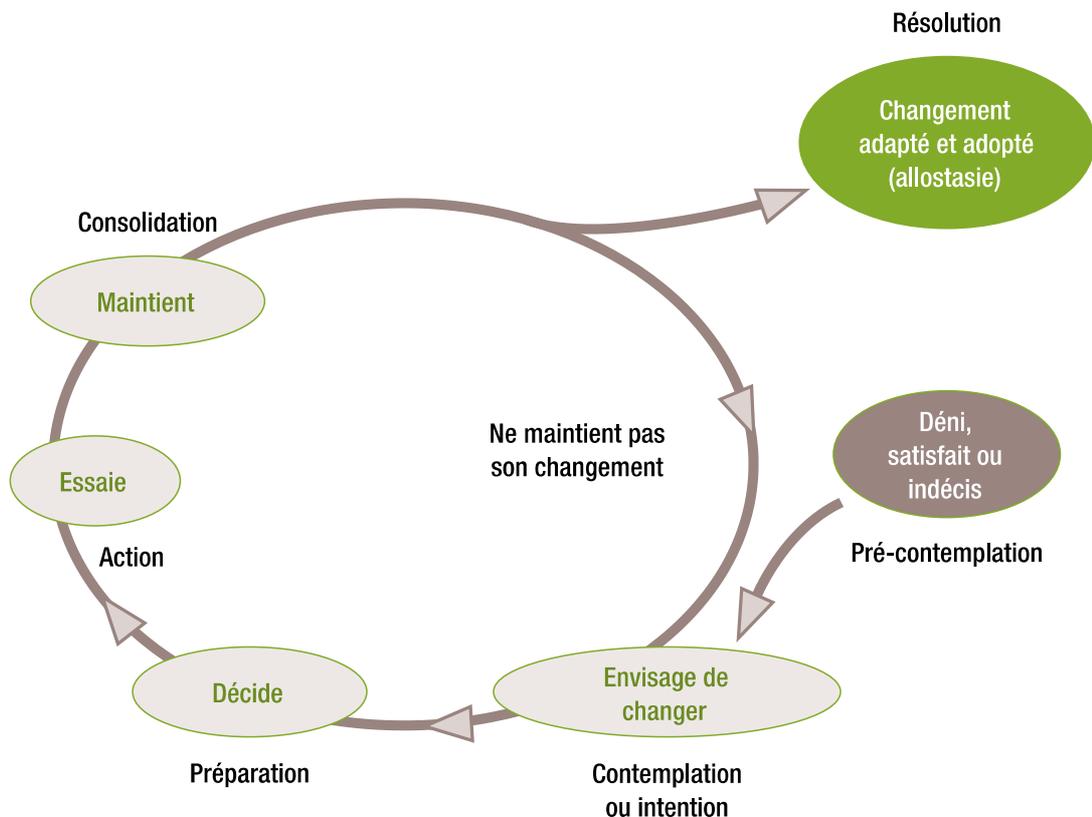


Figure 2 : cycle de Prochaska et DiClemente (14)

Le modèle trans-théorique construit le changement comme un processus progressif comportant cinq stades : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et la consolidation.

La pré-contemplation est le stade du consommateur qui n'a pas l'intention de modifier son comportement.

La contemplation est le stade où le consommateur envisage de changer son comportement.

La préparation correspond au stade du consommateur qui décide de passer à l'action dans les mois à venir. Il réfléchit à la meilleure option pour changer de comportement, il s'est fixé un objectif.

L'action est le stade de l'arrêt, le consommateur opère des changements de comportement.

La consolidation est marquée par le fait que les nouveaux comportements sont inscrits dans les habitudes, ils sont intégrés dans la vie du consommateur.

La régression est le retour à un stade précédent.

La rechute est la reprise du comportement problème.

La résolution permet au consommateur de sortir du cercle, il est marqué par des changements adaptés et adoptés par la personne, qui se trouve alors en allostasie (nouvel équilibre).

b. Les principes de la prise en charge

La maladie alcoolique comporte trois dimensions qu'il faut prendre en charge : la personne, le produit et le contexte.

Pour chaque type d'usage, la prise en charge est différente et adaptée, une recommandation de bonne pratique de la SFA y est consacrée (15).

Usage à risque

L'objectif est d'informer sur les risques encourus en cas de poursuite de la consommation et de favoriser la diminution de la consommation, il s'agit alors d'une prévention primo-secondaire.

L'intervention est constituée d'un repérage précoce suivi d'une intervention brève.

Usage nocif

L'objectif peut être le retour à l'usage ou au non usage temporaire ou définitif.

L'intervention consiste en une intervention brève et un entretien motivationnel.

Alcoolodépendance

L'objectif est l'abstinence durable, le retour à une consommation en dessous des seuils à risque de l'OMS ou pour certains la réduction des risques.

L'intervention peut être très lourde et nécessiter après le sevrage un accompagnement pluridisciplinaire parfois très long. Le sevrage peut se faire en

ambulatoire ou en hospitalier dans une structure spécialisée, avec une prise en charge médico-sociale. Des traitements de l'aide au maintien de l'abstinence peuvent être prescrits.

Abstinence

L'abstinence doit être maintenue durablement, voire définitivement, elle nécessite un suivi. Il s'agit d'un accompagnement médico-psycho-social souvent pluridisciplinaire et parfois de longue durée, destiné à favoriser la construction d'un nouvel équilibre de vie et à le maintenir.

c. Traitements du sevrage

Hydratation

Une bonne hydratation est primordiale, la voie per os étant à privilégier.

Benzodiazépines

On utilise préférentiellement des benzodiazépines à demi-vie longue per os.

Pour exemple, le Diazépam, Valium® 10 mg peut être débuté à quatre comprimés par jour en quatre prises pendant deux ou trois jours, suivi d'une diminution d'un comprimé tous les jours ou un jour sur deux, jusqu'à l'arrêt, sur maximum 10 jours (16).

En cas d'insuffisance hépatique, on peut être amené à préférer une benzodiazépine de demi-vie courte telle que l'oxazépam, Seresta® pour éviter le risque d'accumulation.

Vitaminothérapie

La thiamine (vitamine B1) est toujours prescrite au cours du sevrage, à une dose de 500 mg/j, habituellement per os ou par voie veineuse en cas de malnutrition.

La pyridoxine (vitamine B6) est prescrite en cas de carence.

La nicotinamide (vitamine PP) est utile en cas de prescription concomitante de vitamine B1 et B6.

L'acide folique, chez la femme enceinte peut trouver une indication dans la prévention des malformations fœtales.

d. Traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance ayant une AMM

Trois médicaments (disulfirame, acamprosate et naltrexone) sont indiqués dans le maintien de l'abstinence et un quatrième (nalméfène) dans la diminution de la consommation (15).

Disulfirame (ESPÉRAL®)

Ce médicament est à l'origine d'un effet antabuse lors de la prise d'alcool. Il est basé sur la dissuasion de la reprise de consommation en raison de la menace d'une réaction aversive. Il est indiqué chez les patients motivés qui souhaitent l'abstinence à l'aide de ce médicament. C'est un traitement de deuxième intention après l'acamprosate et la naltrexone. La supervision de la prise du traitement améliore l'observance et l'efficacité thérapeutique. Il doit être débuté après 24 heures d'abstinence.

Son mécanisme d'action est l'augmentation de la concentration en acétaldéhyde par inhibition de l'aldéhyde déshydrogénase lors de la prise d'alcool (17).

Acamprosate (AOTAL®)

C'est un traitement de première intention du maintien de l'abstinence. Il présente un intérêt dans la diminution de l'appétence à l'alcool. La durée de prescription est de un an selon l'AMM, mais le traitement peut être poursuivi tant qu'il existe un bénéfice et que le patient le souhaite. Les effets indésirables sont principalement gastro-intestinaux. Ce médicament est introduit dès que possible après le sevrage et doit être arrêté après quatre à six semaines si la consommation d'alcool persiste, mais une réalcoolisation épisodique n'exige pas l'arrêt du traitement.

Son mécanisme d'action est la stimulation de l'inhibition GABAergique (Gamma AminoButyric Acid) et l'antagonisation glutamatergique (18).

Naltrexone (REVIA®)

C'est un traitement réducteur de l'appétence, de première intention du maintien de l'abstinence. La durée de prescription est de trois mois selon l'AMM, mais le traitement peut être poursuivi tant qu'il existe un bénéfice et que le patient le souhaite. Ce médicament est à débiter après le sevrage et doit être arrêté après quatre à six semaines si la consommation d'alcool persiste.

Cet antagoniste des récepteurs opiacés mu réduit l'activation du circuit de la récompense induite par l'alcool (19).

Nalméfène (SELINCRO®)

Ce médicament est indiqué dans la réduction de la consommation chez les patients alcoolodépendants. Le traitement (maximum un comprimé par jour) n'est pas pris de manière systématique, mais à la demande, chaque jour où le patient anticipe un risque de consommation d'alcool.

C'est un antagoniste des récepteurs opiacés mu et delta, et un agoniste partiel des récepteurs kappa (20).

e. Baclofène (LIORESAL®)

Le baclofène, à l'origine un myorelaxant à action centrale, est utilisé hors AMM depuis mars 2014 dans le traitement de l'alcoolodépendance, dans le cadre d'une RTU revue en juillet 2017. L'utilisation de baclofène à haute dose dans le traitement de l'alcoolodépendance en France prend de l'importance en 2008, date de parution du livre « Le dernier verre » de O. Ameisen (21). Il avait publié en 2005 une auto-étude de cas sur la suppression complète et prolongée des symptômes et des conséquences de l'alcoolodépendance en utilisant le baclofène à forte dose (22).

Des essais cliniques sont actuellement en cours en France, mais leurs résultats n'ont pas encore été publiés, il s'agit de Alpadir et Bacloville.

Indications

Il peut être prescrit dans deux situations : l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage chez les patients alcoolodépendants, ou la réduction majeure de la consommation d'alcool chez les patients alcoolodépendants à haut risque jusqu'au niveau faible de la consommation telle que défini par l'OMS (23).

Posologie et mode d'administration

Il se présente sous forme d'un comprimé de 10 mg sécable.

Pendant la phase de titration, la posologie initiale est de 15mg par jour à fractionner en trois prises, pour atteindre une posologie cible la plus faible possible permettant une réponse optimale et une bonne tolérance. Elle est à adapter individuellement. L'augmentation des doses se fait progressivement : elle est de 5 mg tous les deux à trois jours, pour passer de 15 à 30 mg par jour, puis, à partir d'un dosage

de 30 mg par jour, elle est de 10 mg tous les trois jours jusqu'à l'apparition des effets escomptés, en pensant à ralentir la progression en cas de mauvaise tolérance. La posologie maximum a été diminuée de 300 à 80 mg par jour en juillet 2017.

Une fois l'objectif thérapeutique atteint ou en cas d'apparition d'effets indésirables, on réduit progressivement les doses par pallier (de 10 ou 15 mg tous les deux jours par exemple). Il ne faut jamais arrêter brutalement le traitement sous peine d'un syndrome de sevrage d'évolution parfois létale.

Effets indésirables (24)

On note des affections neuropsychologiques telles que la somnolence (très fréquente), la confusion et la dépression (fréquentes).

Il existe aussi des affections gastro-intestinales comme les nausées (très fréquentes), les vomissements, la diarrhée et la constipation (fréquents).

Les troubles généraux sont marqués par une très fréquente asthénie, les troubles oculaires par un fréquent trouble de l'accommodation et les troubles vasculaires par une fréquente hypotension.

