



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

Directeur : Professeur Fred Paccaud

ALCOOLISME, CONTEXTE PSYCHOSOCIAL ET
PERSPECTIVES DE TRAITEMENT
DANS UNE POPULATION HOSPITALIERE

Chantal Gaudin

THESE

Lausanne

1990

CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION

*Adresse pour commande : Institut universitaire de
médecine sociale et préventive
17, rue du Bugnon, CH-1005 Lausanne*

Citation suggérée : Gaudin C. - Alcoolisme, contexte psychosocial et perspectives de traitement dans une population hospitalière. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 62). Prix : CHF 14.--.

UNIVERSITE DE LAUSANNE

FACULTE DE MEDECINE

INSTITUT DE MEDECINE SOCIALE ET PREVENTIVE

Directeur : Professeur F. Paccaud

ALCOOLISME, CONTEXTE PSYCHOSOCIAL ET PERSPECTIVES DE TRAITEMENT
DANS UNE POPULATION HOSPITALIERE

THESE

présentée à la Faculté de Médecine de
l'Université de Lausanne pour l'obtention
du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Chantal Gaudin

Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Originaire de Ayent (VS)

Lausanne

1990

La présente étude a pu être réalisée grâce au soutien financier du Fonds National Suisse de Recherche (Numéro 32-9292.87 (ancien numéro:3.830-0.87)) et de la Fondation du 450 ème anniversaire de l'Université de Lausanne.

Je remercie vivement le Professeur Fred Paccaud, directeur de la thèse, d'avoir supervisé ce travail et de m'avoir permis de bénéficier de ses remarques et de son expérience.

Ma gratitude et ma reconnaissance vont au Docteur Bernard Burnand qui a conduit mon travail, et qui, par ses remarques et ses conseils, a contribué dans une large mesure à l'élaboration de cette thèse.

Je remercie aussi le Docteur Marc Niquille de sa disponibilité et de l'aide précieuse qu'il m'a apportée dans l'analyse et le traitement des données.

Mes remerciements vont également au Docteur Bertrand Yersin, qui m'a apporté une aide précieuse grâce à ses connaissances et son expérience du sujet traité.

Je tiens finalement à exprimer ma reconnaissance à tous les collaborateurs de l'Institut qui, à des titres divers, m'ont apporté leur aide et leurs conseils.

RESUME

L'objet de cette étude fut de décrire les caractéristiques psychosociales de deux cohortes de patients hospitalisés, alcooliques et non-alcooliques, puis de comparer les destinations de ces patients à la sortie de l'hôpital et analyser les propositions de prises en charge relatives à l'alcoolisme faites aux patients en fin de séjour. L'utilisation systématique d'un test de dépistage, le Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), auprès des patients âgés de 20 à 75 ans, admis successivement dans le département de médecine interne du CHUV, a permis de constituer deux groupes de patients, appariés pour l'âge et le sexe: 102 alcooliques (MAST \geq 8), et 102 non-alcooliques (MAST \leq 4). Les patients alcooliques furent plus nombreux que les non-alcooliques à rapporter des circonstances difficiles dans leur enfance. Par exemple, ils furent trois fois plus nombreux à avoir vécu hors de leur famille procréatrice, et ils mentionnèrent trois fois plus souvent la présence d'un alcoolisme parental. Concernant la situation psychosociale au moment de l'enquête, les divorcés furent quatre fois plus nombreux parmi les alcooliques que parmi les témoins. Les alcooliques mentionnèrent deux fois plus souvent une rente de l'Assurance Invalidité, et trois fois plus souvent des périodes de chômage. Ils ont aussi estimé appartenir à un milieu pauvre deux fois plus fréquemment que les patients du groupe témoin.

Considérant la destination à la sortie de l'hôpital, 81% des patients non-alcooliques et seulement 69% des alcooliques sont rentrés directement à domicile à la sortie de l'hôpital. Une prise en charge spécifique de l'alcoolisme après le séjour hospitalier n'est proposée qu'à la moitié des patients du groupe "alcooliques". Les prises en charge le plus souvent proposées, d'ordre psychiatrique, médical, et/ou social, furent bien acceptées, à l'exception du traitement psychiatrique.

Nous concluons que l'hospitalisation pourrait être l'un des moments propices au dépistage précoce de l'alcoolisme, et à la diffusion de l'information auprès des patients ainsi identifiés, sur l'alcoolisme, son pronostic et les possibilités de traitement, avant l'apparition de séquelles graves.

1 INTRODUCTION

1.1 Généralités

La grande variété des manifestations cliniques, et/ou sociales, consécutives à la consommation excessive d'alcool a donné lieu à de nombreuses définitions de l'alcoolisme. Comme le souligne Adès (1), "il existe de très nombreuses définitions de l'Alcoolisme, qui éclairent chacune des aspects différents de cette conduite sans en épuiser toutes les implications; chaque définition tend à refléter le postulat théorique de son auteur concernant les limites nosographiques du concept d'alcoolisme."

L'alcoolisme est actuellement considéré comme une conduite pathologique complexe, d'étiologie multifactorielle; les facteurs étiopathogéniques incriminés étant d'ordre biologique, psychologique et socioculturel.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé, pour remplacer le terme "alcoolisme", les concepts d' *"incapacités liées à la consommation d'alcool"*, et de *"syndrome de dépendance alcoolique"*. Il s'agit de deux notions peut-être moins ambiguës que le terme "alcoolisme"; il n'en demeure pas moins que ces nouvelles définitions ne semblent pas faciliter le diagnostic précoce de l'alcoolisme par le clinicien. L'identification d'un problème lié à la consommation d'alcool, ne survient souvent qu'après l'apparition d'une affection clinique secondaire. Plusieurs études ou publications révèlent que la prévalence de l'alcoolisme est sous-estimée tant à l'hôpital qu'en pratique privée (5,17,25,26,38). Les cliniciens n'identifient donc qu'une faible partie des patients ayant des problèmes liés à leur consommation d'alcool, et en particulier les cas les plus sévères.

Les conséquences de l'abus d'alcool sont considérables non seulement pour l'individu et son entourage immédiat, mais encore pour l'ensemble de la société; elles dépassent largement le concept purement médical de l'alcoolisme. Selon diverses méthodes d'estimation l'alcoolisme affecte 2,8% à 9% de la population

générale et entraîne des dépenses de plus de 2 milliards de francs par année en Suisse (12).

Dans la population hospitalière l'estimation de la prévalence de l'alcoolisme repose sur des statistiques incomplètes. Dans les départements de médecine interne des hôpitaux suisses inclus dans la statistique médicale de la VESKA la prévalence de l'alcoolisme masculin était estimée, en 1987, à 8% (28). Ce chiffre ne porte que sur les patients âgés de 25 à 64 ans, pour lesquels le diagnostic principal ou secondaire était l'alcoolisme. Les autres maladies influencées par la consommation d'alcool ne sont pas prises en considération dans cette estimation, qui est donc vraisemblablement sous-évaluée.

Deux études récentes réalisées en Suisse Romande dans le département de médecine interne de deux hôpitaux généraux (43,44), font état d'une prévalence proche de 20%, selon diverses modalités diagnostiques (test de dépistage, diagnostic clinique). Plusieurs études américaines et européennes rapportent une prévalence se situant entre 10% et 40% dans différents services hospitaliers (22,26,38). Ces chiffres soulignent donc qu'une proportion importante de la population des hôpitaux de soins généraux est affectée dans sa santé en raison d'une consommation d'alcool. La différence entre ces résultats et les statistiques de la VESKA suggère que l'alcoolisme est trop rarement identifié, et, par voie de conséquence, probablement trop rarement traité.

Le clinicien confronté aux problèmes liés à l'alcool se trouve souvent démuni tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Comme le rappelle Adès "la multiplicité des méthodes proposées témoignerait, s'il en était besoin, de la diversité des points de vue et des approches, et donc de l'absence de thérapeutiques universellement codifiées et applicables."(1). En d'autres termes, il n'existe pas de consensus quant aux buts et aux modalités de traitement. Le choix des attitudes thérapeutiques est fonction de la formation du clinicien et de ses croyances personnelles, mais aussi de la culture et des possibilités de prises en charge (médicales et sociales) existantes dans sa région.

1.2 Buts de ce travail

Plusieurs travaux ont souligné que le contexte psychosocial et professionnel (3,7,18,19,41), de même que l'attitude des médecins envers le patient alcoolique (9,26), étaient des facteurs aux implications importantes dans le développement puis l'évolution, avec ou sans traitement, de l'alcoolisme.

L'étude du contexte familial et psychosocial de personnes hospitalisées, compte tenu de la présence ou non d'un alcoolisme, permettrait de mettre en évidence l'existence éventuelle de certaines caractéristiques propres aux patients alcooliques hospitalisés. On pourrait aussi se demander dans quelle mesure il existe une relation entre ce type de facteurs et des événements tels que: hospitalisation, destination des patients à la sortie de l'hôpital et perspectives de traitement de l'alcoolisme.

La présente étude s'est attachée, dans une première partie, à effectuer une analyse descriptive et comparative des facteurs psychosociaux pour deux cohortes de patients, alcooliques et non-alcooliques, hospitalisés dans le département de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Cette analyse de la situation psychosociale des deux cohortes de patients peut être considérée comme intéressante en soi. Elle est aussi comprise ici comme un éclairage particulier sur la deuxième partie de ce travail, en ce sens qu'elle situe la destination et le traitement éventuel proposé pour l'alcoolisme dans une perspective globale qui tient compte de l'environnement social du patient alcoolique.

Cette deuxième partie a consisté, en effet, à décrire et comparer les destinations des patients à la sortie de l'hôpital, et à analyser la fréquence des divers types de prises en charge proposées pour l'alcoolisme. Certaines hypothèses quant aux liens qui pourraient exister entre facteurs psychosociaux, conduites alcooliques, destinations en fin de séjour, et propositions de prises en charge spécifiques sont discutées. Précisons que les motifs d'hospitalisation et la prise en charge des patients durant le séjour hospitalier ne sont pas analysés dans ce travail, les prises en charge discutées sont celles qui furent proposées aux patients alcooliques au moment de leur sortie, et par rapport à leur alcoolisme.

2 POPULATION ET METHODES

2.1 Critères de sélection

Les données qui ont permis l'élaboration de ce travail furent récoltées dans le cadre d'une étude, réalisée par Niquille et al., concernant la consommation des ressources hospitalières durant le séjour à l'hôpital de patients alcooliques et non-alcooliques (29).