Les manifestations cardiaques comme la bradycardie sont rares, tout comme l'altération de la fonction hépatique.

Mécanisme d'action

Le baclofène diminue les propriétés renforçantes de l'alcool en activant les récepteurs inhibiteurs GABA-B. Il permet alors de réduire le craving de récompense et de soulagement et par conséquent les rechutes.

Matériel et méthode

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de la pratique des médecins généralistes en Charente-Maritime dans le cadre du mésusage d'alcool depuis l'avènement du baclofène, par diffusion d'un questionnaire en ligne. Ce questionnaire permet une enquête transversale par échantillonnage puisque la population étudiée est un échantillon de médecins généralistes français.

II. Échantillon

Étaient inclus dans l'étude tous les médecins généralistes libéraux exerçant en Charente-Maritime.

Ce département, faisant partie de la région Nouvelle-Aquitaine, est composé de 23 intercommunalités. D'après le conseil national de l'ordre des médecins, la densité de médecins généralistes en 2016 (144,0 pour 100 000 habitants) était un peu supérieure à la moyenne nationale (130,6 pour 100 000 habitants) (25).

Les critères d'exclusion étaient les médecins à la retraite ou en arrêt longue maladie, les médecins déclarant ne pas avoir d'adresse mail, les médecins ayant une activité exclusivement d'homéopathie, d'acupuncture, de mésothérapie, de médecine thermale, d'allergologie, de proctologie, d'expertise ou d'ostéopathie.

III. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été construit sur la base du plan de la partie « contexte » de cette thèse. Il a été élaboré pour répondre aux critères de jugement de cette dernière.

Le questionnaire comportait 17 questions, le nombre de questions auxquelles répondaient les médecins interrogés dépendait des réponses aux questions précédentes (15 ou 16). Les questions un et deux étaient consacrées à la description de l'échantillon, les questions trois à six au repérage de l'alcoolodépendance, et les questions sept à dix-sept à la prise en charge de l'alcoolodépendance dont les questions douze à dix-sept plus précisément à la prescription de baclofène. Elles portaient sur les

motivations, les craintes et les circonstances de prescription de baclofène. La question 15 évaluait les habitudes d'instauration ou non d'un traitement par baclofène. Les questions étaient orientées davantage sur la pratique que sur les connaissances.

Le questionnaire a été réalisé en ligne sur Google Forms.

Sa faisabilité a été d'abord testée par un médecin généraliste, puis, après quelques modifications, par quatre médecins de Charente-Maritime. Ils ont tous mis moins de cinq minutes à répondre à l'ensemble du questionnaire.

La version imprimable figure en annexe (Annexe 6).

IV. Diffusion du questionnaire

Tous les médecins généralistes de Charente-Maritime ont été contactés par téléphone entre le 8 et le 19 janvier 2018 pour obtenir leur adresse mail. Puis un mail comportant le lien vers le questionnaire en ligne leur été envoyé à la fin de l'appel.

Les coordonnées des praticiens ont été obtenues après recherche sur les répertoires téléphoniques disponibles sur internet de tous les médecins généralistes du département commune par commune.

Le questionnaire était disponible jusqu'au 8 mars, les réponses au questionnaire étaient reçues de façon anonyme. L'étude a donc duré deux mois.

V. Analyse statistique

Les réponses au questionnaire ont été intégrées dans un tableur Excel.

Pour évaluer la dépendance entre deux variables, un test du Chi² a été réalisé sur le site de tests statistiques en ligne « <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/> », avec une différence statistiquement significative si $p < 0,05$. Pour des effectifs théoriques inférieurs à 5, on a eu recours à un test de Fisher sur ce même site internet, toujours avec une différence significative si $p < 0,05$.

Résultats

On dénombre 695 médecins généralistes libéraux inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins en Charente-Maritime. Parmi ces 695 médecins recrutés, 527 ont été inclus. Sur les 527 questionnaires envoyés, nous avons reçu 88 réponses. Elles étaient toutes analysables. Nous avons donc inclus et analysé 88 médecins, soit 12,7% (Figure 3).

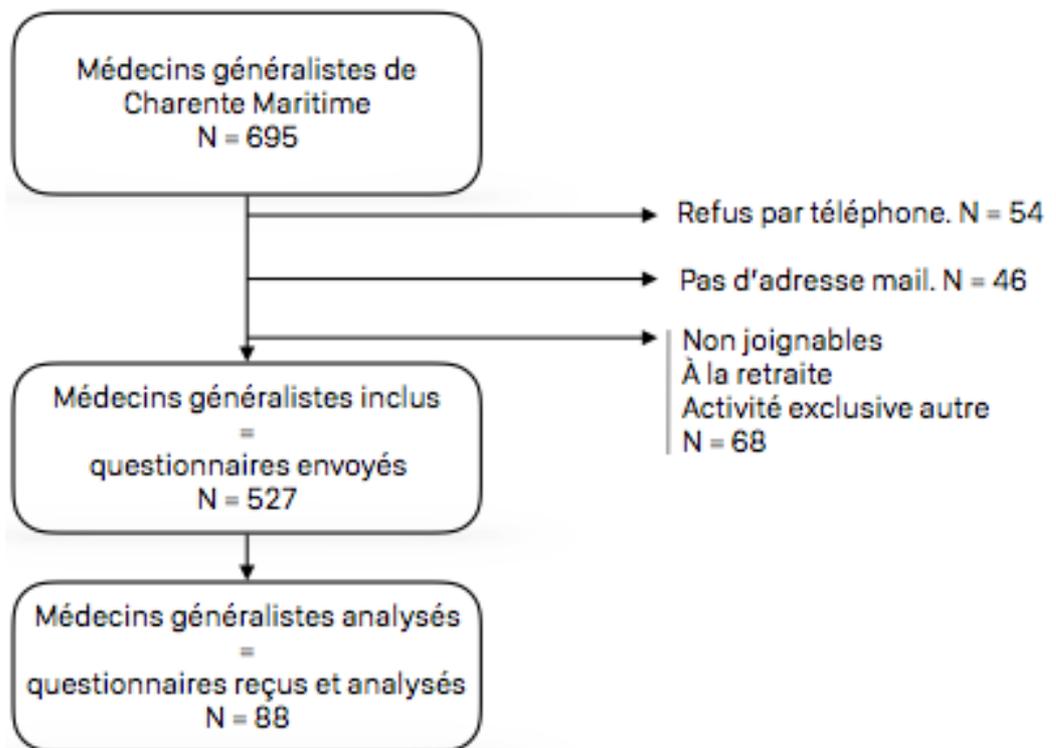


Figure 3 : diagramme de flux

I. Population étudiée

Parmi l'effectif de 88 médecins inclus et analysés, 100% exerçaient en Charente-Maritime.

Les médecins ayant répondu au questionnaire avaient soutenu leur thèse en moyenne en 1996 avec un écart type de 12,2 ans, pour un minimum de 1972 et un maximum de 2017. L'étendue était de 45 ans.

a. Trois catégories d'ancienneté

Les médecins ont été classés en trois catégories en fonction de leur ancienneté, les catégories comportant chacune le même nombre d'années (Figure 4).

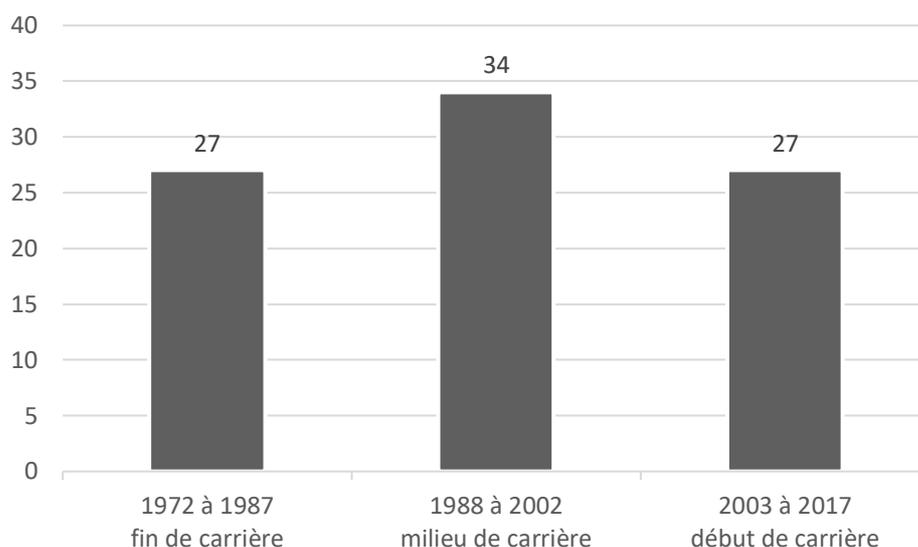


Figure 4 : répartition des effectifs en trois catégories en fonction de l'année de soutenance de thèse

b. Prescripteurs ou non prescripteurs de baclofène

On dénombrait 43 médecins ayant déjà instauré un traitement par baclofène, soit 48,9%, que ce soit occasionnellement (36, soit 40,9%) ou régulièrement (7 soit 8,0%). Nous les avons alors considérés comme prescripteurs.

Les autres, 45 médecins, soit 51,1%, n'en avaient jamais prescrit (39 soit 44,3%) ou en avaient déjà prescrit mais ne renouvelleraient pas l'expérience (6 soit 6,8%). Nous les avons alors considérés comme non prescripteurs (Figure 5).

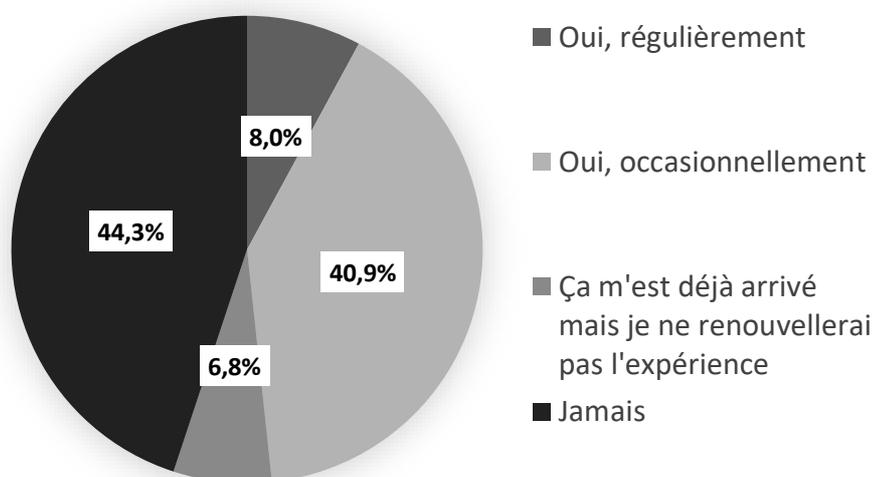


Figure 5 : répartition des habitudes de prescription de baclofène

Les médecins en début de carrière étaient majoritairement non prescripteurs alors que les médecins en fin de carrière étaient majoritairement prescripteurs (Tableau 1). La différence était statistiquement significative puisque d'après le test du Chi2, $p=0,024$.

	Début de carrière	Milieu de carrière	Fin de carrière	Total
Prescripteurs	8	17	18	43
Non prescripteurs	19	17	9	45
Total	27	34	27	88

Tableau 1 : répartition des prescripteurs et non prescripteurs en fonction de leur ancienneté

II. Repérage du mésusage

a. Concernés par le repérage

Sur les 88 médecins, 84 (95,5%) se sentaient concernés par le repérage du mésusage de l'alcool, 3 (3,4%) ne se sentaient pas concernés, et 1 (1,1%) ne savait pas s'il se sentait concerné (Figure 6).