La présente étude a porté sur deux cohortes de patients hospitalisés dans le département de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). La population initiale fut constituée de tous les patients, âgés de 20 à 75 ans, admis dans les services généraux du département de médecine interne du CHUV entre le 1er septembre 1988 et le 18 mars 1989. Les patients devaient être conscients et aptes à donner un consentement éclairé. Ne furent pas inclus dans l'étude: les patients au bénéfice d'une assurance privée, ceux qui furent transférés d'un autre hôpital de soins somatiques ou convoqués pour des investigations ou une chimiothérapie, les patients qui à partir du service des urgences sont rentrés directement à domicile, et les patients qui furent transférés dans un autre département que celui de médecine interne.

Dans les quatre jours suivant l'admission chaque patient a subi, successivement, un test de dépistage de l'alcoolisme, puis un questionnaire standardisé constitué d'items portant sur la famille biologique du patient, et sur la formation professionnelle, le milieu socioprofessionnel et la situation familiale actuels (annexe 1). Le test de dépistage utilisé fut la version française du **Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)** (annexe 2), dont les performances ont été analysées par plusieurs études (11,40,43). Le MAST est un questionnaire anamnestique de 25 items portant sur les conséquences sociales, professionnelles, relationnelles et somatiques de la consommation d'alcool. Une étude de calibration et de validation de la version française du MAST a été réalisée en 1988 par Trisconi dans une population hospitalière du département de médecine interne du CHUV (43).

Compte tenu des résultats de cette étude, les patients ayant obtenu un score ≥ 8 furent considérés comme alcooliques. Chaque cas fut apparié avec un témoin, défini comme le premier patient de même sexe et âge (± 5 ans) admis après le patient alcoolique considéré, et dont le score de MAST était ≤ 4 . Le choix des valeurs critiques du MAST à 4 et 8 fut motivé par le fait que ces deux valeurs déterminaient, respectivement, la valeur prédictive négative et la valeur prédictive positive optimales dans l'étude de Trisconi. Autrement dit, ces valeurs critiques offrent une concordance optimale entre le MAST et le diagnostic clinique pour la présence ou l'absence d'un alcoolisme.

La deuxième partie de l'enquête a été réalisée à la fin du séjour. Elle était constituée, d'une part par les données sur les diagnostics posés par les cliniciens, et d'autre part par les données sur la destination des patients à la sortie de l'hôpital et sur les prises en charge spécifiques proposées. La source de ces données fut la lettre de sortie établie pour chaque patient. Dans les situations où les renseignements fournis par les lettres de sortie ont paru incomplets ou insuffisants, l'enquêteur s'est adressé au clinicien, de manière informelle, pour obtenir les compléments d'informations nécessaires. De plus, au moment de la sortie du patient, l'avis du médecin hospitalier quant à la présence ou non d'un alcoolisme a été systématiquement sollicité. Précisons encore que les démarches sus-mentionnées ont été accomplies par un seul et même enquêteur, en l'occurrence le médecin qui a réalisé, sur la même population, l'étude de la consommation des ressources hospitalières citée ci-dessus.

2.2 Analyses

Des tableaux croisés ont été utilisés pour décrire et comparer les deux groupes de patients quant à la situation socio-économique et au contexte psychosocial actuels, et dans l'enfance. La destination des patients au terme de l'hospitalisation, ainsi que les propositions de prises en charge spécifiques pour l'alcoolisme ont été analysées par le même procédé. Des "odds ratio" (rapports de cote), avec un intervalle de confiance à 95%, ont été utilisés pour mesurer l'association

entre certains facteurs psychosociaux et la présence d'un alcoolisme. Rappelons qu'un "odds", dont le nom français est "cote", est défini comme le rapport entre la probabilité de survenue d'un événement donné et la probabilité qu'il ne survienne pas. Par exemple, la probabilité d'obtenir un 3 en lançant un dé est de $1/6$, et la probabilité de ne pas obtenir un 3 est de $5/6$; en divisant ces deux rapports on obtient: $(1/6):(5/6)=1/5$. L'odds, ou la cote, pour l'obtention du 3 est donc de $1:5$, alors que l'odds de ne pas obtenir 3 est de $5:1$. L'"odds ratio" (rapport de cote) est le rapport entre deux "odds". Dans un tableau à double entrée (quatre cases), tel qu'on peut en trouver dans cette étude, l'odds ratio se calcule comme le rapport des produits croisés: ad/bc .

		Alcoolisme (selon le score MAST)		
		présent	absent	Total
Facteur étudié	présent	a	b	a+b
	absent	c	d	c+d
	Total	a+c	b+d	N

Un avantage de l'odds ratio est que l'on obtient le même résultat, qu'il soit calculé horizontalement ($a/b:c/d$), ou verticalement ($a/c:b/d$) (14).

Une dernière précision est que l'odds ratio est employé ici comme un indice quantitatif de contraste entre deux groupes, au sens où le propose Feinstein pour des études rétrospectives type "cas/témoins" (13), et non pas comme un estimateur du risque relatif d'"alcoolisme" en fonction d'une exposition à un facteur.

3 RESULTATS

3.1 Aspects généraux

La population initiale fut constituée de 702 patients, admis consécutivement dans le département de médecine interne du CHUV, et satisfaisant aux critères d'inclusion précédemment mentionnés. Le MAST a été administré à 624 patients (89% de la population éligible), 375 hommes et 249 femmes. Les motifs d'exclusion pour les 78 cas restant furent les suivants: maîtrise insuffisante de la langue française (n=29), état de santé trop sévèrement perturbé, par exemple maladie terminale, état de conscience inadéquat (n=37), transfert dans un autre service (n=4), refus de passer le test (n=8).

Parmi les 624 patients soumis au MAST, 103 (16%) ont eu un score ≥ 8 et ont été inclus dans le groupe "alcooliques" (77 hommes et 26 femmes). 35 patients (6%) ont eu un score entre 5 et 7 et n'ont pas été inclus dans l'étude, conformément aux critères déjà mentionnés. 486 patients (78%) ont obtenu un score MAST ≤ 4 (296 hommes et 217 femmes); ils ont constitué la population dans laquelle ont été sélectionnés les patients du groupe "témoins". Un témoin et le cas apparié furent ultérieurement exclus en raison des non-réponses faites à tous les items portant sur les facteurs psychosociaux. Les deux cohortes étudiées sont donc constituées chacune de 102 patients. La durée moyenne du séjour s'est élevée à 16 jours dans les deux cohortes, elle fut légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

3.2 Contexte psychosocial

Une première partie des résultats concerne certaines caractéristiques de la famille procréatrice, et les caractéristiques de la situation personnelle, familiale, et socioprofessionnelle actuelle.

Contexte familial dans l'enfance

Les éléments du contexte familial qui furent investigués ont porté sur des caractéristiques que l'on pourrait qualifier de "défavorables" ou "négatives", en tant que facteurs déterminants de la santé psychosociale.

L'enquête a porté sur l'enfance dans la famille biologique, le niveau économique familial, la présence d'un alcoolisme et/ou d'un conflit parental. Précisons qu'il s'agissait toujours de la famille biologique, procréatrice.

La distribution de ces différents facteurs dans les deux groupes de patients est résumée dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques du contexte familial dans l'enfance

CONTEXTE FAMILIAL		MAST+ (>8) n=102	MAST- (<4) n=102	TOTAL N=204	% 100	ODDS RATIO
ENFANCE DANS LA FAMILLE BIOLOGIQUE	non	22	8	30	15	OR=3,2 IC*:1,4-7,6
	oui	80	94	174	85	
MILIEU ECONOMIQUE	pauvre/modeste	48	31	79	39	OR**=2,2 IC:1,2-4,0
	moyen à aisé	47	68	115	56	
	non-réponse	7	3	10	5	
ALCOOLISME PARENTAL	présent	42	14	56	27	OR=4,9 IC:2,4-9,8
	absent	51	83	134	66	
	non-réponse	9	5	14	7	
CONFLIT PARENTAL	présent	24	22	46	23	OR=1,3 IC:0,6-2,5
	absent	63	74	137	67	
	non-réponse	15	6	21	10	
TYPE DE CONFLIT:	-divorce	7	12	19	42	
	-bagarres	17	10	27	59	

*IC=Intervalle de confiance à 95%

** Les odds ratio ont été calculés à l'exclusion des non-réponses

Près de trois fois plus de patients alcooliques que non-alcooliques ($22/8 = 2,7$) ont rapporté avoir vécu leur enfance (arbitrairement située entre 0 et 10 ans) ailleurs que dans la famille d'origine.

Concernant l'estimation, faite par les patients, du niveau économique de la famille biologique, un milieu pauvre à modeste a été mentionné 1,5 fois plus souvent par les patients alcooliques. Un milieu aisé a été évoqué par 46% des cas et par 67% des témoins.

La présence d'un alcoolisme parental a été mentionnée par 27% de la population étudiée. Dans tous les cas il s'agissait de l'alcoolisme du père, dans trois cas un alcoolisme des deux parents a été mentionné, mais jamais de la mère seule. Les alcooliques ont été trois fois plus nombreux que les non-alcooliques à rapporter ce problème. Une forte relation a été mise en évidence entre l'alcoolisme parental et l'alcoolisme du patient ($OR=4,9$).

Un conflit parental a été évoqué par 23% de la population étudiée. La distribution de la fréquence de ce facteur dans les deux groupes fut similaire, mais les "non-réponse" ont été 2,5 fois plus nombreuses dans le groupe "alcooliques". Cependant il faut rappeler que les patients alcooliques ont été 2,7 fois plus nombreux que les non-alcooliques à avoir passé leur enfance hors de la famille biologique, ce qui pourrait expliquer leur ignorance quant à la présence d'un conflit parental et donc leur impossibilité de répondre. Quoiqu'il en soit, aucune association statistiquement significative n'a été mise en évidence entre conflit parental et alcoolisme, même en calculant séparément l'odds ratio pour les patients ayant passé leur enfance dans la famille biologique et pour ceux qui ont vécu hors de leur famille d'origine.

Quant au type de conflit dont il s'agissait, les bagarres ont été mentionnées près de deux fois plus fréquemment par les alcooliques que par les non-alcooliques; ces derniers ont évoqué trois fois plus souvent que les alcooliques un divorce des parents.

Pour résumer les résultats obtenus sur le contexte familial dans l'enfance, on peut dire que les caractéristiques "défavorables"

ont été mentionnées plus fréquemment par les patients alcooliques que par les non-alcooliques, dans un rapport de 1,5 à 3 fois plus selon le facteur considéré. Pour chaque variable, à l'exception de "conflit parental", une association statistiquement significative a été démontrée avec la présence d'un alcoolisme chez le patient.

Pour évaluer l'effet d'une éventuelle erreur systématique de classification due aux non-réponses, la valeur de l'odds ratio a été recalculée en classant les non-réponses dans chacune des cases du tableau à double entrée. Quelle que soit la reclassification des non-réponses effectuée (notamment en simulant de possibles erreurs systématiques de classification différentielles et non-différentielles) la valeur de l'odds ratio reste statistiquement significative pour toutes les variables sauf le conflit parental. La proportion de non-réponses a oscillé entre 5 et 10%, et elle a été deux fois plus fréquente dans le groupe "alcooliques". Ces non-réponses furent surtout le fait des patients qui n'avaient pas vécu dans leur famille biologique. Seuls six cas et trois témoins ayant grandi dans leurs familles d'origine n'ont pas répondu à l'une ou l'autre question sur le contexte familial.

Contexte psychosocial actuel

Les caractéristiques démographiques, telles que l'âge et l'état civil des patients considérés, sont résumées par les tableaux 2.1 et 2.2.

Tableau 2.1: Age

CARACTERISTIQUES	ALCOOLIQUES [MAST+ (>8)] N=102					NON-ALCOOLIQUES [MAST- (<4)] N=102				
	n	moy	méd	min	max	n	moy	méd	min	max
AGE		53	52,5	24	75		54	54	21	75
-hommes	76	53	51,5	29	75	76	54	53,5	29	75
-femmes	26	52	53,5	24	74	26	53	55	21	74

N=Total moy=moyenne méd=médiane min=minimum max=maximum

L'âge moyen dans les deux groupes, 53 et 54 ans respectivement, de même que l'âge moyen par sexe, furent similaires. Pour ce qui est des états civils (tableau 2.2), la distribution fut très inhomogène dans les deux groupes. Les patients alcooliques étaient deux fois moins souvent mariés et près de quatre fois plus souvent divorcés que les non-alcooliques. La fréquence des célibataires et des veufs était voisine dans les deux groupes de patients.

Tableau 2.2: Etat civil

ETAT CIVIL*	MAST+	MAST-	TOTAL	%
marié (homme/femme)	32 (25/7)	62 (50/12)	94	46
veuf (homme/femme)	16 (12/4)	13 (9/4)	29	14
séparé/ divorcé (homme/femme)	31 (20/11)	8 (4/4)	39	19
célibataire (homme/femme)	23 (19/4)	19 (13/6)	42	21
TOTAL (homme/femme)	102 (76/26)	102 (76/26)	204	100

* $\chi^2 = 24$, $p < 0.0001$

Considérant la répartition des états civils selon le sexe, les divorcés furent cinq fois plus nombreux chez les hommes alcooliques que chez les hommes non-alcooliques, et trois fois plus nombreux chez les femmes alcooliques que chez les non-alcooliques. Les femmes ont été plus souvent séparées/divorcées que les hommes (1,6 fois plus chez les cas et 3 fois plus chez les témoins). Inversement, les hommes non-alcooliques furent près de trois fois plus fréquemment mariés que les hommes alcooliques et les femmes non-alcooliques près de deux fois plus souvent que les femmes alcooliques. Le nombre de femmes célibataires fut 1,5 fois plus élevé dans le groupe "non-alcooliques" par rapport au groupe "alcooliques", et le nombre d'hommes célibataires fut 1,5

fois plus élevé dans le groupe "alcooliques" comparativement aux non-alcooliques.

Ces différences entre les deux cohortes pour l'état civil semblent avoir un lien avec la présence d'un alcoolisme. La proportion plus forte de célibataires et de divorcés chez les alcooliques pourrait suggérer que l'établissement et le maintien de relations interpersonnelles est plus difficile pour les personnes ayant des problèmes liés à leur consommation d'alcool; ou bien, au contraire, qu'un problème d'abus d'alcool pourrait être la conséquence de certaines difficultés relationnelles.

Les données concernant la formation professionnelle sont présentées dans le tableau 2.3.

Tableau 2.3: Formation professionnelle

FORMATION	MAST+	MAST-	TOTAL	%	ODDS RATIO
non (homme/femme)	32 (19/13)	26 (16/11)	58	46	OR=1,3 IC:0,7-2,5
oui (homme/femme)	70 (57/13)	75 (60/15)	145	54	
-inachevée (homme/femme)	14 (10/4)	5 (4/1)	19	13	OR=3,5 IC:1,2-10,3
-achevée (homme/femme)	56 (47/9)	70 (57/13)	126	87	

La fréquence d'acquisition d'une formation professionnelle fut voisine dans les deux groupes. Par contre, la répartition selon le sexe montre que les hommes en ont bénéficié dans une plus grande proportion que les femmes; le rapport est de l'ordre de 3/4 des hommes et 1/2 des femmes.

Les alcooliques sont près de trois fois plus nombreux que les non-alcooliques à avoir eu une formation incomplète: l'Odds Ratio (OR) montre une forte association avec la présence d'un alcoolisme (OR=3,5). Ce rapport ne permet cependant pas d'inférer de la direction de cette association.

La situation socio-économique et professionnelle au moment du séjour hospitalier est caractérisée par quatre variables résumées dans le tableau 2.4.

Tableau 2.4: Situations socio-économique et professionnelle actuelles

SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE		MAST+ n=102	MAST- n=102	TOTAL N=204	% 100	ODDS RATIO
ACTIVITE PROFESSION- NELLE	sans emploi	39	20	59	29	OR* = 2,8 IC: 1,4-5,5
	avec emploi	39	56	95	47	
	retraités AVS	24	26	50	24	
PERIODES DE CHOMAGE**	oui	40	13	53	26	OR=4,5 IC: 2,2-9,1
	non	61	89	150	74	
MILIEU	pauvre/modeste	41	18	59	29	OR=3,1 IC: 1,6-5,9
	moyen à aisé	61	84	145	71	
RENTE AI	présente	35	19	54	26	OR=2,3 IC: 1,2-4,3
	absente	67	83	150	74	

* Le calcul de l'odds ratio porte sur les catégories "sans emploi" et "avec emploi" à l'exclusion des retraités AVS

** Une non-réponse dans le groupe MAST+

Considérant les patients en âge d'activité professionnelle, donc à l'exclusion des personnes bénéficiant de leur retraite AVS, la proportion de patients sans emploi est très élevée (29%). Cette proportion de sans-emploi était constituée en majorité par les patients alcooliques (2/3 d'alcooliques et 1/3 de non-alcooliques). Le rapport des patients sans emploi et avec emploi était de 1 contre 1 dans le groupe "alcooliques" et de 1 contre 3 dans le groupe "non-alcooliques". L'odds ratio obtenu (OR=2,8) est évocateur d'une association entre ce facteur et la présence d'un alcoolisme. Toutefois il est impossible de dire si l'alcoolisme a précédé ou suivi la situation de sans-emploi, et si l'un des facteurs a pu constituer une quelconque contribution étiologique pour l'autre.

Des périodes de chômage, durant la vie professionnelle, sont mentionnées par 26% des patients. Elles furent mentionnées trois

fois plus souvent par les patients alcooliques que par les non-alcooliques. On peut estimer que la relation entre chômage et alcoolisme est importante si l'on se réfère à la valeur de l'odds ratio (4,5).

Pour l'estimation du milieu socio-économique par les patients, le choix ne portait que sur deux catégories, à savoir: "pauvre à modeste" ou "moyen à aisé". Les alcooliques se sont déclarés deux fois plus souvent de milieu pauvre à modeste (40%) que les non-alcooliques (18%).

La proportion de rentes AI dans l'ensemble de la population étudiée s'est élevée à 26%. Les patients au bénéfice d'une rente de l'Assurance Invalidité furent près de deux fois plus nombreux parmi les alcooliques que chez les non-alcooliques. L'association AI-alcoolisme est manifeste avec un odds ratio à 2,3. Parmi les patients alcooliques avec une rente AI, neuf signalaient une restriction de rente en raison de leur alcoolisme.

Les résultats ci-dessus ont montré que les patients alcooliques de la population étudiée étaient dans une situation économique et professionnelle plus difficile que les non-alcooliques. Une association avec l'alcoolisme a été démontrée pour chaque facteur considéré. Le rôle de l'alcoolisme en tant que facteur de désinsertion sociale et professionnelle est bien connu (12,27) et l'on pourrait voir dans les résultats présentés ici une confirmation de la contribution des conduites alcooliques à la désinsertion. Cependant le contraire est aussi plausible, à savoir qu'une consommation excessive d'alcool pourrait être la conséquence du chômage et des difficultés financières. Ces deux aspects du rôle des conduites alcooliques dans la désinsertion socioprofessionnelle pourraient même être présents simultanément, et se renforcer l'un l'autre.

La première partie de ce travail a permis d'illustrer et de quantifier les particularités sociales, économiques et familiales d'une population de patients hospitalisés alcooliques par rapport à des patients non-alcooliques. Il ressort de ces résultats que les alcooliques ont eu plus souvent que les témoins un environnement "défavorable" dans l'enfance, et qu'ils ont eu, ou avaient encore, plus souvent que les non-alcooliques des

difficultés socioprofessionnelles, économiques, et probablement relationnelles dans leur vie adulte.

3.3 Destinations et perspectives de traitement de l'alcoolisme

Il est intéressant de se demander dans quelle mesure la distribution différente des facteurs environnementaux analysés dans les deux groupes de patients a des implications sur la destination des patients à la sortie de l'hôpital et sur les prises en charge proposées pour l'alcoolisme.

Pour tenter de répondre à cette question la suite du présent travail a porté sur le devenir de ces patients, c'est à dire qu'elle est leur destination à la sortie de l'hôpital, et qu'en est-il d'éventuelles propositions de traitement de l'alcoolisme? Afin de situer plus précisément ces aspects en tant qu'aboutissement de la démarche médicale, une analyse des performances diagnostiques relatives aux problèmes liés à l'alcool a été effectuée.

Performances diagnostiques

Pour avoir quelques données sur le nombre de patients identifiés comme alcooliques par les soignants, les résultats obtenus par le test de dépistage MAST ont été confrontés d'une part à l'avis du clinicien hospitalier quant à la présence ou non d'un alcoolisme chez son patient, et d'autre part aux diagnostics mentionnés dans les lettres de sortie.