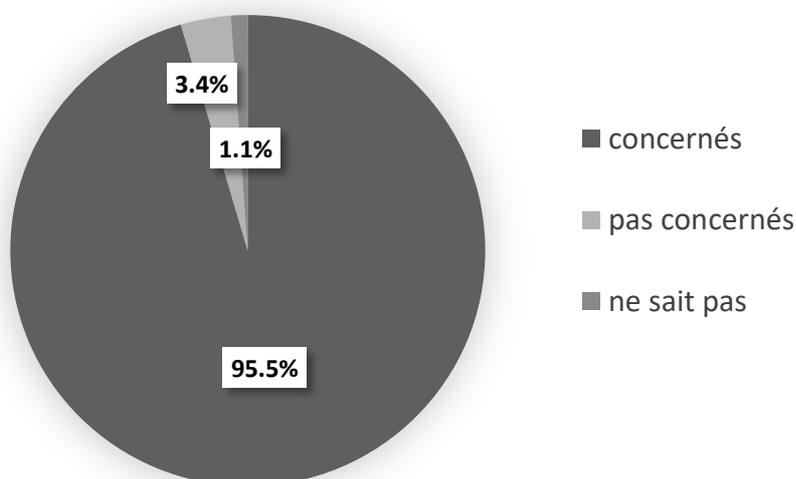


Figure 6 : répartition des médecins concernés ou pas par le repérage du mésusage de l'alcool

Parmi les 27 médecins en début de carrière, tous se sentaient concernés par le repérage du mésusage de l'alcool. Parmi les 34 médecins en milieu de carrière, 33 (97,1%) se sentaient concernés, et 1 (2,9%) ne savait pas. Parmi les 27 médecins en fin de carrière, 24 (88,9%) se sentaient concernés, et 3 (11,1%) ne se sentaient pas

concernés (Tableau 2). La différence observée entre les groupes n'était pas statistiquement significative puisque d'après le test de Fisher, $p=0,053$.

	Début de carrière	Milieu de carrière	Fin de carrière	Total
Concernés	27	33	24	84
Non concernés	0	0	3	3
Ne sait pas	0	1	0	1
Total	27	34	27	88

Tableau 2 : répartition des médecins concernés ou non par le repérage du mésusage de l'alcool en fonction de leur ancienneté

b. Compétents dans le repérage

Sur les 88 médecins, 46 (52,3%) se sentaient compétents dans le repérage du mésusage de l'alcool, 22 (25,0%) ne se sentaient pas compétents (Figure 7).

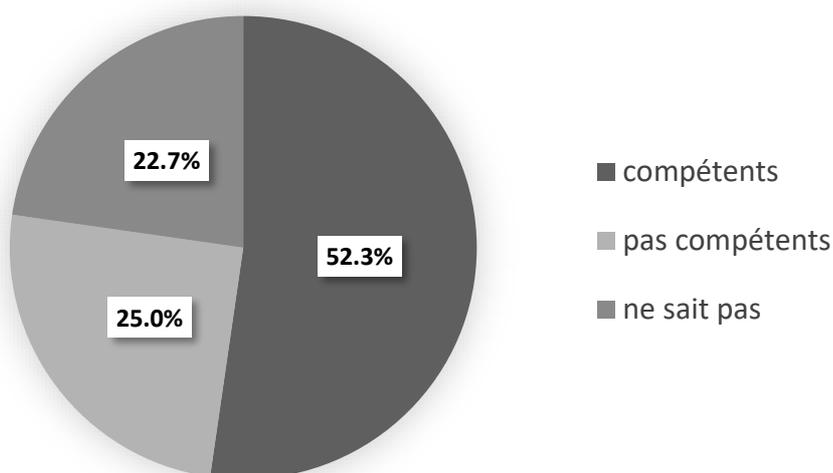


Figure 7 : répartition des médecins se sentant compétents ou non pour le repérage du mésusage de l'alcool

c. Utilisation de la consommation déclarée d'alcool

Parmi les 88 médecins, 67 (76,1%) utilisaient la consommation déclarée d'alcool, les autres, 21 (23,9%) ne l'utilisaient pas (Figure 8).

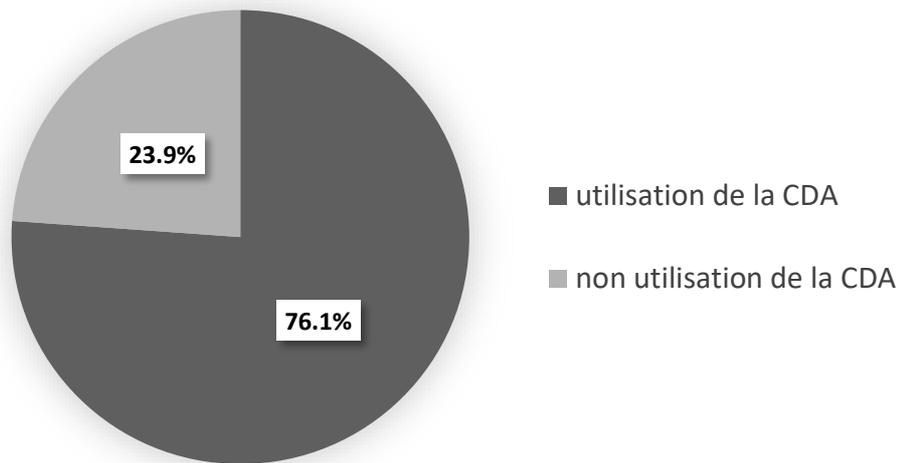


Figure 8 : répartition des utilisateurs ou non de la CDA

d. Questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool

La question de l'utilisation des questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool était à choix multiples, mais les médecins avaient tous répondu par une seule réponse chacun.

La plupart, 70 (79,5%) n'utilisaient aucun questionnaire. Le questionnaire le plus utilisé était le questionnaire DETA, 11 (12,5%) l'utilisaient. Parmi les réponses « autre », 2 (2,3%) avaient précisé utiliser le FACE et 2 (2,3%) avaient déclaré faire une estimation personnelle. Aucun n'avait déclaré utiliser le questionnaire ADOSPA (Figure 9). Parmi les 18 médecins qui avaient déclaré utiliser un questionnaire, 61,1% utilisaient le DETA, 11,1% AUDIT, 5,6% le MAST, 11,1% le FACE et 11,1% leur estimation personnelle.

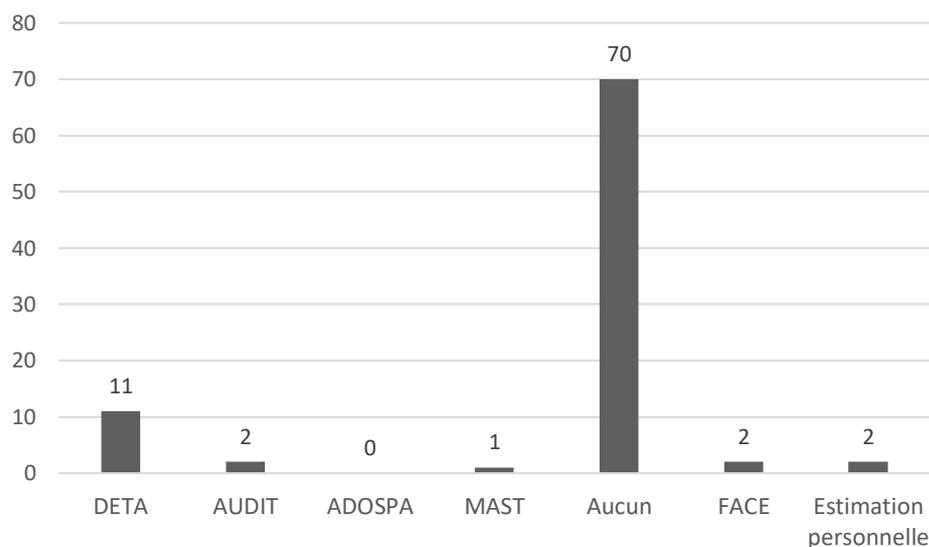


Figure 9 : répartition de l'utilisation des questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool utilisés

III. Prise en charge de l'alcoolodépendance

Parmi les 88 médecins, 48 (54,5%) voulaient prendre en charge l'alcoolodépendance de leurs patients, 23 (26,1%) ne le souhaitaient pas, et 17 (19,3%) ne savaient pas (Figure 10).

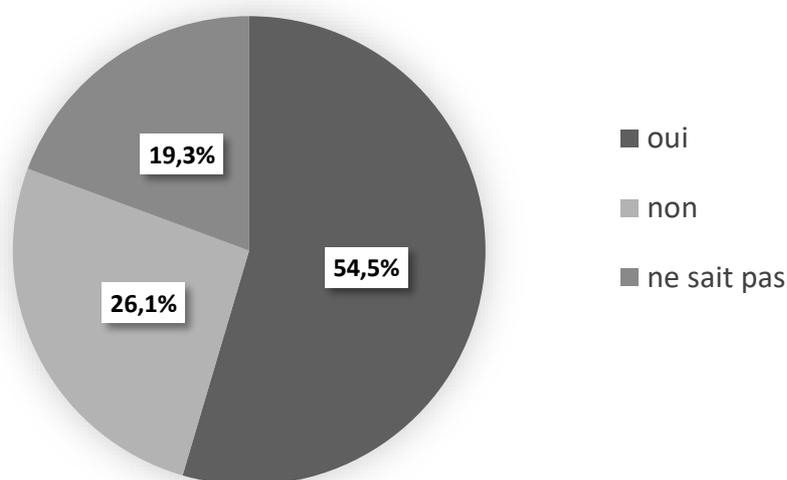


Figure 10 : répartition des médecins qui voulaient ou non prendre en charge l'alcoolodépendance de leurs patients

L'ancienneté ne semblait pas être un facteur pouvant modifier la volonté de prendre en charge l'alcoolodépendance des patients (Tableau 3). La différence n'était pas statistiquement significative puisque d'après le test du Chi2, $p=0,931$.

	Début de carrière	Milieu de carrière	Fin de carrière	Total
Oui	15	17	16	48
Non	7	9	7	23
Ne sait pas	5	8	4	17
Total	27	34	27	88

Tableau 3 : répartition des médecins voulant ou non prendre en charge l'alcoolodépendance de leurs patients en fonction de leur ancienneté

Parmi les 43 médecins prescripteurs, 27 (62,8%) voulaient prendre en charge l'alcoolodépendance de leurs patients, et parmi les 45 médecins non prescripteurs, ils étaient 21 (46,7%) à vouloir la prendre en charge (Tableau 4). La différence n'était pas statistiquement significative puisque d'après le test du Chi2, $p=0,063$.

	Prescripteurs	Non prescripteurs	Total
Oui	27	21	48
Non	12	11	23
Ne sait pas	4	13	17
Total	43	45	88

Tableau 4 : répartition des médecins voulant ou non prendre en charge l'alcoolodépendance de leurs patients en fonction de s'ils sont prescripteurs ou non de baclofène

a. Réseau de soins addictologiques

À la question à choix multiples « vers qui vous tournez-vous, ou pourriez-vous vous tourner pour vous aider dans la prise en charge de l'alcoolodépendance de vos patients ? », 82 (93,2%) avaient répondu « CSAPA ». Ils étaient 24 (27,3%) à répondre « ELSA » et 12 (13,6%) « un confrère médecin généraliste compétant dans ce domaine ». À noter que 7 avaient précisé dans le choix « autre » : un confrère psychiatre (1), ne sait pas (1), le DISPPAA (Département d'Information et de Soins pour les Personnes ayant un Problème avec l'Alcool ou autres Addictions) (1), des associations (1), le RAP (1), une structure (sans préciser laquelle) (1), un psychologue (1) (Figure 11).