Seule la moitié des patients alcooliques dépistés par le MAST (53%) ont reçu un diagnostic d'alcoololo-dépendance (ICD-9 303) ou d'abus d'alcool (ICD-9 305.0) dans les lettres de sortie. Si l'on considère la présence d'au moins un diagnostic, directement ou indirectement, lié à une consommation néfaste d'alcool (à savoir: alcoololo-dépendance, abus d'alcool, béri-béri, delirum tremens, syndrome de sevrage alcoolique, polyneuropathie alcoolique, stéatose hépatique alcoolique, hépatite alcoolique, cirrhose alcoolique, cardiomyopathie alcoolique, gastrite alcoolique (codés selon l'ICD-9)) la proportion de cas diagnostiqués s'est élevée à 72% . Cependant, un problème lié à l'alcool a été

reconnu chez 91 patients (89%) lorsque la question a été directement posée aux médecins hospitaliers concernés (tableau 3).

**Tableau 3: Avis du clinicien
quant à la présence d'un alcoolisme**

ALCOOLISME	MAST+	MAST-	TOTAL	%
présent (homme/femme)	91 (66/25)	8 (5/3)	99	49
absent (homme/femme)	11 (10/1)	94 (71/23)	105	51
TOTAL (homme/femme)	102 (76/26)	102 (76/26)	204	100

Si l'on compare les performances d'identification de l'alcoolisme compte tenu du sexe, on remarque que l'alcoolisme a été aussi souvent, sinon plus souvent, reconnu chez les femmes (95%) que chez les hommes (87%). Cela semble contredire l'opinion répandue selon laquelle les conduites alcooliques sont plus difficiles à mettre en évidence chez la femme que chez l'homme, en raison du fait qu'il s'agit d'une conduite le plus souvent solitaire, culpabilisée et cachée chez la femme (1).

Destination des patients à la sortie de l'hôpital

69% des patients alcooliques et 81% des patients non-alcooliques sont rentrés directement à domicile à la sortie de l'hôpital (tableau 4). Les femmes ont eu plus souvent que les hommes une autre destination que le domicile.

Les autres destinations que le domicile ont concerné plus souvent les alcooliques que les non-alcooliques. Les alcooliques furent plus nombreux à être transférés dans d'autres départements du CHUV ou d'autres hôpitaux, dans des établissements médico-sociaux, ou des établissements de convalescence; les chiffres sont cependant petits dans chaque catégorie, et il est difficile de se prononcer sur leur signification statistique. Six patients alcooliques furent transférés dans des centres de soins spécialisés ou en hôpital psychiatrique en raison de leur

alcoolisme (à l'exception d'un cas affecté d'un trouble psychiatrique sans lien avec l'alcoolisme). Le nombre de décès fut plus élevé chez les alcooliques que chez les non-alcooliques (3 vs 1).

Tableau 4: Destinations à la sortie de l'hôpital

DESTINATION	MAST+ n=102	MAST- n=102	TOTAL N=204	% 100
autre que domicile	33	19	52	25
domicile	69	83	152	75
		OR=2,1 IC:1,1-4		
DETAIL: AUTRE QUE DOMICILE				
autre service/ autre hôpital	10	8	18	35
établissements médico-sociaux	2	-	2	4
convalescence/ soin palliatif	11	8	19	37
centres spécialisés	2	-	2	4
hôpitaux psychiatriques*	4	2	6	12
décédé	3	1	4	8

* Les patients alcooliques de cette catégorie furent transférés en raison de leur alcoolisme, à l'exception d'un cas.

Il est difficile de commenter ces différences, d'une part en raison de notre ignorance de la sévérité des pathologies, et d'autre part du fait que les motifs de transfert pouvaient être indépendants d'affections liées à une consommation abusive d'alcool. Néanmoins, une relation entre ces différences et la présence d'un alcoolisme chez les patients de l'un des groupes semble plausible. En effet l'alcool peut être considéré comme un

facteur aggravant pour la plupart des troubles de la santé somatique, psychique ou sociale, pour peu que la consommation soit excessive et durable.

Prises en charge spécifiques

Le tableau 5 montre qu'une proposition de prise en charge spécifique pour des problèmes liés à l'abus chronique d'alcool n'a été faite qu'à la moitié des 102 patients alcooliques dépistés par le MAST.

Tableau 5: Propositions de prises en charge spécifiques faites aux 102 patients alcooliques (76 hommes et 26 femmes)

prise en charge (mutuellement exclusif) (homme/femme)	non-proposé 51 (43/8)	proposé: refusé 14 (8/6)	proposé: organisé 37 (25/12)	proposé: total 51 (33/18)
types de prise en charge*				
psychiatrique (h/f)	70 (57/13)	13 (7/6)	19 (12/7)	32 (19/13)
médecin traitant (h/f)	74 (60/14)	-- (-/-)	28 (16/12)	28 (16/12)
services sociaux (h/f)	81 (64/17)	1 (-/1)	20 (12/8)	21 (12/9)
justice de Paix (h/f)	93 (71/22)	-- (-/-)	9 (5/4)	9 (5/4)
disulfiram (h/f)	96 (72/24)	3 (3/-)	3 (1/2)	6 (4/2)

* non-mutuellement exclusifs

Il faut préciser que le résultat global ne tient compte que d'une proposition au moins, faite au patient; celui qui en avait reçu plusieurs n'a été pris en considération qu'une seule fois. Par contre, dans le détail des types de prise en charge, les patients ayant reçu plusieurs propositions furent chaque fois représentés dans la catégorie correspondante.

Des propositions de traitement de l'alcoolisme ont été faites plus souvent aux femmes qu'aux hommes (69% et 43% respectivement). Les femmes ont présenté un pourcentage de refus plus important (33%) que les hommes (24%). La proportion globale de refus fut de 27%; une prise en charge n'a donc été organisée effectivement que pour 36% des patients alcooliques dépistés par le MAST.

En observant le détail des types de prises en charge proposées on remarque que la proposition la plus souvent faite fut celle d'une prise en charge psychiatrique (31%), soit en institution (y compris les cliniques médicalisées spécialisées dans la prise en charge des patients alcooliques), soit dans le secteur privé. Deux autres propositions ont également été fréquentes: une prise en charge par le médecin-traitant (27%), et une prise en charge par les services sociaux (21%). Un traitement aversif fut rarement envisagé, il n'a été proposé qu'à six patients. La situation du patient a été signalée à la justice de paix pour neuf cas, parmi lesquels pouvaient se trouver des patients dont la situation avait déjà été signalée au moment de l'admission et pour qui les démarches furent simplement poursuivies.

L'acceptation des mesures proposées fut très variable selon le type de mesure considéré. On peut souligner que la proportion de refus fut élevée à l'égard du traitement aversif (50%) et des propositions de traitement psychiatrique (43%), alors qu'une prise en charge par les services sociaux ou par le médecin-traitant fut quasiment toujours acceptée et organisée. Il est probable qu'en ce qui concerne les situations annoncées à la justice, l'absence de refus signalés signifie simplement que, s'agissant d'une mesure coercitive, l'opposition du patient n'a pas été mentionnée, même si elle était présente.

Lorsqu'il y a eu proposition de prise en charge après le séjour hospitalier, il s'agissait le plus souvent d'une association de plusieurs propositions (tableau 5.1).

Tableau 5.1: Association des prises en charge

TRAITEMENT	psychiatrique	médecin- traitant	services sociaux	justice	disulfi- ram
unique	8	6	4	1	-
associé	24	22	17	8	6
TOTAL	32	28	21	9	6

La proportion de propositions uniques de traitement fut d'environ 1/4 pour les prises en charge les plus courantes (psychiatrique, médical ou social). Une situation signalée à la justice de paix, ou une proposition de traitement aversif fut toujours associée à l'une (ou plusieurs) des autres propositions possibles, à l'exception d'un cas. Le fait qu'il y ait association de prises en charge plutôt que proposition unique suggère que les cliniciens sont parfois conscients de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire de l'alcoolisme.

Afin d'observer si la proportion de prises en charge proposées fut influencée par la gravité des problèmes liés à l'alcool, et, le cas échéant, comment elle fut influencée, cette proportion a été représentée dans le tableau 6 en fonction de la sévérité des scores MAST. Il faut souligner que les catégories de scores furent constituées de manière arbitraire, la distribution très asymétrique n'autorisant pas une répartition par quartiles. Considérant la proportion de patients qui ont reçu au moins une proposition de prise en charge, quelle qu'elle soit, on constate que cette proportion fut plus élevée pour les scores les plus élevés du MAST. Une proposition a été faite à 39% des patients de la première catégorie (8 à 14 au MAST), et à 90% des patients de la dernière catégorie (plus de 25 au MAST). Dans les deux catégories intermédiaires les proportions furent du même ordre de grandeur, soit 44% et 42% .

Tableau 6: Variations des propositions de prise en charge en fonction du score MAST (résultats exprimés en % du total de chaque catégorie)

		SCORES MAST				TOTAL
		8-14 (n=44)	15-20 (27)	21-25 (12)	>25 (19)	N=102
PRISE EN CHARGE	non-proposée	61%	56%	58%	10%	50%
	proposée	39%	44%	42%	90%	50%
	-refusée	11%	15%	--%	12%	14%
	-organisée	28%	29%	42%	63%	36%
TYPE*						
psychia- trique	non-proposé	73%	78%	92%	32%	69%
	proposé	27%	22%	8%	68%	31%
médecin- traitant	non-proposé	82%	70%	67%	58%	73%
	proposé	18%	30%	33%	42%	27%
services sociaux	non-proposé	86%	85%	83%	53%	79%
	proposé	14%	15%	17%	47%	21%
justice de paix	non-proposé	91%	100%	92%	79%	91%
	proposé	9%	--%	8%	21%	9%
disulfiram	non-proposé	93%	24%	100%	100%	94%
	proposé	7%	3%	--%	--%	6%

* Les totaux des types de prise en charge ne tiennent pas compte de l'association possible de diverses prises en charge. Les patients recevant plusieurs propositions sont comptés chaque fois dans la catégorie correspondante

L'observation des prises en charge détaillées a montré la même tendance à des taux plus élevés de propositions pour les scores les plus élevés. Par exemple, 27% des patients de la première catégorie (scores 8 - 14) ont bénéficié d'une proposition de prise en charge psychiatrique, alors que 68% des patients de la dernière catégorie (score MAST >25) ont reçu la même proposition, autrement dit 2,5 fois plus. Brièvement, disons que le rapport du pourcentage des patients "avec proposition", entre les scores les plus extrêmes (8-14 d'une part et plus de 25 d'autre part), était de 2,3 à 3,3 fois plus en faveur de la catégorie de scores les plus élevés, et cela pour toutes les prises en charge, à l'exception du traitement aversif.

On peut résumer les résultats de la deuxième partie de ce travail en soulignant les points suivants: Une proportion importante de patients a été identifiée comme alcoolique lors du séjour hospitalier, sans que le diagnostic d'alcoolisme ait été mentionné dans les lettres de sortie. Les patients alcooliques étaient vraisemblablement dans une situation personnelle et/ou environnementale moins propice au retour direct à domicile en fin de séjour par rapport aux patients non-alcooliques. Une prise en charge spécifique du patient alcoolique n'est organisée que dans une faible proportion de cas, et plutôt pour des patients ayant des scores élevés au test de dépistage MAST.

4 DISCUSSION

En préambule aux commentaires qu'appellent ces résultats il est nécessaire de discuter des limites méthodologiques de cette étude.

4.1 Population

Le présent travail a porté sur une population de patients hospitalisés. Notre propos n'était pas de découvrir et analyser des relations éventuelles entre certains facteurs psychosociaux et la présence d'un alcoolisme dans la population générale. La prévalence de l'alcoolisme en milieu hospitalier étant élevée, il paraissait utile de chercher à mieux comprendre les caractéristiques psychosociales qui pourraient être particulières à une population de patients alcooliques hospitalisés, et leur implication éventuelle dans les suites de l'hospitalisation.

Au sujet de la population étudiée, il faut noter la présence du biais d'hospitalisation, ou biais de Berkson (4). Les deux cohortes ne furent pas constituées par une sélection aléatoire d'individus dans la population générale, mais par une sélection dans une population particulière de patients hospitalisés. Comme les facteurs psychosociaux étudiés ici peuvent être des déterminants de l'hospitalisation, cela peut aboutir à une

proportion systématiquement plus élevée de tels facteurs dans la population sélectionnée par rapport à la population générale, et peut-être aussi, selon les facteurs étudiés, chez les cas par rapport aux témoins. Par voie de conséquence il peut exister une distorsion systématique des odds ratio: les associations mises en évidence pourraient être sur-estimées, sous-estimées, ou même inexistantes dans un échantillon représentatif de la population. Il est donc impossible d'étendre à la population générale les résultats obtenus en présence d'un tel biais.

Dans le présent travail, une illustration de ce problème est apportée par le résultat obtenu pour les rentes AI: 26% de l'ensemble de la population étudiée était bénéficiaire d'une rente. Ce chiffre représente 7,4 fois la proportion de rentes dans la population générale. En effet, d'après un calcul basé sur les chiffres de l'Annuaire Statistique de la Suisse 1989 (31), les bénéficiaires, adultes, d'une rente AI (y compris rentes pour couples) représentaient en 1987 le 3,5% de la population résidante permanente en Suisse, pour la tranche d'âge permettant une comparaison avec la population d'étude, c'est à dire 20 à 64 ans (on trouve la même proportion pour 1988 (33)). La comparaison de chaque cohorte avec la population générale montre que la proportion de bénéficiaires d'une rente est 10 fois plus élevée dans le groupe "alcooliques" que dans la population générale, et, respectivement, 5 fois plus élevée dans le groupe "non-alcooliques". Pour le facteur rente AI l'odds ratio est donc sous-estimé par rapport à celui qu'on aurait obtenu avec des témoins sélectionnés dans la population générale.

Parmi les variables psychosociales étudiées ici on peut donc avoir certains déterminants de l'hospitalisation qui affectent systématiquement les deux groupes de la même manière, comme l'exemple de la rente AI sus-mentionné. Mais il est aussi plausible qu'il y ait certains déterminants affectant plus particulièrement, ou uniquement, les patients ayant un problème lié à l'alcool. Par exemple, on peut concevoir qu'un patient socialement isolé, sans soutien familial, ou sans travail (facteurs souvent associés à l'alcoolisme chronique), sera plus facilement hospitalisé qu'une personne ne réunissant pas ces caractéristiques, et ce, pour des maladies et des degrés de sévérité semblables.

4.2 Récolte et caractéristiques du matériel

Les données récoltées sont essentiellement d'ordre anamnestique et sont, par conséquent, d'une fiabilité discutable pour de nombreuses raisons: le souvenir des faits anciens, comme par exemple les évènements de l'enfance, peut être flou, imprécis ou déformé; certains faits pourraient être dissimulés ou déformés par pudeur, par crainte, ou en raison d'un sentiment de culpabilité. De plus, les alcooliques pourraient présenter deux caractéristiques particulières, à savoir: le déni, et la possibilité d'une atteinte des facultés intellectuelles consécutive à un abus chronique d'alcool. L'un et/ou l'autre de ces deux facteurs pourrait alors être une source d'erreur systématique particulière au groupe "alcooliques". En d'autres termes, les données pourraient être systématiquement altérées de manière différente chez les patients alcooliques, par rapport aux patients non-alcooliques.

Le problème de la validité des informations anamnestiques pour la recherche sur l'alcoolisme a donné lieu à de nombreuses études méthodologiques, et à plusieurs revues de la littérature sur le sujet (2,24,42). Il en ressort que, bien que la variété des procédures utilisées rende les comparaisons difficiles entre diverses études, les données anamnestiques tendent à être fiables compte tenu du soin apporté à l'élaboration des questionnaires et aux modalités d'enquête. Ce sont surtout les données portant sur les quantités d'alcool consommées qui semblent être peu fiables. Babor souligne par ailleurs que les alcooliques pourraient nier un usage néfaste de l'alcool, mais être tout à fait capables de donner des renseignements fiables sur les conséquences de leurs consommation d'alcool (2).

Il est possible qu'une erreur systématique "d'entrevue" ait influencé les résultats. La collecte des données fut en effet réalisée par une même personne qui a appliqué le test de dépistage, puis le questionnaire, successivement. L'enquêteur connaissait donc l'identité des patients des deux groupes au moment de la phase ultérieure de l'enquête concernant les diagnostics et les prises en charge. Comme de plus cette dernière phase consistait en un simple entretien avec le clinicien

concerné, et n'était donc pas structurée de la même manière dans chaque situation, une influence due à l'enquêteur ne peut pas être totalement écartée.

Une des unités du département de médecine interne du CHUV pourrait être plus sensibilisée aux problèmes liés à l'alcool, notamment en raison d'une autre recherche en cours sur la prise en charge hospitalière des patients alcooliques. Il est possible que cette situation ait exercé une influence sur les propositions de traitement à la sortie.

4.3 Limites des méthodes d'analyse

Le choix d'analyser nos données par des tableaux croisés et le calcul d'odds ratio (rapports de cote) fut motivé par les objectifs de l'étude, à savoir une description et une comparaison de deux groupes de patients d'une population hospitalière, en relation avec l'alcoolisme et le contexte psychosocial.

L'odds ratio, dans le contexte de ce travail, doit être compris uniquement comme un indice de la force d'une association; il est utilisé comme un indice de comparaison entre les deux groupes (13). Ce rapport permet une mesure quantitative de l'association; il n'est pas, ici, un estimateur d'un éventuel risque relatif. Notre objectif n'est pas de montrer une relation de causalité entre facteurs psychosociaux et alcoolisme. Les associations décrites sont donc à considérer comme des relations sans direction, dont l'intensité est estimée par la valeur de l'odds ratio. La notion d'association "*sans direction*" est utilisée pour signifier que de deux facteurs mis en relation, le premier ne dépend pas forcément du second et inversement. Par exemple, si la fréquence des périodes de chômage est plus élevée chez les alcooliques que chez les non-alcooliques, avec une valeur statistiquement significative de l'odds ratio, on ne peut pas conclure que l'alcoolisme est la cause du chômage, ni le contraire, que le chômage est la cause de l'alcoolisme.

4.4 Discussion des résultats

Contexte familial et social

La première partie de l'étude a analysé les caractéristiques psychosociales passées et actuelles des patients hospitalisés qui constituèrent la population étudiée.

La présence de circonstances défavorables durant l'enfance fut mentionnée plus souvent par les patients alcooliques que par les témoins. Une association de certaines variables du contexte familial dans l'enfance avec la présence d'un alcoolisme à l'âge adulte a été mise en évidence. Il s'agissait notamment de l'alcoolisme parental et de l'enfance loin de la famille biologique, facteurs qui pourraient d'ailleurs dépendre l'un de l'autre. De nombreuses publications rapportent l'influence que pourrait avoir une histoire familiale d'alcoolisme sur le développement d'un alcoolisme, de troubles mentaux, ou de troubles du comportement chez les enfants et les adolescents (7,15,23,34,35,36,37,39,45). Malgré les nombreuses sources de biais dans ce type de recherche, et l'impossibilité parfois d'établir des comparaisons fiables, une certaine concordance apparaît dans les résultats (16). Il ressort des travaux susmentionnés et de la revue internationale de la littérature sur le sujet par Plant (37), que l'alcoolisme parental augmente les risques de perturbation de la santé chez les enfants et les adolescents. Ces perturbations englobent des troubles du développement, des troubles psychologiques, et des troubles comportementaux, ainsi que des problèmes causés par l'usage de substances psychoactives.

Les patients alcooliques ont aussi mentionné plus souvent que les témoins des circonstances difficiles dans le contexte psychosocial actuel.

Les patients alcooliques étaient plus souvent célibataires que les non-alcooliques. Quant à savoir s'il s'agissait de vivre seul, ce facteur n'a pas été spécifiquement recherché, mais une récente étude suisse a montré que les patients alcooliques hospitalisés vivaient 1,6 fois plus fréquemment seuls que les non-alcooliques (44).

La proportion de divorcés fut quatre fois plus élevée chez les alcooliques que dans le groupe "témoin". Or si l'on se réfère aux chiffres de l'Annuaire statistique de la Suisse 1989 (31), les divorcés représentaient, en 1987, 5% à 6% de la population âgée de plus de 19 ans; ce chiffre est semblable à celui qui fut obtenu dans le groupe "non-alcooliques" de la présente étude (7%). Ce résultat suggère l'hypothèse que l'alcoolisme intervient, en tant que cause ou conséquence, dans un grand nombre d'échecs conjugaux.

Concernant la formation professionnelle, les alcooliques sont moins nombreux que les non-alcooliques à avoir pu en bénéficier, et surtout à l'avoir terminée. Une explication pourrait être que les alcooliques furent plus fréquemment confrontés à des difficultés dans leur enfance (milieu pauvre, conflit et/ou alcoolisme des parents, enfance hors du milieu familial), et que de telles difficultés peuvent être un obstacle à l'accomplissement d'une formation.