Celui qui avait répondu « DISPPAA » et celui qui avait répondu « associations » avaient aussi répondu « CSAPA ». Celui qui avait répondu « structure » et celui qui avait répondu « psychologue » avaient aussi répondu « CSAPA » et « ELSA ».

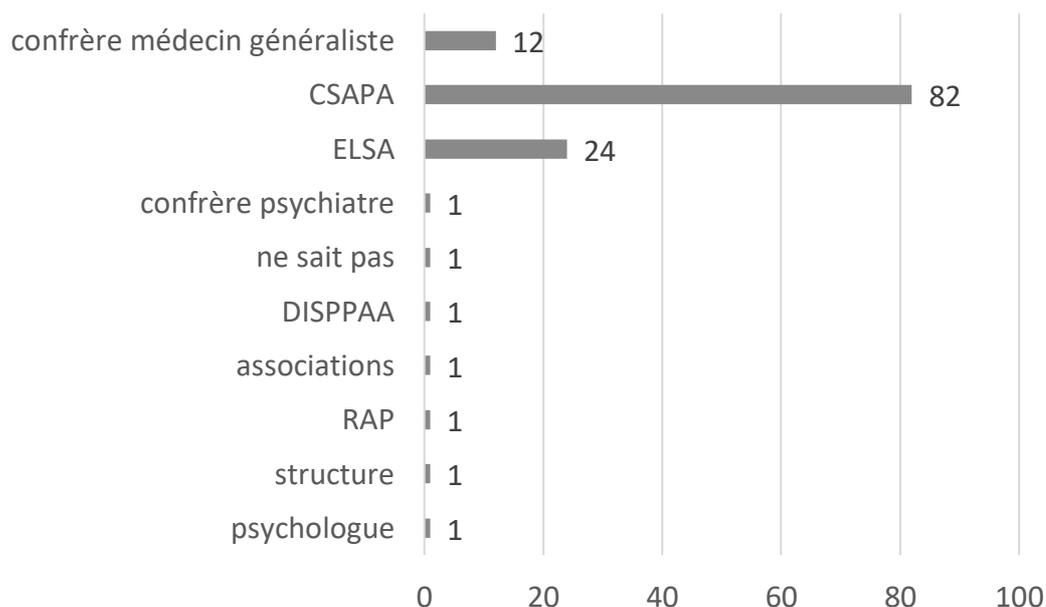


Figure 11 : répartition des intervenants vers qui les médecins interrogés se dirigeraient

b. Autres thérapeutiques addictolytiques que le baclofène

Parmi les 88 médecins, 40 (45,5%) prescrivait d'autres thérapeutiques addictolytiques que le baclofène (Figure 12). Parmi ces 40 derniers, 27 étaient prescripteurs d'acamprosate (AOTAL®), 10 de disulfirame (ESPÉRAL®), 12 de nalméfène (SELINCRO®), 14 de naltrexone (REVIA®), et un dernier avait précisé acupuncture (Figure 13).

Parmi les 40 prescripteurs d'autres thérapeutiques addictolytiques que le baclofène, 24 (60,0%) étaient aussi prescripteurs de baclofène, et parmi les 48 non prescripteurs d'autres thérapeutiques addictolytiques, 29 (60,4%) étaient aussi non prescripteurs de baclofène (Tableau 5). La différence observée n'était pas statistiquement significative puisque d'après le test du Chi2, $p=0,056$. On note que 59 médecins (67,0%) étaient prescripteurs d'une thérapeutique addictolytique quelle qu'elle soit.

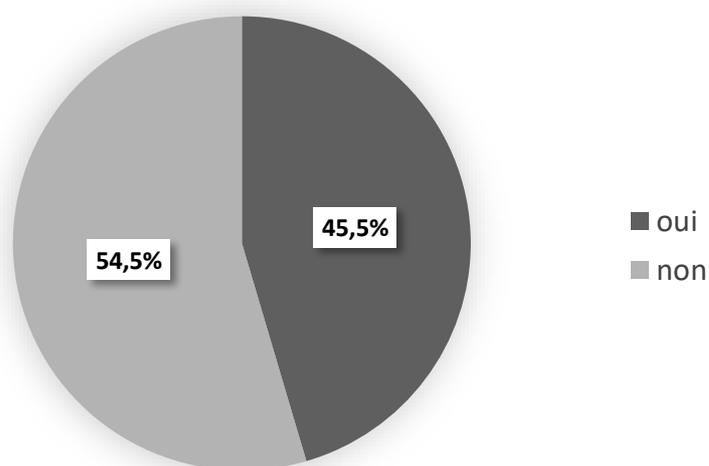


Figure 12 : répartition des prescripteurs ou non prescripteurs d'autres thérapeutiques addictolytiques que le baclofène

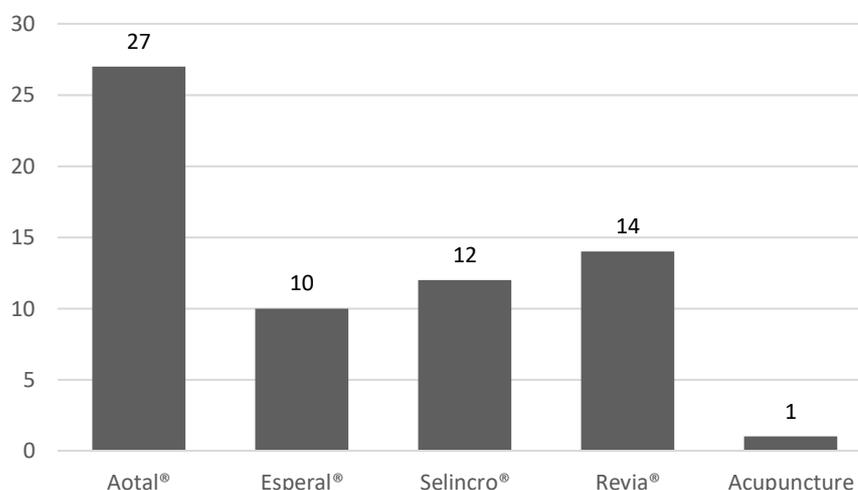


Figure 13 : autres thérapeutiques addictolytiques que le baclofène prescrites

	Prescripteurs de baclofène	Non prescripteurs de baclofène	Total
Prescripteurs d'autres thérapeutiques	24	16	40
Non prescripteurs d'autres thérapeutiques	19	29	48
Total	43	45	88

Tableau 5 : répartition des prescripteurs de baclofène et des autres thérapeutiques addictologiques

c. Baclofène

Indications du baclofène

Parmi les 88 médecins, 20 (22,7%) avaient répondu que l'indication du baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance était le sevrage et l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage. Ils étaient 22 (25%) à répondre qu'il ne servait qu'au sevrage, 22 (25%) uniquement à l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage et 24 (27,3%) ni à l'un ni à l'autre (Tableau 6).

	Sevrage	Pas de sevrage	Total
Aide au maintien de l'abstinence après sevrage	20	22	42
Pas d'aide au maintien de l'abstinence après sevrage	22	24	46
Total	42	46	88

Tableau 6 : répartition des indications supposées par les médecins

Sur les 88 médecins, 53 (60,2%) savaient que le baclofène est indiqué dans la réduction de la consommation d'alcool.

Sur les 88 médecins, 8 (9,1%) savaient que le baclofène est indiqué dans l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage et dans la réduction de la consommation d'alcool, mais pas pour le sevrage.

Les craintes liées aux effets indésirables

En demandant aux 88 médecins si l'importance de certains effets indésirables pouvait limiter leur prescription de baclofène, 67 (76,1%) avaient répondu oui pour au moins un effet indésirable quel qu'il soit. Ils étaient 54 (61,4%) à avoir répondu oui pour les effets indésirables neuropsychologiques de type somnolence, confusion, dépression.

Les effets indésirables cardiologiques de type bradycardie limitaient la prescription chez 32 médecins (36,4%). Les effets indésirables gastro-intestinaux de type nausées, vomissements, diarrhées, constipation, limitaient la prescription chez 18 médecins (20,4%). Les effets indésirables hépatobiliaires de type altération de la fonction hépatique, limitaient la prescription chez 32 médecins (36,4%) ; les effets indésirables généraux de type asthénie, limitaient la prescription chez 11 médecins (12,5%). L'importance des effets indésirables ne limitait pas la prescription chez 16 médecins (18,2%). La case « autre » a été cochée chez 5 médecins, 4 parce qu'ils ne prescrivaient pas de baclofène ou ne connaissaient pas cette molécule et 1 proposait une adaptation des posologies (Figure 14).

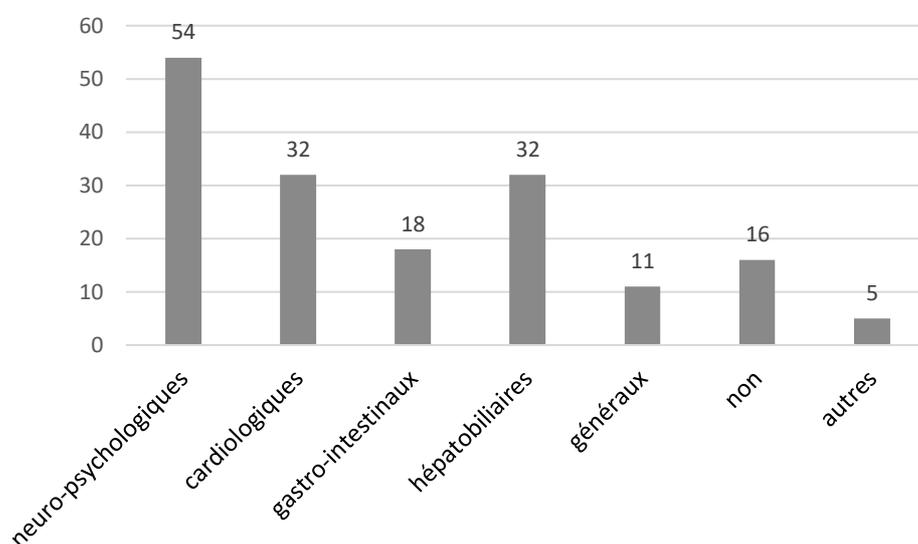


Figure 14 : répartition des effets indésirables pouvant limiter la prescription de baclofène

Il n'a pas été montré de rapport entre le fait que les médecins soient prescripteurs ou non et qu'ils limitaient leur prescription ou non (Tableau 7).

	Prescripteurs	Non prescripteurs	Total
Oui	31	36	67
Non	12	4	16
Autre	0	5	5
Total	43	45	88

Tableau 7 : répartition de la limitation de la prescription du fait des effets indésirables par les médecins prescripteurs ou non de baclofène

Les craintes liées à l'insuffisance de preuves scientifiques

Parmi les 88 médecins, 29 (33,0%) limitaient leur prescription de baclofène parce qu'ils trouvaient que les preuves scientifiques de son efficacité étaient insuffisantes (Figure 15).