Quant à la situation socioprofessionnelle, on a constaté une proportion très élevée de patients sans emploi. Il s'agit certainement d'une sur-estimation due au biais de l'hospitalisation. En effet, la catégorie "sans-emploi" fut surtout constituée de patients recevant une rente de L'Assurance Invalidité, or la proportion de bénéficiaires de rentes AI est nettement sur-estimée dans l'ensemble de la population étudiée. Cela étant, la présence de rentes AI et de périodes de chômage est plus souvent mentionnée par les patients alcooliques que par les patients non-alcooliques et une association entre ces variables et la présence de l'alcoolisme a été mise en évidence. Deux études récentes effectuées en Suisse vont dans le même sens puisqu'elles rapportent le rôle de l'alcoolisme dans l'absentéisme au travail et dans la fréquence des accidents de travail (Etudes de Mühlemann et de Wüthrich citées dans "Rapports de la Conférence Suisse "L'alcoolisme dans l'entreprise" " (27)). Il est possible que d'autres caractéristiques psychosociales, parmi celles qui furent analysées, soient systématiquement "sur-représentées" dans la population étudiée, ou dans l'une des cohortes, en raison du biais de sélection déjà évoqué. Des circonstances sociales difficiles, telles que veuvage, divorce, revenus précaires ou modestes, chômage, pourraient faciliter

l'hospitalisation. Les résultats du présent travail montrent néanmoins que de telles caractéristiques, peut-être plus souvent représentées dans une population hospitalière, sont en tout cas plus souvent représentées chez des patients alcooliques que chez des patients non-alcooliques.

En résumé, l'analyse du contexte familial dans l'enfance, et de la situation familiale et socioprofessionnelle actuelle, a mis en évidence que la présence de circonstances difficiles était beaucoup plus fréquente pour les patients alcooliques hospitalisés, que pour les patients non-alcooliques. Ces particularités du groupe de patients alcooliques doivent être prises en considération pour plusieurs raisons. D'une part, elles peuvent être les déterminants d'une sélection de la population hospitalière, dans le sens de favoriser des hospitalisations multiples, ou de prolonger les séjours hospitaliers de patients qui présenteraient une ou plusieurs de ces caractéristiques. D'autre part, elles ont des implications quant aux perspectives de traitement de l'alcoolisme. Comme le montre l'étude de Becker, le contexte psychosocial du patient alcoolique conditionne dans une certaine mesure l'issue thérapeutique; plus la situation sociale est "défavorisée", plus le risque de rechutes alcooliques est élevé (3). Autrement dit, avoir un emploi, une source de revenu suffisante, un entourage relationnel stable, sont des éléments déterminants pour une évolution favorable du traitement (dont l'objectif est en général l'abstinence prolongée ou définitive). On pourrait de plus émettre l'hypothèse que des conditions familiales, sociales, ou financières difficiles peuvent être autant d'obstacles à la réalisation d'une prise en charge prescrite et acceptée. Ce pourrait être le cas notamment pour des traitements non reconnus des caisses maladies, ou bien lors de restriction des prestations d'assurance en raison de l'alcoolisme (12).

Destinations et propositions de prises en charge

Avant d'aborder la discussion des résultats obtenus sur les diverses destinations des patients et sur les propositions de prises en charge, il est nécessaire de commenter brièvement les

performances diagnostiques relatives à l'alcoolisme et aux maladies associées.

Les résultats du présent travail concordent avec ceux de plusieurs études déjà citées pour ce qui est de la sous-estimation de la prévalence de l'alcoolisme en milieu hospitalier. En effet, le diagnostic d'abus d'alcool ou de syndrome de dépendance alcoolique ne figurait que dans la moitié des lettres de sortie des patients alcooliques dépistés par le MAST. Pourtant un problème lié à l'alcool fut identifié par le clinicien dans 89% des cas. Il est vraisemblable qu'une telle situation (alcoolisme officieusement identifié mais officiellement ignoré) ait des implications importantes quant aux propositions de prise en charge faites pour la suite du séjour hospitalier. Moore a montré dans son étude sur la prévalence, le dépistage, et le traitement de l'alcoolisme chez des patients hospitalisés, que le taux d'identification de l'alcoolisme était faible (25% - 50%), de même que la proportion de traitements institués pour les patients identifiés comme alcooliques par le médecin (26). Cette proportion se situait entre 50% et 75% dans les services de médecine interne et de neurologie. Or les résultats de l'étude de Moore suggèrent que même une intervention minimale du médecin (par exemple recommandation d'abstinence) peut avoir un impact positif sur la motivation du patient à un traitement.

Après avoir tenté de situer brièvement l'importance des performances diagnostiques dans une perspective thérapeutique, on peut émettre certaines observations sur la destination des patients à la sortie de l'hôpital et sur les prises en charges envisagées.

Les patients alcooliques sont transférés plus souvent que les non-alcooliques dans d'autres services ou hôpitaux. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à une telle situation. Un réseau familial et social peu développé ou inexistant, souvent associé à la présence d'un alcoolisme, peut être un obstacle au retour à domicile du patient, qui serait alors transféré dans des établissements médico-sociaux ou de convalescence. Un autre facteur plausible serait que les patients alcooliques ont

nécessité des soins prolongés en raison d'un état de santé plus gravement perturbé que les non-alcooliques, l'alcool étant alors éventuellement un facteur aggravant de la maladie.

Les prises en charge spécifiques de l'alcoolisme proposées en fin de séjour furent essentiellement de trois types: psychiatrique, médical et social. L'acceptation par les patients est bonne lorsqu'il s'agit d'une aide médicale ou sociale. Par contre, le traitement psychiatrique se heurte à un pourcentage élevé de refus. La psychiatrie est peut-être encore trop entachée de connotations négatives et honteuses dans l'opinion publique (8). Les gens réagissent comme si la psychiatrie ne s'adressait qu'aux "fous", ou aux ivrognes invétérés. Le terme "alcoolisme" porte d'ailleurs aussi une connotation péjorative qui pourrait compromettre le diagnostic et le traitement (8,10,12).

Les femmes reçoivent plus souvent une proposition de prise en charge que les hommes. Il est probable que certaines normes culturelles interviennent dans l'attitude des soignants face à l'alcoolisme féminin. Une consommation abusive d'alcool par la femme serait vraiment considéré comme une maladie, qui appelle par conséquent un traitement. Par contre la tolérance sociale à l'égard de l'homme "grand buveur" est très forte, la capacité à supporter de grandes quantités d'alcool est même valorisée parfois en tant que caractéristique "virile" (20,27). L'ivresse masculine est plutôt bien tolérée dans notre société, contrairement à l'ivresse féminine. L'alcoolisme masculin ne serait alors considéré comme une maladie qu'au moment de l'apparition de séquelles plus ou moins sévères et "dérangeantes" telles que des troubles de la personnalité ou du comportement. Plus précisément, les séquelles physiques d'abus d'alcool sont reconnues et traitées comme des maladies "primaires", et l'alcoolisme n'est pas pris en considération. Ce n'est qu'à l'apparition de troubles du fonctionnement social que le lien avec l'alcoolisme est fait et qu'une pression familiale et sociale (patrons, police) s'exerce en faveur d'une prise en charge spécifique. Le "Rapport sur les problèmes liés à l'alcool" publié en 1989 par l'Office fédéral de la santé publique souligne aussi cette attitude culturelle: "Dans notre société, l'alcoolisme devient problématique non pas chez un sujet dont la

santé physique ou psychique est menacée, mais chez celui qui ne remplit plus ses obligations sociales."(32).

Pour apporter des éléments de réponse à la question de savoir si les propositions de traitement avaient un rapport avec la sévérité de l'alcoolisme, la relation entre la fréquence des prises en charge proposées et les scores obtenus au MAST a été étudiée. Si l'on admet que le score de ce test de dépistage peut être un estimateur de la sévérité des problèmes somatiques et psychosociaux consécutifs à l'abus d'alcool, on pourrait alors conclure des résultats obtenus qu'un traitement est proposé surtout aux alcooliques les plus gravement atteints. Cet aspect est à mettre en relation avec le problème, déjà évoqué, du diagnostic trop tardif de l'alcoolisme, lequel n'est posé qu'à l'apparition de troubles somatiques, psychiques ou sociaux graves. Or, si l'on accepte le concept d'"alcoolisme-maladie", avec l'implication de chronicité qu'il comporte, on peut alors s'attendre, idéalement, à des mesures de dépistage et de traitement aussi précoces que possible afin d'offrir les meilleures chances de succès thérapeutique. La présente étude, comme beaucoup d'autres recherches déjà citées (5,6,10,17,26), montre que la situation est bien différente de cet idéal.

Quelques hypothèses peuvent apporter des éléments de réflexion sur le pourquoi d'une telle situation:

- Plusieurs auteurs ont montré que certaines normes culturelles et certaines croyances répandues au sujet de l'alcoolisme jouaient un rôle déterminant dans l'évolution des conduites alcooliques (8,10,18,25). Nous sommes dans un pays à longue tradition viticole, dans lequel la consommation d'alcool accompagne de nombreux actes de la vie quotidienne, et dans lequel l'accès aux boissons alcoolisées est très facile (32). Notre société est très tolérante à l'égard des consommateurs d'alcool, et l'existence d'une certaine pression sociale en faveur de la consommation de boissons alcoolisées est probable. L'une des implications d'un tel contexte culturel serait de retarder l'identification des problèmes liés à une consommation abusive d'alcool, aussi bien par la personne concernée que par l'entourage et par les professionnels de la santé.

- Des difficultés de communication et de relation entre le médecin et le patient alcoolique sont possibles et peuvent compromettre les perspectives diagnostiques et thérapeutiques. La tendance du patient alcoolique à dissimuler ou à nier une consommation excessive et les troubles qui en résultent, est l'une des sources de difficultés relationnelles avec le médecin. Une autre source réside dans le fait que les expériences personnelles du clinicien dans la prise en charge du patient alcoolique sont souvent négatives (déni du patient, refus de traitement, non-compliance, rechutes fréquentes)(10,12,21). De telles difficultés peuvent être mieux comprises à la lumière des résultats discutés ici; ils montrent, comme les résultats d'autres recherches, que l'intervention médicale survient en général tardivement dans l'évolution de la maladie, au moment où le pronostic est déjà gravement compromis.

- Il existe peut-être une tendance à banaliser l'alcoolisme de la part des soignants. Les attitudes ou conduites alcooliques, bien que parfois suspectées comme le montre le présent travail, ne sont pas systématiquement investiguées (5,17,26), ni systématiquement traitées (6,26). La consommation abusive d'alcool serait considérée comme une caractéristique parmi d'autres de la personne et non comme une conduite dangereuse pour la santé, une pathologie sur laquelle on peut et doit agir (6,10,25).

- Les médecins peuvent être confrontés à la difficulté de faire et assumer le diagnostic d'une maladie telle que l'alcoolisme sans savoir ou pouvoir la traiter (21,25). Ils pourraient se sentir impuissants en raison d'un manque de connaissances sur les modalités de prise en charge du patient alcoolique, ou en raison d'un manque d'informations sur les structures de soins existantes. Un grand nombre d'auteurs soulignent que l'amélioration de la formation des soignants, et l'amélioration de la diffusion d'informations adéquates quant aux moyens thérapeutiques existants, peuvent permettre de remédier à de telles difficultés (5,10,17,21,25).

- Une autre hypothèse à retenir ici pourrait être que le patient hospitalisé n'est généralement pas suivi à long terme par le

médecin hospitalier; ce dernier pourrait ressentir une problématique alcoolique, dont le traitement dure souvent des années, comme étant plutôt du ressort du médecin traitant ambulatoire. Néanmoins, le médecin hospitalier ne signale un diagnostic d'alcoolisme au médecin traitant ambulatoire que dans une faible proportion de cas.

- Finalement, l'attitude personnelle des soignants en regard du problème alcool, compte tenu de leur vécu individuel et familial, peut avoir un impact non négligeable sur les performances diagnostiques et thérapeutiques.

D'autres facteurs, d'ordre psychologique, biologique, ethnique et culturel, ont des implications probables dans la problématique de l'alcoolisme (7,8,18,19). Les quelques hypothèses évoquées ci-dessus ne cernent évidemment pas toute la complexité d'un sujet tel que l'alcoolisme, mais elles peuvent apporter des éléments de compréhension utiles dans une perspective de prévention et de traitement.

5 CONCLUSIONS

Le présent travail a montré que les alcooliques en milieu hospitalier constituent une population aux caractéristiques particulières:

La situation familiale et sociale des patients alcooliques présente plus de caractéristiques "défavorables" comparativement à celle des patients non-alcooliques. Il est vraisemblable qu'il existe une relation entre ces caractéristiques et les différences observées dans les deux cohortes quant à la destination à la sortie de l'hôpital. De même, une relation est plausible entre ces facteurs psychosociaux défavorables dans le groupe "alcooliques" et la faible proportion de prises en charge organisées pour le problème spécifique de l'alcool.

Les différences de destination observées entre les deux cohortes appellent une précision. Elles pourraient en effet dépendre en partie de la sévérité de l'état clinique du patient, qu'il est difficile de mesurer précisément. La présente étude ne comporte malheureusement aucune information à ce sujet.

On a pu remarquer que des conduites alcooliques dommageables pour la santé, même si elles sont identifiées par les médecins hospitaliers, ne sont pas pour autant prises en considération dans les conclusions diagnostiques des lettres de sortie. Le corollaire de cette situation est que la proportion de prises en charges spécifiques proposées pour le problème de l'alcoolisme est faible. Ces résultats peuvent suggérer que l'alcoolisme n'est pas reconnu par les cliniciens en tant que "maladie".

Il est vrai que la variété des troubles causés par l'abus durable d'alcool rend difficile la démarche diagnostique et thérapeutique, notamment parce que ces troubles dépassent souvent la sphère strictement médicale. De plus, un autre élément pourrait renforcer les difficultés à diagnostiquer et traiter l'alcoolisme; il réside dans la croyance que les chances de succès thérapeutique, à savoir une abstinence définitive, sont très faibles. Adès cite par exemple les travaux de Vaillant et Milofsky, dont les résultats suggèrent que l'évolution vers l'abstinence n'est pas corrélée aux thérapeutiques spécifiques de l'alcoolisme (1). Cependant, la très grande variabilité dans le temps des conduites alcooliques, telle qu'elle ressort de ces travaux, montre bien que l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool n'impliquent pas un processus irréversible. Adès souligne encore que "l'évolution de l'alcoolisme est longtemps ouverte... aux possibilités de changements que les entreprises thérapeutiques, évènements vitaux parmi d'autres dans la trajectoire de l'alcoolique, peuvent susciter, accompagner ou maintenir."(1).

Les résultats de la présente étude montrent que les mesures thérapeutiques proposées semblent peu diversifiées; elles sont surtout de type médical, somatique ou psychiatrique. Pourtant les conséquences de l'alcoolisme ont de lourdes implications familiales et sociales qui devraient être prises en considération dans la démarche thérapeutique. On peut se demander s'il existe suffisamment de structures spécialisées, pluridisciplinaires, permettant une prise en charge globale du patient alcoolique, et si celles qui existent sont suffisamment connues du corps médical. Une mesure aussi simple que la proposition d'une prise de contact avec des associations d'abstinents ou des groupes

d'entraide tels que les Alcooliques Anonymes, la Croix Bleue, ou les Fondations contre l'alcoolisme, peut avoir un impact positif. Plusieurs enquêtes américaines montrent que ce type d'aide est efficace pour certaines catégories de patients alcooliques, et que l'opinion publique y est favorable, du moins aux Etats-Unis (8,45). Une des tâches minimales du médecin serait d'informer l'alcoolique de l'existence de tels groupes et de ce qu'ils peuvent apporter.

En conclusion, il serait souhaitable que les soignants hospitaliers soient sensibilisés aux larges répercussions des conduites alcooliques, non seulement sur la santé physique et mentale des patients, mais aussi sur la santé sociale et sur l'environnement familial. Un évènement tel que l'hospitalisation pourrait en effet être propice à une identification des problèmes liés à l'abus d'alcool, puis à une information donnée aux patients ainsi identifiés sur l'alcoolisme et son pronostic. De telles mesures peuvent avoir un impact positif sur la motivation du patient alcoolique à commencer un traitement, et sur sa compliance (26). Plusieurs études montrent qu'une identification et une prise en charge précoces du patient alcoolique sont réalisables (6,11,26,45), et que l'évolution vers l'abstinence est d'autant plus probable que la situation familiale et socioprofessionnelle est stable (3,30,45); ce qui n'est souvent plus le cas après une longue évolution de l'alcoolisme.

Il va de soi que la prise en charge d'un patient alcoolique est complexe et dure des années si l'objectif thérapeutique consiste à maintenir une abstinence prolongée ou définitive. Un tel objectif dépasse les institutions hospitalières et le traitement strictement médical. Une meilleure collaboration entre les structures spécialisées existantes, les associations d'abstinents, les services sociaux, les praticiens généralistes, internistes ou psychiatres, favoriserait la coordination nécessaire à la prise en charge globale du patient alcoolique. L'hospitalisation pourrait être l'un des moments possibles pour favoriser ou permettre une telle coordination.

Bibliographie

1. Adès J.:
Les conduites alcooliques. Encyclopédie Médico-Chirurgicale
(Paris) 1984;7:1-16, 1-24.
2. Babor TF, et al.:
Verbal Report Methods in Clinical Research on Alcoholism:
Response Bias and its Minimization. J Stud Alcohol 1987;48:
410-424.
3. Becker K, et al.:
Soziales Umfeld von Alkoholikern bei Klinikentlassung und
sein Einfluss auf den Behandlungserfolg. Psychiatr Prax
1986;13:121-127.
4. Berkson J.:
Limitations of the Application of Fourfold Table Analysis to
Hospital Data. Biometrics Bull 1946;2:47-53.
5. Brown RL, et al.:
Diagnosis of Alcoholism in a Simulated Patient Encounter by
Primary Care Physicians. J Fam Pract 1987;25:259-264.
6. Bush B, et al.:
Screening for Alcohol Abuse Using the CAGE Questionnaire.
Am J Med 1987;82:231-235.
7. Cadoret RJ, et al.:
Genetic and Environmental Factors in Alcohol Abuse and
Antisocial Personality. J Stud Alcohol 1987;48:1-8.
8. Caetano R.:
Public Opinions about Alcoholism and its Treatment. J Stud
Alcohol 1987;48:153-160.
9. Chick J, et al.:
Counselling Problem Drinkers in Medical Wards: A Controlled
Study. Br Med J 1985;290:965-967.

10. Clark WD, et al.:
Alcoholism: Blocks to Diagnosis and Treatment. Am J Med
1981; 71:275-286.
11. Cyr MG, et al.:
The Effectiveness of Routine Screening Questions in the
Detection of Alcoholism. JAMA 1988;259:51-54.
12. Ernst C.:
Abus d'alcool et alcoolisme. Berne:Office fédéral de la
santé publique, 1989.
13. Feinstein AR.:
Clinical Biostatistics LI. Quantitative Significance and
Statistical Indexes for a Contrast of Two Groups. Clin
Pharmacol Ther 1980;27:567-578.
14. Feinstein AR.:
Clinical Epidemiology. The Architecture of Clinical
Research. Philadelphia: WB Saunders Company, 1985.
15. Glenn SW, et al.:
Alcohol Abuse and Familial Alcoholism: Psychosocial
Correlates in Men and Women. J Stud Alcohol 1989;50:
116-127.
16. Goodwin DW.:
Family Studies of Alcoholism. J Stud Alcohol 1981;42:
156-162.
17. Gordon JJ, et al.:
Interns' Identification of Patients' Health Risks in a
Casualty Department. Med J Aust 1988;148:615-619.
18. Harford TC, et al.:
Psychosocial Factors in Adolescent Drinking Contexts. J Stud
Alcohol 1987;48:551-557.
19. Heien D, et al.:
Stress, Ethnic and Distribution Factors in a Dichotomus
Response Model of Alcohol Abuse. J Stud Alcohol 1987;48:
450-455.

20. Jenni D.:
Problématique de l'information du grand public sur l'alcool et l'alcoolisme. *Toxicomanies* 1976;9:255-262.
21. Johnson B, et al.:
Alcoholism: A Challenging Physician-Patient Encounter. *J Gen Intern Med* 1989;4:445-452.
22. Lefkowitz P, et al.:
The Prevalence of Alcoholism in Acute Care General Hospital Patients. *Mt Sinai J Med (NY)* 1985;52:291-296.
23. McCord J.:
Identifying Developmental Paradigms Leading to Alcoholism. *J Stud Alcohol* 1988;49:357-362.
24. Midanik L.:
The Validity of Self-Reported Alcohol Consumption and Alcohol Problems: A Literature Review. *Br J Addict* 1982;77:357-382.
25. Milhorn HT, et al.:
The Diagnosis of Alcoholism. *Am Fam Physician* 1988;37:175-183.
26. Moore RD, et al.:
Prevalence, Detection, and Treatment of alcoholism in Hospitalized Patients. *JAMA* 1989;261:403-407.
27. Mühlemann R, et al.:
Alcoolisme dans l'entreprise. Prévention et traitement. Rapports de la Conférence suisse "L'alcoolisme dans l'entreprise", octobre 1980, Bâle. Berne: Commission fédérale contre l'alcoolisme; Lausanne: Institut suisse de prophylaxie de l'alcoolisme, s.d.
28. Muster E.:
Données sur l'alcool et les drogues en Suisse 1989. Lausanne: Institut suisse de prophylaxie de l'alcoolisme, 1989.