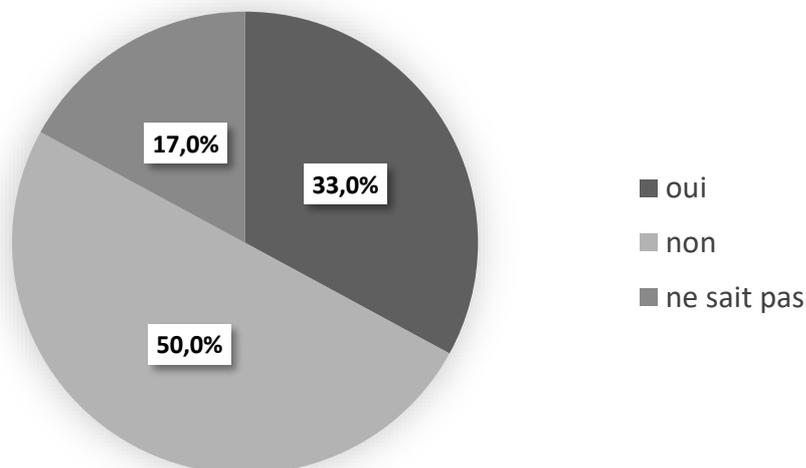


Figure 15 : répartition des médecins qui pensaient que l'insuffisance de preuves scientifiques pouvait limiter leur prescription ou non

Parmi les 43 médecins prescripteurs de baclofène, 10 (23,3%) limitaient leur prescription parce qu'ils trouvaient que les preuves scientifiques de son efficacité étaient insuffisantes, pour 30 (69,8%) d'entre eux ce n'était pas le cas, et les 3 (7,0%) autres ne savaient pas. Parmi les 45 médecins non prescripteurs de baclofène, 19 (42,2%) limitaient leur prescription pour cette raison, 14 (31,1%) ne la limitaient pas pour cette raison et les 12 (26,7%) autres ne savaient pas (Tableau 8). La différence était statistiquement significative puisque d'après le test du Chi2, $p < 0,001$.

	Prescripteurs	Non prescripteurs	Total
Oui	10	19	29
Non	30	14	44
Ne sait pas	3	12	15
Total	43	45	88

Tableau 8 : répartition des médecins qui limitaient leur prescription de baclofène à cause du manque de preuves scientifiques en fonction du fait qu'ils étaient prescripteurs ou non

Craintes liées à l'absence d'AMM

Parmi les 88 médecins, 50 (56,8%) limitaient leur prescription du fait de l'absence d'AMM, 35 (39,8%) ne la limitaient pas, et 3 (3,4%) ne savaient pas (Figure 16).

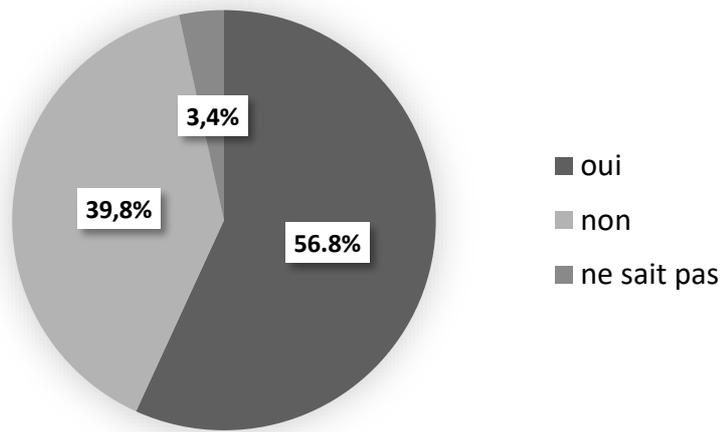


Figure 16 : répartition des médecins chez qui l'absence d'AMM pouvait limiter la prescription de baclofène

Parmi les 43 médecins prescripteurs de baclofène, 15 (34,9%) limitaient leur prescription parce qu'il n'y avait pas d'AMM, pour 26 (60,5%) d'entre eux, elle n'était pas limitée pour cette raison. Parmi les 45 médecins non prescripteurs de baclofène, 35 (77,8%) limitaient leur prescription pour cette raison, 9 (20,0%) ne la limitaient pas pour cette raison (Tableau 9). La différence était statistiquement significative puisque d'après le test de Fisher, $p < 0,001$.

	Prescripteurs	Non prescripteurs	Total
Oui	15	35	50
Non	26	9	35
Ne sait pas	2	1	3
Total	43	45	88

Tableau 9 : répartition des médecins qui limitaient leur prescription de baclofène parce qu'il n'y avait pas d'AMM en fonction du fait qu'ils étaient prescripteurs ou non

IV. L'avis des prescripteurs et des non prescripteurs

a. Les prescripteurs

Ce qui motivait la prescription de baclofène parmi les 43 médecins prescripteurs était la demande du patient pour 18 (41,9%) d'entre eux, la pharmacodynamie compatible avec une éventuelle efficacité pour 10 (23,3%) d'entre eux, l'efficacité avérée d'après leur expérience personnelle ou celle de leurs confrères pour 23 (53,5%) d'entre eux, le peu d'efficacité des autres traitements pour 19 (42,2%) d'entre eux, et 1 (2,3%) avait précisé la notion de craving spécifiquement en plus de la demande du patient (Figure 17).

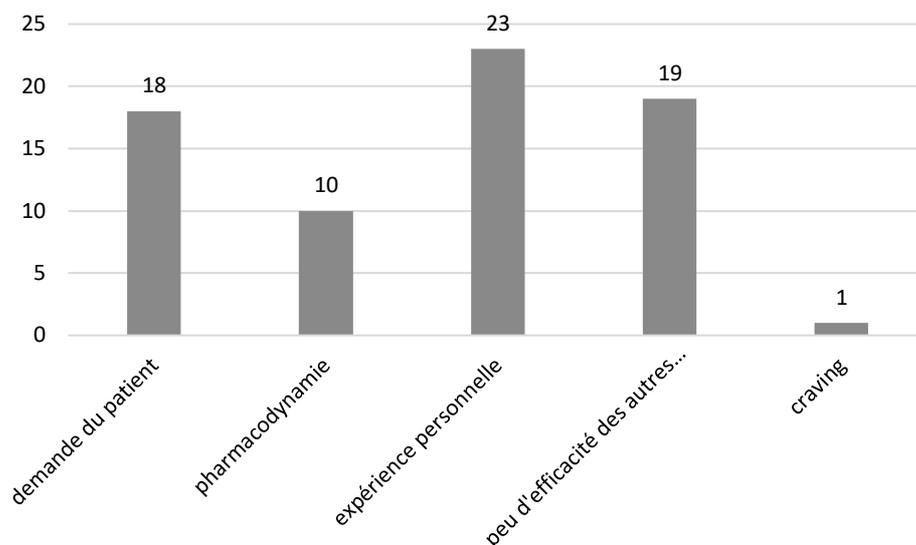


Figure 17 : répartition des motivations des prescripteurs de baclofène

b. Les non prescripteurs

Si un patient en faisait la demande, parmi les 45 médecins non prescripteurs, 3 (6,7%) auraient été prêts à prescrire du baclofène, 35 (77,8%) l'auraient dirigé vers un autre professionnel de santé, 3 (6,7%) auraient proposé une autre molécule, et 4 (8,9%) avaient répondu « autre » (Figure 18). Les quatre qui avaient répondu « autre » avaient précisé « peut-être dans le cadre d'une coordination avec un service d'addictologie », « oui quant à prendre la responsabilité, mais hors remboursement du fait que nous sommes hors AMM », « aucune prescription médicamenteuse », et le dernier « je pense que cela resterait exceptionnel, je dirigerais vers un spécialiste ou je prescrirais du baclofène si le niveau de risque est vraiment bas (selon l'observance attendue et les comorbidités éventuelles) ».

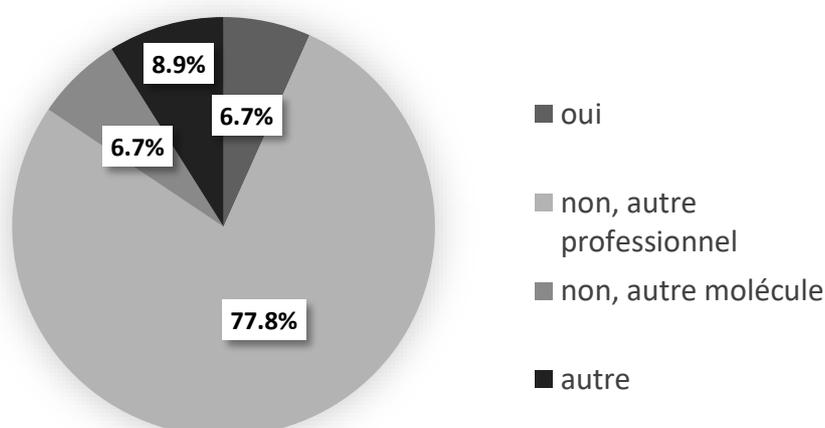


Figure 18 : répartition des choix des non prescripteurs si un patient leur faisait la demande de la prescription de baclofène

Discussion

I. Principaux résultats

D'après notre étude, en Charente-Maritime, quasiment la moitié des médecins généralistes était prescripteurs de baclofène dans le cadre de la prise en charge de l'alcoolodépendance. On en dénombrait proportionnellement plus en fin qu'en début de carrière.

Le fait que la quasi-totalité (95,5%) des médecins interrogés se sentait concernée par le repérage du mésusage de l'alcool est rassurant, même si la moitié des médecins interrogés se sentait compétente, et un quart se sentait clairement incompetent. Ils étaient un peu plus de la moitié (54,5%) à vouloir prendre en charge l'alcoolodépendance de leurs patients. On ne notait pas de différence quant à la volonté de prendre en charge l'alcoolodépendance en fonction de leur ancienneté. Les prescripteurs étaient proportionnellement plus nombreux que les non prescripteurs à vouloir prendre en charge l'alcoolodépendance de leurs patients sans réelle différence significative.

Parmi les techniques de repérage du mésusage d'alcool, les trois-quarts utilisaient la « consommation déclarée d'alcool ». Mais au-delà de cela, une grande majorité (79,5%) n'utilisait pas de questionnaire d'évaluation standardisé. Le questionnaire le plus utilisé était le DETA (61,1% de ceux qui ont déclaré utiliser au moins un questionnaire).

Le travail en réseau paraissait important pour les médecins interrogés car la plupart (93,2%) déclarait pouvoir se tourner vers un CSAPA si besoin.

Près de la moitié des médecins interrogés (45,5%) prescrivait d'autres thérapeutiques addictolytiques que le baclofène. Les prescripteurs d'autres thérapeutiques étaient plutôt également prescripteurs de baclofène et les non prescripteurs d'autres thérapeutiques étaient plutôt non prescripteurs de baclofène, sans réelle différence significative. La molécule la plus prescrite était l'acamprosate, ensuite le naltrexone, puis le nalméfène et pour finir le disulfirame.

L'indication précise du baclofène dans la prise en charge du mésusage de l'alcool semblait mal connue, car seulement un quart des médecins interrogés savait que le

baclofène est indiqué dans l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage, mais n'est pas un traitement du sevrage. Et seulement 9,1% savaient qu'il est indiqué dans la réduction de la consommation d'alcool en plus de l'aide au maintien de l'abstinence après sevrage. Mais une majorité (60,2%) savait que le baclofène est indiqué dans la réduction de la consommation.

L'importance des effets indésirables du baclofène semblait majeure car la prescription était limitée pour cette raison chez 76,1% des médecins interrogés. Les effets indésirables les plus craints étaient de loin neuropsychologiques, puis cardiologiques et hépatobiliaires, ensuite gastro-intestinaux et enfin généraux.

L'insuffisance de preuves scientifiques ne semblait pas être une limitation majeure. La prescription était en effet limitée pour cette raison chez 33,0% des médecins interrogés, et 42,2% des non prescripteurs. Elle n'en était pas une pour 50,0% des médecins interrogés, et 31,1% des non prescripteurs, avec une différence significative entre les prescripteurs et les non prescripteurs. Les autres avaient répondu qu'ils ne savaient pas.