29. Niquille M, et al.:
Utilization of Hospital Resources by Alcoholic and Non-Alcoholic Patients: a Prospective Study. J Gen Intern Med: (in press).
30. Noel NE, et al.:
Predictors of Attrition from an Outpatient Alcoholism Treatment Program for Couples. J Stud Alcohol 1987;48: 229-235.
31. Office fédéral de la statistique.:
Annuaire statistique de la Suisse 1989. Zurich:Neue Zuercher Zeitung, 1989.
32. Office fédéral de la santé publique.:
Rapport sur les problèmes liés à l'alcool. Berne: Office fédéral de la santé publique, 1989.
33. Office fédéral de la statistique.:
Annuaire statistique de la Suisse 1990. Zurich:Neue Zuercher Zeitung, 1990.
34. Pandina RJ, et al.:
Familial Drinking History as a Predictor of Alcohol and Drug Consumption among Adolescent Children. J Stud Alcohol 1989; 50:245-253.
35. Parker DA, et al.:
Alcohol-Related Problems, Marital Disruption and Depressive Symptoms among Adults Children of Alcohol Abusers in the United States. J Stud Alcohol 1988;49:306-313.
36. Penick EC, et al.:
A Comparative Study of Familial Alcoholism. J Stud Alcohol 1987;48:136-146.
37. Plant MA, et al.:
The Effects on Children and Adolescents of Parents' Excessive Drinking: An International Review. Public Health Rep 1989; 104:433-442.

38. Rodriguez ME, et al.:
Alcoholism Among Inpatients in a General Hospital in Barcelona, Spain. *Int J Addict* 1988;23:29-46.
39. Roosa MW, et al.:
The Children of Alcoholics Life-Events Schedule: A Stress Scale for Children of Alcohol-Abusing Parents. *J Stud Alcohol* 1988;49:422-429.
40. Selzer ML.:
The Michigan Alcoholism Screening Test: The Quest for a New Diagnostic Instrument. *Am J Psychiatry* 1971;127:1653-1658.
41. Singh J, et al.:
Evaluation of Effectiveness of Aftercare in Alcoholism Treatment. *N Z Med J* 1987;10:596-598.
42. Stretcher VJ, et al.:
Using Patients' Descriptions of Alcohol Consumption, Diet, Medication Compliance, and Cigarette Smoking: The Validity of Self-reports in Research and Practice. *J Gen Intern Med* 1989;4:160-165.
43. Trisconi Y.:
Etude de validation du "Michigan Alcoholism Screening Test" (MAST) en langue française; Thèse Med Lausanne, 1988.
44. Trisconi Y, et al.:
Caractéristiques médico-sociales des patients alcooliques hospitalisés dans deux services de médecine interne d'hôpitaux de Suisse romande. *Schweiz Med Wochenschr* 1989; 119:1907-1912.
45. Vaillant GE.:
The Natural History of Alcoholism. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1983.
46. Wallen J, et al.:
Alcoholism Treatment in General Hospitals. *J Stud Alcohol* 1989;50:301-305.

ANNEXE 1.

Questionnaire anamnestique

Ces questions ne constituent qu'une partie du questionnaire global administré à chaque patient de l'étude de Niquille et al. Les questions qui concernaient des variables n'ayant pas été analysées dans le présent travail ne sont pas reproduites.

I. Renseignements récoltés auprès du patient.

Enfance dans le milieu familial:

1: oui / 2: non / 3: refus de répondre ou ne sait pas

Nombre de parents présents pendant l'enfance:

0 / 1 / 2

Nombre de frères et soeurs (y compris demi):.....

Milieu social estimé des parents biologiques:

1: pauvre à modeste / 2: moyen à aisé / 3: refus/ne sait pas

Conflit parental durant l'enfance:

1: oui / 2: non / 3: refus/ne sait pas

-- Lequel: 1: séparation / 2: divorce / 3: bagarres

Alcoolisme parental:

1: oui / 2: non / 3: refus/ne sait pas

-- De qui: 1: père / 2: mère / 3: A: les deux

B: refus/ne sait pas

Age au départ du domicile parental:.....

Formation professionnelle:

1: oui / 2: non / 3: refus/ne sait pas

-- Formation complète: 1: oui / 2: non / 3: refus/ne sait pas

Profession apprise:.....

Profession exercée actuellement:.....

Antécédents de chômage pendant la période d'activité professionnelle:

1: oui / 2: non / 3: refus/ne sait pas

-- Durée totale (en mois).....

Rente AI:

1: oui / 2: non / 3: refus/ne sait pas

-- % de rente: 1: oui / 2: non / 3: refus/ne sait pas

-- Restriction pour l'alcool: 1: oui/2: non/3: refus/ne sait pas

Milieu familial actuel estimé:

1: pauvre à modeste / 2: moyen à aisé / 3: refus/ne sait pas

Etat civil actuel:

1: marié / 2: veuf / 3: séparé / 4: divorcé / 5: célibataire

II. Renseignements récoltés dans les dossiers médicaux

Diagnostiques retenus en fin de séjour (codes OMS):

Durée du séjour (jours):.....

Destination des patients à la sortie:

1: décédé

2: transfert dans d'autres services ou d'autres hôpitaux

3: transfert en hôpital psychiatrique ou en centres médicaux spécialisés équivalents

4: centres de prise en charge spécialisés, non-médicalisés

5: Etablissement Médico-Social

6: établissements de convalescence ou de soins palliatifs, peu médicalisés

7: domicile

Prises en charge des patients alcooliques:

--Psychiatrique: 1: non-proposé

2: proposé mais refusé

3: proposé et organisé, en institution

4: proposé et organisé, en privé ou institutions ambulatoires

--Médecin-traitant: 1: non-proposé
2: proposé mais refusé
3: proposé et organisé

--Services sociaux: 1: non-proposé
2: proposé mais refusé
3: proposé et organisé

--Disulfiram: 1: non-proposé
2: proposé mais refusé
3: proposé et organisé

--Justice de Paix: 1: non-proposé
2: proposé mais refusé
3: proposé et organisé

ANNEXE 2.

Version française du Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

		oui =	non =
1.	Pensez-vous que vous consommez de l'alcool en quantité normale, voire même inférieure à la normale ?	0	2
2.	Après une soirée bien arrosée, vous êtes-vous déjà réveillé en constatant que vous aviez oublié une partie de la soirée ?	2	0
3.	Vos proches vous ont-ils déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	1	0
4.	Pouvez-vous arrêter de boire après 1 ou 2 verres sans difficulté ?	0	2
5.	Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?	1	0
6.	Est-ce que vos amis ou vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ?	0	2
7.	Avez-vous déjà essayé de limiter votre consommation d'alcool à certains moments de la journée et dans certains endroits ?	0	0
8.	Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool dès que vous le voulez ?	0	2
9.	Avez-vous déjà assisté à une réunion des Alcooliques Anonymes, en raison d'un problème lié à votre consommation d'alcool ?	5	0
10.	Vous êtes-vous déjà battu alors que vous consommiez de l'alcool ?	1	0
11.	Est-ce que l'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint (e) ?	2	0
12.	Est-ce que vos proches ont déjà demandé de l'aide ou des conseils à autrui au sujet de votre consommation d'alcool ?	2	0
13.	Avez-vous déjà perdu des amis ou une relation sentimentale en raison de votre consommation d'alcool ?	2	0
14.	Avez-vous déjà eu des problèmes professionnels en raison de votre consommation d'alcool ?	2	0

15.	Avez-vous déjà perdu votre place de travail en raison de votre consommation d'alcool ?	2	0
16.	Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail pendant 2 jours de suite ou plus en raison de votre consommation d'alcool ?	2	0
17.	Avez-vous déjà bu de l'alcool avant midi ?	1	0
18.	A-t-on déjà diagnostiqué chez vous une maladie du foie ou une cirrhose ?	2	0
19.	Avez-vous déjà souffert d'un delirium tremens, de tremblements importants, entendu des voix ou vu des choses qui ont disparu après avoir bu de l'alcool ?	2	0
20.	Avez-vous déjà demandé de l'aide ou des conseils à autrui au sujet de vos habitudes alcooliques ?	5	0
21.	Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?	5	0
22.	Avez-vous déjà été hospitalisé dans un hôpital psychiatrique en raison de l'alcool ou d'un problème lié à l'alcool ?	2	0
23.	Avez-vous déjà consulté un psychiatre, un médecin, une assistante sociale, un pasteur ou un prêtre en raison d'un problème émotionnel lié à l'alcool ?	2	0
24.	Avez-vous déjà été arrêté, ne serait-ce que pour quelques heures, en raison d'un état d'ivresse ?	2	0
25.	Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant ?	2	0
Le score total du test varie de 0 à 53.			

CAHIERS DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

- 1 s.1 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Analyse de la dotation en lits par groupes diagnostiques : exemple du service d'obstétrique dans les hôpitaux de zone. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 15 p.
- 1 s.2 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de la dotation en lits par groupes diagnostiques et par classes d'âges : hôpitaux de zone, 1990-2010 (version provisoire). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 41 p.
(Remplacé par Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.5)
- 1 s.3 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 13. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 13 p.
- 1 s.4 Grimm R., Paccaud F. - SIMULIT. Un modèle de simulation pour l'analyse et la planification de l'activité hospitalière. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
- 1 s.5 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : hôpitaux de zone, 1990-2010. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 53 p.
(Remplace Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.2)
- 1 s.6 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 14 (adaptation CHUV, 1ère révision). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 12 p.
- 1 s.7 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : CHUV, 1990 - 2010. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 34 p.
- 1 s.8 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - SIMULIT : Description du modèle de simulation. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 12 p.
- 1 s.9 Grimm R., Koehn V. - SIMULIT : Manuel de l'utilisateur. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 48 p.
2. Eggimann B., Gutzwiller F. - Listériose : étude cas témoins en Suisse romande hiver 1984-85. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
3. ROB 1. 2. 3. etc. (ROBETH) : Rapports techniques et documentation relatifs au progiciel d'analyse statistique robuste ROBETH-ROBSYS. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
4. Levi F. - Survie en cas de cancer dans le canton de Vaud. Rapport statistique descriptif. Cas incidents 1974-1980. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 67 p.
5. Paccaud F., Schenker L., Patel M., Grimm R. - Etude Case Mix : une étude intercantonale des clientèles hospitalières (protocole de l'étude). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 22 p.
6. Eggimann B., Paccaud F., Gutzwiller F. - Utilisation de la coronarographie dans la population résidente en