L'absence d'AMM semblait être une limite un peu plus importante car elle concernait 56,8% des médecins interrogés, et 77,8% des non prescripteurs. Elle n'impactait pas la prescription pour 39,8% des médecins interrogés, et seulement pour 20,0% des non prescripteurs. Les autres avaient répondu qu'ils ne savaient pas. La différence observée entre les prescripteurs et les non prescripteurs étant significative.

Les motivations de la prescription de baclofène parmi les prescripteurs étaient en premier lieu l'efficacité avérée d'après l'expérience personnelle ou celle des confrères, ensuite le peu d'efficacité des autres traitements, puis la demande du patient, et enfin la pharmacodynamie compatible avec une éventuelle efficacité.

Parmi les non prescripteurs de baclofène, les solutions envisagées si un patient en faisait la demande, étaient en grande majorité (77,8%) la redirection vers un autre professionnel de santé, et dans une moindre mesure la prescription d'une autre molécule ou la prescription de baclofène.

II. Forces et faiblesses de l'étude

Avec un taux de réponse de 12,7%, la validité interne des résultats reste de mise. Il est admis qu'un taux de retour normal d'un sondage est de 10 à 25% (26).

Cette étude présente plusieurs limites. Il y a un important biais de confusion puisque la généralisation à l'ensemble du territoire français semble difficile du fait qu'il s'agisse d'une étude monocentrique.

Il existe également un biais de sélection, on peut penser que la participation des médecins était influencée par leur importante implication dans la prise en charge de l'alcoolodépendance de leurs patients et plus particulièrement leurs habitudes de prescription de baclofène. En effet, il est possible qu'à la lecture de l'intitulé du questionnaire, les non prescripteurs de baclofène ne se soient pas sentis concernés. Par ailleurs, un autre biais de sélection s'explique par le fait qu'il s'agisse d'un questionnaire en ligne, on peut supposer que les médecins qui n'y ont pas eu accès sont les médecins en fin de carrière qui n'ont pas d'adresse mail.

De même, on peut rapporter un biais déclaratif, c'est-à-dire un décalage entre les opinions des médecins, leurs habitudes de prescription déclarées et la réalité de leurs prescriptions.

III. Confrontation aux données de la littérature

On estime à environ 10 000 le nombre de médecins généralistes prescrivant du baclofène (27) sur les 88 886 médecins généralistes en France (25), soit 11,2% de prescripteurs. Ce qui est très éloigné du résultat de notre étude qui est de 48,9% de médecins prescripteurs (toute récurrence confondue), mais plus proche de la proportion de médecins instaurant un traitement par baclofène régulièrement (8,0%). L'implication des médecins charentais-maritimes dans la prise en charge des addictions peut être en lien avec leur implication historique dans la prise en charge de cette problématique et du travail en réseau mis en place précocement dans ce département avec ICARES, devenu maintenant RAP.

D'après le rapport de juin 2017 de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de la santé) (28), 76,3% des patients nouvellement traités par baclofène pour un autre usage que l'usage neurologique (donc en majorité en tant que traitement de l'alcoolodépendance) entre 2009 et 2015, se sont vus instaurer ce

traitement par des médecins généralistes. Ce qui montre bien que le médecin généraliste tient une place centrale dans la prise en charge de l'alcoolodépendance de ses patients. De même, d'après une autre étude de 2014 portant sur le baclofène dans la prise en charge de l'alcoolodépendance en France (28), dans la majorité des cas, le premier prescripteur était un praticien non-hospitalier spécialisé en médecine générale.

Dans une étude de 2014 portant sur la prescription de baclofène hors AMM par les membres de la SFA (29), il a été montré que l'âge des prescripteurs n'était pas considéré comme un facteur déterminant de la prescription de baclofène. Alors que nous avons montré dans notre étude que les médecins en fin de carrière étaient proportionnellement plus prescripteurs que les médecins en milieu de carrière et que l'écart était encore plus important avec les médecins en début de carrière. Nos résultats ne sont pas comparables à ceux de cette étude de 2014 car la population d'étude se portait sur les membres de la SFA qui n'est pas un échantillon représentatif de tous les médecins généralistes. Il est possible que les médecins de Charente-Maritime en fin de carrière soient plus sensibilisés à l'addictologie du fait de la présence ancienne de ICARES. Au départ, la SFA était très réticente à la prescription de baclofène car elle pensait que les médecins se couvriraient avec une prescription médicamenteuse en oubliant l'accompagnement psycho-social primordial dans cette pathologie.

Le baromètre santé des médecins généralistes de 2009 fait à nouveau le point sur la prise en charge des addictions par ces professionnels de santé (30). 52% des médecins de leur étude déclarent avoir vu au moins un patient pour sevrage thérapeutique en alcool au cours des sept derniers jours, et les trois-quarts (76,7%) des médecins généralistes prennent eux-mêmes en charge leurs patients pour un problème lié à l'alcool. Ce chiffre est en accord avec les 54,5% de médecins de notre étude à vouloir prendre en charge l'alcoolodépendance de leurs patients, ainsi que les 67,0% de médecins qui prescrivaient une thérapeutique addictolytique quelle qu'elle soit. Alors que nous n'avons pas montré de différence de volonté de prise en charge de l'alcoolodépendance en fonction de leur ancienneté, leur étude relève que la prise en charge des patients pour un sevrage thérapeutique en alcool est de plus en plus fréquente à mesure que l'âge des médecins s'élève.

Seulement 23% des médecins généralistes interrogés par le baromètre santé de 2009 (30) déclarent aborder la question de la consommation d'alcool au moins une fois avec chaque patient, et environ 70% des généralistes déclarent ne l'aborder que pour

certains patients jugés « à risque ». Par ailleurs le repérage systématique est plus souvent effectué par les femmes. Dans notre étude, près de 20% des médecins généralistes déclaraient avoir recours aux questionnaires standardisés, ce qui est plutôt en accord avec le baromètre santé de 2009 qui montre l'évolution de l'utilisation de ces questionnaires : 1,4% des médecins généralistes y avaient recours en 1998, 2% en 2003 et 13 % en 2009.

Dans la revue du praticien en 2002, il a été souligné la difficulté pour les professionnels de santé à aborder les problèmes d'alcoolisation (31). En 2005, l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) a encouragé la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève (32). Dans notre étude, il a été montré qu'en Charente-Maritime, 95,5% des médecins interrogés se sentaient concernés par le repérage, ce qui est l'axe premier de la prise en charge d'une pathologie alcoolique.

La HAS recommande l'utilisation de la CDA puis du questionnaire FACE pour un repérage précoce (12). Alors que la SFA recommande l'utilisation de la CDA puis le DETA ou le AUDIT (3). Dans notre étude, trois quarts des médecins interrogés respectaient les recommandations et utilisaient la CDA. Comme le recommande la SFA, le questionnaire DETA était le questionnaire le plus utilisé. Les questionnaires standardisés sont parfois long à réaliser, il est intéressant de voir que 79,5% des médecins interrogés ne les utilisaient pas, mais qu'ils insistaient sur l'interrogatoire avec la CDA.

Le baromètre santé de 2009 relève que 17,0% des médecins prenaient en charge seul, sans recours à une structure spécialisée, leurs patients ayant un problème lié à l'alcool. Il en résulte donc que 83,0% des médecins faisaient appel à une structure ou un confrère, ce qui est plutôt en accord avec les 93,2% des médecins de notre étude qui déclaraient pouvoir se tourner vers un CSAPA si besoin. Cela peut être en lien avec le fait que l'alcoolodépendance soit une maladie chronique complexe entraînant des conséquences psychologiques, sociales et professionnelles lourdes et visibles. Elle nécessite donc la prise en charge concomitante des dimensions bio-psycho-sociales en partenariat avec les professionnels concernés. Dans notre étude, le repérage concernait 95,5% des médecins interrogés et 93,2% déclaraient pouvoir s'orienter vers un CSAPA, ce qui montre bien que les médecins généralistes repèrent puis orientent vers la structure adéquate en fonction de leur évaluation.

Dans une étude d'efficacité du naltrexone et de l'acamprosate (33), il a été montré que ces deux molécules sont efficaces comme traitements adjuvants de la

dépendance à l'alcool. L'acamprosate semble être particulièrement utile dans une approche thérapeutique visant l'abstinence, alors que le naltrexone semble plus indiqué dans le contrôle de la consommation.

Un essai comparatif, randomisé, ouvert, multicentrique, comparant le disulfirame, le naltrexone et l'acamprosate (34) a montré que les trois groupes de cet essai avaient réduit considérablement leur consommation et avaient signalé une amélioration de leur qualité de vie.

L'indication du traitement par baclofène semblait assez floue pour la plupart des médecins interrogés, cela est peut-être dû au fait qu'il n'ait pas l'AMM dans le cadre du mésusage de l'alcool. En effet, on ne retrouve pas cette indication sur la fiche médicament du Vidal, mais uniquement sur la RTU de l'ANSM (23). On peut penser également que les médecins généralistes n'appréhendent pas de manière précise les définitions d'addictologie utilisées dans notre questionnaire.

Selon le Vidal (24), les effets indésirables les plus fréquents sont neuropsychologiques (sommolence), gastro-intestinaux (nausées), généraux (asthénie), mais les manifestations cardiaques et l'altération de la fonction hépatique sont rares. Les effets indésirables les plus souvent rapportés dans une méta-analyse réalisée en Angleterre en 2017 (35), sont les céphalées, la somnolence, les nausées et les vertiges. Ce qui est en accord avec les données du Vidal, mais pas totalement avec les résultats de notre étude. En effet, les effets indésirables cardiologiques et hépatobiliaires étaient cités en deuxième et troisième positions alors qu'ils sont rares, et cités juste après les effets indésirables neuropsychologiques, qui eux sont fréquents.

Cette méta-analyse relevait également les doses initiales et maximales de baclofène prescrites par jour, elle montre que ces doses sont très variables d'un praticien à un autre. Cette étude n'a pas permis de déterminer une dose efficace car de bons résultats ont été relevés à la fois à des doses faibles et à des doses élevées. De même, les effets indésirables semblaient être associés à des hautes doses, mais plusieurs études avaient également rapporté des effets indésirables graves à des doses plus faibles. L'effet anti-craving du baclofène semble être prometteur. Parmi leurs études, une en particulier (36) a montré que certains patients avaient besoin d'une dose plus élevée ou d'une durée plus longue pour répondre au traitement. Plusieurs études incluses dans cette revue de littérature ont rapporté que certains patients ont obtenu des résultats positifs après avoir échoué à d'autres pharmacothérapies. De plus, il n'a

pas été retrouvé de dose seuil à laquelle les effets indésirables survenaient, ce seuil étant variable d'une étude à une autre et d'un patient à un autre.

Dans une étude de 2014 portant sur la prescription de baclofène hors AMM par les membres de la SFA dont nous avons parlé plus haut (29), le manque de preuves scientifiques était la première des raisons de la non prescription de baclofène par les médecins membres de la SFA (pour 81,3% d'entre eux). Dans notre étude, on ne retrouve que 42,2% des non prescripteurs qui limitaient leur prescription du fait du manque de preuves scientifiques. Nos résultats ne sont pas comparables puisque la population d'étude portait pour leur part sur des médecins membres de la SFA. De plus, plusieurs études sont sorties depuis leur publication. Par ailleurs, dans notre étude, les non prescripteurs limitaient significativement plus leur prescription que les prescripteurs à cause du manque de preuves scientifiques. Cela est peut-être dû au fait que les prescripteurs sont pragmatiques, la prescription de baclofène renforce l'alliance thérapeutique, l'observance du suivi biopsychosocial qui est la base dans l'accompagnement de ces pathologies chroniques et complexes.

Toujours dans cette étude (29), la limitation de prescription de baclofène par les médecins pourrait être liée aux problèmes de sécurité (effets indésirables), ou pourrait être attribuable au fait que ce médicament soit hors-AMM (la RTU n'était pas encore en place au moment de l'étude). En effet, parmi les non prescripteurs, 41,2% des médecins interrogés pensent qu'il est risqué de prescrire hors-AMM. Dans notre étude, 77,8% des non prescripteurs limitaient leur prescription du fait qu'il n'y ait pas d'AMM. La différence observée tient certainement du fait qu'au moment de l'étude sur les membres de la SFA, il n'y avait pas de RTU, et que nous avons actuellement d'avantage de recul. À l'époque de cette étude, les médecins membres de la SFA craignaient également que la prise en charge se limite à la prescription médicamenteuse, occultant l'accompagnement biopsychosocial qui en est la base.

Dans notre étude, chez les prescripteurs de baclofène, les principales motivations de la prescription étaient l'efficacité avérée d'après leur expérience personnelle ou celle de leurs confrères, le peu d'efficacité des autres thérapeutiques et la demande du patient, toutes les trois en proportions quasiment égales.

En 2014, il a été demandé aux médecins prescripteurs de baclofène membres de la SFA (29) quelle était leur opinion personnelle sur l'efficacité du baclofène, en comparaison avec les traitements de référence. Ils étaient 54,3% à penser qu'il était plus

efficace, 36,7% qu'il était aussi efficace, et 9,0% moins efficace. Ce qui est en adéquation avec le fait que la prescription de baclofène soit en partie motivée par le peu d'efficacité des autres traitements par 42,2% des médecins prescripteurs de notre étude.

En 2008, avec la publication du livre de O. Ameisen (21) rendant publique la potentielle efficacité du baclofène dans la prise en charge de l'alcoolodépendance encore non utilisé dans cette indication, la demande des patients auprès de leurs médecins a été plus importante. Le nombre de personnes ayant débuté un traitement de baclofène pour une alcoolodépendance a fortement augmenté cette année-là (37).

Dans notre étude, chez les non prescripteurs, si un patient leur en faisait la demande, une grande majorité le redirigerait vers un autre professionnel de santé, ce qui montre bien que le travail en réseau est la clef de voute de la prise en charge de l'alcoolodépendance.

IV. Perspectives

Devant l'importance des débats et controverses au sujet de la prescription de baclofène dans la prise en charge de l'alcoolodépendance, notamment par rapport à l'utilisation de baclofène à hautes doses, il semble indispensable d'étudier de plus près la tolérance et l'efficacité de ce traitement. La SFA s'y est intéressée, une revue de littérature (38) a été réalisée en mars 2018, il en résulte qu'il est encore difficile d'établir le rapport bénéfice/risque du baclofène de manière fiable et de proposer des conclusions claires quant à son utilisation pratique. C'est pourquoi elle demande que soit réalisé un essai clinique qui apportera des réponses concrètes indispensables à une utilisation raisonnée et basée sur les preuves.

Les publications de deux études majeures sont toujours en attente, il s'agit de Bacloville et Alpadir. Leurs résultats ont été présentés à Berlin en septembre 2016 à l'occasion du congrès mondial sur l'alcool et l'alcoolisme (27). L'étude Bacloville est la première étude randomisée en double aveugle, multicentrique, en milieu ambulatoire, évaluant l'efficacité et la sécurité du baclofène à hautes doses versus placebo dans la réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs à haut risque (39). Les premiers résultats sont prometteurs : 56,8 % des patients prenant du baclofène contre 36,5 % dans le groupe placebo ont atteint les recommandations de l'OMS répondant à des niveaux de consommation à faible risque au cours du douzième mois de l'étude (27).

L'étude Alpadir est une étude randomisée en double aveugle, multicentrique, évaluant l'efficacité et la sécurité du baclofène à hautes doses versus placebo dans le maintien de l'abstinence chez des sujets alcoolodépendants (40). Les premiers résultats ne sont pas très concluants, 11,9 % des patients du groupe baclofène et 10,5 % du groupe placebo sont restés abstinents à l'issue des 20 semaines. En revanche, si l'on considère, non pas l'abstinence, mais la diminution de consommation, il a été montré une amélioration de 10 % en faveur du baclofène par rapport au placebo (27).

Une AMM est attendue dans le courant de l'année (41). Ce qui pourrait être l'occasion pour la SFA de faire un consensus sur l'instauration du traitement et le suivi.

Conclusion

Cette étude a permis de montrer que près de la moitié des médecins généralistes de Charente-Maritime avait déjà prescrit (que ce soit occasionnellement ou régulièrement) du baclofène dans la prise en charge de l'alcoolodépendance. De même, près de la moitié des médecins interrogés prescrivait d'autres thérapeutiques addictolytiques, avec une tendance à ce qu'il s'agisse des mêmes médecins. Les prescripteurs avaient significativement plus d'ancienneté professionnellement que les non prescripteurs.

Les médecins généralistes ont des craintes par rapport à la prescription de baclofène. La crainte majeure était l'importance des effets indésirables. L'absence d'AMM était une limite importante, alors que l'insuffisance de preuves scientifiques de l'efficacité de ce traitement était une crainte plutôt mineure.

En revanche, ce qui motivait leur prescription était en premier lieu l'efficacité d'après leur propre expérience ou celle de leurs confrères, puis le peu d'efficacité des autres traitements addictolytiques et enfin la demande du patient.

La quasi-totalité des médecins se sentait concernée par le repérage du mésusage de l'alcool, la moitié se sentait compétente. Une très grande majorité utilisait un outil simple de repérage, la CDA, mais très peu utilisaient des questionnaires standardisés. La moitié des médecins avait la volonté de prendre en charge l'alcoolodépendance de ses patients, et il est rassurant de savoir que la quasi-totalité des médecins interrogés déclarait pouvoir se tourner vers un CSAPA. Les médecins repèrent par la CDA puis orientent vers une structure adéquate.

Les publications de deux études majeures (Bacloville et Alpadir), qui sont toujours en attente, apporteront peut-être des réponses quant à l'efficacité et la tolérance du baclofène, notamment à hautes doses.

Bibliographie

1. Kreuter M, Batel P. Dossier de l'alcoolisme. Le Généraliste. 2358.
2. American Psychiatric Association. Troubles liés à l'alcool. In: DSM-5. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. p. 582-98.
3. SFA. Les conduites d'alcoolisation. Alcoologie et Addictologie. 2001;23 (4 Suppl.):1S-76S.
4. Hiroi N, Agatsuma S. Genetic susceptibility to substance dependence. Molecular Psychiatry. 7 déc 2004;10(4):4001622.
5. Lingford-Hughes A, Nutt D. Neurobiology of addiction and implications for treatment. The British Journal of Psychiatry. 1 févr 2003;182(2):97-100.
6. Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives. Paris : La documentation française ; 2002.
7. Woody GE, Cottler LB, Cacciola J, Grant B. Severity of dependence: data from the DSM-IV field trials. Addiction. 1 nov 1993;88(11):1573-9.
8. Circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
9. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. Bull épidémiol hebd. 2013;163-8.
10. Arwidson P, Léon C, Guillemont J. Consommation annuelle d'alcool déclarée. Bull épidémiol hebd. 2005;34-35:255-8.
11. Bastianic T, Brisacier A, Cadet-Taïrou A, Diaz Gomez C. Drogues, chiffres clés. OFDT. 6^e éd. 2015;1-8.
12. HAS. Outils d'aide au repérage précoce. 2014 déc.
13. Prochaska J, Diclemente C. Trans-Theoretical Therapy - Toward A More Integrative Model of Change. Vol. 19. 1982. 276 p.
14. Binder P, Vanderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. Exercer. févr 2017;72-81.
15. SFA. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie. 2015;37(1):5-84.
16. Vidal. Alcool : sevrage - Traitements [Internet]. [Cité 26 déc 2017]. Disponible sur : https://www.vidal.fr/recommandations/1502/alcool_sevrage/traitements/#d981e229

17. Vidal. ESPERAL 500 mg cp [Internet]. [Cité 27 déc 2017]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/Medicament/esperal-6305.htm>
18. Vidal. AOTAL 333 mg cp [Internet]. [Cité 27 déc 2017]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/Medicament/aotal-1191.htm>
19. Vidal. REVIA 50 mg cp [Internet]. [Cité 27 déc 2017]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/Medicament/revia-14353.htm>
20. Vidal. SELINCRO 18 mg cp [Internet]. [Cité 27 déc 2017]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/Medicament/selincro-126908.htm>
21. Ameisen O. Le dernier verre. Denoël. Paris; 2008.
22. Ameisen O. Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: a self-case report of a physician. *Alcohol and Alcoholism*. 1 mars 2005;40(2):147-50.
23. ANSM. Protocole de la RTU baclofène. juill 2017;
24. Vidal. LIORESAL 10 mg cp [Internet]. [Cité 27 déc 2017]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/Medicament/lioresal-10148.htm>
25. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2016;326.
26. Czernichow et al. *Épidémiologie*. Masson ; 2001.
27. Stafford A. Vérités et mensonges sur le baclofène : résultats des études sur le baclofène présentées à Berlin en septembre 2016. *PSN*. 1 déc 2016;14(4):7-16.
28. Dupouy J, Fournier JP, Jouanjus É, Palmaro A, Poutrain JC, Oustric S, et al. Baclofen for alcohol dependence in France: incidence of treated patients and prescription patterns-a cohort study. *Eur Neuropsychopharmacol*. févr 2014;24(2):192-9.
29. Rolland B, Paille F, Fleury B, Cottencin O, Benyamina A, Aubin HJ. Off-label baclofen prescribing practices among french alcohol specialists: results of a national online survey. *PLoS One*. 2 juin 2014;9(6).
30. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. *Inpes*. 2011;176-201.
31. Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *La revue du praticien - Médecine générale*. 2002;16(588):1488-92.
32. Gomez CD, Milhet M. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. *Saint-Denis : OFDT* ; 2005 p. 220.
33. Bouza C, Magro A, Muñoz A, Amate JM. Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review.

addictions. 2004;99(7):811-28.

34. Laaksonen E, Koski-Jännes A, Salaspuro M, Ahtinen H, Alho H. A randomized, multicentre, open-label, comparative trial of disulfiram, naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism*. 1 janv 2008;43(1):53-61.

35. Thompson A, Owens L, Richardson P, Pirmohamed M. Systematic review: Baclofen dosing protocols for alcohol use disorders used in observational studies. *European Neuropsychopharmacology*. nov 2017;27(11):1077-89.

36. Imbert B, Alvarez JC, Simon N. Anticraving effect of baclofen in alcohol-dependent patients. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 2015;39(9):1602-8.

37. Chaignot C, Weill A, Ricordeau P, Alla F. Utilisation en France du baclofène dans l'alcoolodépendance de 2007 à 2013 : étude à partir du SNIIRAM et du PMSI. *Thérapie*. sept 2015;70(5):443-53.

38. Naassila M, Paille F. Baclofène et consommation d'alcool : que peut-on en dire en 2018 ? 2018 p. 30.

39. Jaury P. Bacloville : présentation des résultats de la première étude randomisée en double aveugle multicentrique en milieu ambulatoire du baclofène versus placebo chez des sujets dépendants à l'alcool. *European Psychiatry*. 1 nov 2014;29(8):540.

40. Reynaud M. Résultats de l'étude Alpadir : efficacité et sécurité du baclofène dans le maintien de l'abstinence chez des sujets alcoolodépendants. *European Psychiatry*. 1 nov 2014;29(8):540.

41. AMM du baclofène dans l'alcoolodépendance : bientôt une décision ! [Internet]. Association baclofène. 2018 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur : <https://www.baclofene.org/baclofene/amm-du-baclofene-dans-lalcoolodépendance-bientot-une-decision>

Annexes



Questionnaire DETA (DETA: Diminuer, Entourage, Trop, Alcool)

* Traduction du questionnaire CAGE, proposée en 1989, par Bernard Rueff, dans *Alcoologie clinique*.

Ce questionnaire permet en quatre questions simples de dépister une consommation d'alcool à problèmes.

Au cours des 12 derniers mois :

	Oui	Non
1 Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?		
2 Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?		
3 Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?		
4 Avez-vous déjà eu besoin d' alcool le matin pour vous sentir en forme ?		
TOTAL		

Interprétation :

- Si deux réponses sont positives, on peut suspecter un problème.
- Trois réponses positives ou plus doivent vous amener à demander de l'aide.

Questionnaire Audit

- 1 - A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
- Jamais (0) Au moins une fois par mois (1)
 2 à 4 fois par mois (2) 2 à 3 fois par semaine (3)
 4 fois ou plus par semaine (4)
- 2 - Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
- 1 ou 2 (0) 3 ou 4 (1)
 4 ou 5 (2) 7 à 9 (3)
 10 ou plus (4)
- 3 - Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus
- Jamais (0) Moins d'une fois par mois (1)
 1 fois par mois (2) 1 fois par semaine (3)
 Tous les jours ou presque (4)
- 4 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé
- Jamais (0) Moins d'une fois par mois (1)
 1 fois par mois (2) 1 fois par semaine (3)
 Tous les jours ou presque (4)
- 5 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous-a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?
- Jamais (0) Moins d'une fois par mois (1)
 1 fois par mois (2) 1 fois par semaine (3)
 Tous les jours ou presque (4)
- 6 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?
- Jamais (0) Moins d'une fois par mois (1)
 1 fois par mois (2) 1 fois par semaine (3)
 Tous les jours ou presque (4)
- 7 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?
- Jamais (0) Moins d'une fois par mois (1)
 1 fois par mois (2) 1 fois par semaine (3)
 Tous les jours ou presque (4)
- 8 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?
- Jamais (0) Moins d'une fois par mois (1)
 1 fois par mois (2) 1 fois par semaine (3)
 Tous les jours ou presque (4)
- 9 - Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?
- Non (0) Oui mais pas dans l'année passée (2)
 Oui au cours de l'année dernière (4)
- 10 - Est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?
- Non (0) Oui mais pas dans l'année passée (2)
 Oui au cours de l'année dernière (4)
- 11 - Vous êtes :
- Un homme (0) Une femme (1)
- 6 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?
- Jamais (0) Moins d'une fois par mois (1)
 1 fois par semaine (3) 1 fois par mois (2)
 Tous les jours ou presque (4)

Interprétation

>= 5	Consommation à risque
>= 8	Usage nocif (7 chez la Femme)
>= 12	Alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

Référence : Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II. Saunders, J, Aasland, O, Babor, T de la Fuente, J et Grant, M. Addiction, Vol.96, N°6, 1993, p. 791-804

Questionnaire MAST

<i>1. Pensez-vous que vous consommez de l'alcool en quantité plus que la normale ?</i>	Oui=2	Non=0
<i>2. Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool ?</i>	Oui=1	Non=0
<i>3. Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?</i>	Oui=1	Non=0
<i>4. Est-ce que vos amis et vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ?</i>	Oui=0	Non=2
<i>5. Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez ?</i>	Oui=0	Non=2
<i>6. Avez-vous assisté à une réunion d'anciens buveurs (Alcooliques Anonymes) pour un problème d'alcool ?</i>	Oui=5	Non=0
<i>7. Est-ce que l'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint(e) ?</i>	Oui=2	Non=0
<i>8. Avez-vous déjà eu des problème professionnels à cause de votre consommation d'alcool ?</i>	Oui=2	Non=0
<i>9. Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail pendant deux jours de suite ou plus en raison de votre consommation d'alcool ?</i>	Oui=2	Non=0
<i>10. Avez-vous demandé de l'aide ou des conseils à autrui au sujet de votre consommation ?</i>	Oui=5	Non=0
<i>11. Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?</i>	Oui=5	Non=0
<i>12. Avez-vous déjà été arrêté, ne serait-ce que quelques heures en raison d'un état d'ivresse ?</i>	Oui=2	Non=0
<i>13. Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant ?</i>	Oui=2	Non=0

Un total égal ou supérieur à 3 suggère fortement une alcoolodépendance.

FACE

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients.

En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

					Score
A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?					
Jamais	une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
0	1	2	3	4	
Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?					
Un ou deux	trois ou quatre	cinq ou six	sept à neuf	dix ou plus	
0	1	2	3	4	
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?					
Non				oui	
0				4	
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?					
Non				oui	
0				4	
Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?					
Non				oui	
0				4	
TOTAL					

Interprétation :

Date : / /

⊗ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation à risque.

⊗ Pour les hommes, un score supérieur ou égal à 5 indique une consommation à risque.

⊗ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

Photocopier autant que nécessaire.

Questionnaire Adolescents et Substances psychoactives (ADOSPA)

Les questions suivantes sont en rapport avec la consommation d'alcool et de drogues.

Question	Oui	Non
1. Es-tu déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (toi y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?		
2. Utilises-tu de l'alcool ou d'autres drogues pour te détendre, te sentir mieux ou tenir le coup ?		
3. As-tu déjà oublié ce que tu avais fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?		
4. Consommes-tu de l'alcool et/ou d'autres drogues quand tu es seul(e) ?		
5. As-tu déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?		
6. Tes amis ou ta famille ont-ils déjà dit que tu ferais bien de réduire ta consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?		

Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives

La prescription de baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance en médecine générale en Charente-Maritime.

*Obligatoire

1. En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? *

2. Exercez-vous en Charente-Maritime ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Arrêtez de remplir ce formulaire.*

3. Vous sentez-vous concerné par le repérage du mésusage de l'alcool ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

4. Vous sentez-vous compétent pour le repérage du mésusage de l'alcool ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

5. Pour repérer le mésusage d'alcool chez vos patients, utilisez-vous la consommation déclarée d'alcool (quantité en verres standards et fréquence)?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Parmi les questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool ci-dessous, le(les)quel(s) utilisez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool)
- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
- ADOSPA (Adolescents et Substances PsychoActives)
- MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)
- Aucun
- Autre : _____

7. Voulez-vous prendre en charge l'alcoolodépendance de vos patients ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

8. Vers qui vous tournez-vous, ou pourriez-vous vous tourner pour vous aider dans la prise en charge de l'alcoolodépendance de vos patients ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Un confrère médecin généraliste compétant dans ce domaine
- Un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- Une ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie)
- Autre : _____

9. Prescrivez-vous d'autres thérapeutiques addictolytiques que le baclofène (en dehors des benzodiazépines et de la vitaminothérapie, traitements des symptômes du sevrage) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 11.*

10. Quelle(s) autre(s) thérapeutique(s) addictolytique(s) que le baclofène prescrivez-vous (en dehors des benzodiazépines et de la vitaminothérapie, traitements des symptômes du sevrage) ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Acamprosate (Aotal®)
- Disulfirame (Esperal®)
- Nalméfène (Selincro®)
- Naltrexone (Revia®)
- Autre : _____

11. **Selon vous, quelles sont les indications du baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Sevrage
- Aide au maintien de l'abstinence après sevrage
- Réduction de la consommation d'alcool
- Peut être prescrit en première intention
- Prescrit seulement en deuxième intention

12. **L'importance des effets indésirables peut-elle limiter votre prescription de baclofène ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, par rapport aux effets indésirables neuro-psychologiques de type somnolence, confusion, dépression
- Oui, par rapport aux effets indésirables cardiologiques de type bradycardie
- Oui, par rapport aux effets indésirables gastro-intestinaux de type nausées, vomissements, diarrhées, constipation
- Oui, par rapport aux effets indésirables hépatobiliaires de type altération de la fonction hépatique
- Oui, par rapport aux effets indésirables généraux de type asthénie
- Non
- Autre : _____

13. **Limitez-vous la prescription de baclofène parce que vous trouvez que les preuves scientifiques de son efficacité sont insuffisantes ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

14. **Limitez-vous la prescription de baclofène parce qu'il n'y a pas d'AMM ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

15. **Avez-vous déjà instauré un traitement par baclofène à un patient alcoolodépendant ? ***

Une seule réponse possible.

- Jamais *Passez à la question 17.*
- Ça m'est déjà arrivé mais je ne renouvellerai pas l'expérience *Passez à la question 17.*
- Oui, occasionnellement
- Oui, régulièrement

16. Qu'est ce qui motive votre prescription ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Demande du patient
- Pharmacodynamie compatible avec une éventuelle efficacité
- Efficacité avérée d'après mon expérience personnelle ou celle de mes confrères
- Peu d'efficacité des autres traitements
- Autre : _____

Arrêtez de remplir ce formulaire.

17. Si un patient vous en faisait la demande, seriez-vous prêt à prescrire du baclofène dans le cadre de la prise en charge de son alcoolodépendance ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non, je le dirigerais vers un autre professionnel de santé
- Non, je lui proposerais une autre molécule
- Autre : _____

Fourni par



Résumé

Introduction : L'alcoolodépendance est un problème de santé publique majeur. La médiatisation d'une auto-étude de cas sur l'utilisation du baclofène dans cette indication s'est suivie de la rédaction d'une RTU. L'objectif de l'étude est l'évaluation de la proportion de prescripteurs de baclofène, complété par l'identification des motivations, craintes et circonstances de prescription ou de non prescription.

Matériel et méthode : Une étude observationnelle descriptive de la pratique des médecins généralistes a été réalisée en Charente-Maritime dans le cadre du mésusage d'alcool par diffusion d'un questionnaire en ligne du 8 janvier au 8 mars 2018.

Résultats : Sur les 695 médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins en Charente-Maritime, 88 (12,7%) ont répondu au questionnaire. Presque la moitié des médecins généralistes (48,9%) était prescripteur de baclofène dans le cadre de la prise en charge de l'alcoolodépendance (8,0% régulièrement, 40,9% occasionnellement). On en dénombrait proportionnellement plus en fin qu'en début de carrière ($p=0,024$). Ce qui motivait la prescription chez les prescripteurs de baclofène, était en premier lieu l'efficacité d'après leur propre expérience ou celle de leurs confrères (53,5%) puis le peu d'efficacité des autres traitements addictolytiques (42,2%) et la demande du patient (41,9%). Les craintes majeures étaient : l'importance des effets indésirables (76,1%), suivie par l'absence d'AMM (56,8%). Dans une moindre mesure (33,0%), l'insuffisance de preuves scientifiques de l'efficacité de ce traitement était citée.

Conclusion : Malgré l'absence d'AMM dans le cadre de l'alcoolodépendance, le baclofène était prescrit par près de la moitié des médecins généralistes. Les publications de deux études majeures (Bacloville et Alpadir), qui sont toujours en attente, apporteront peut-être des réponses quant à l'efficacité et la tolérance du baclofène. Une AMM est attendue dans le courant de l'année.

Mots clés : alcoolodépendance, baclofène, médecins généralistes, réseau



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

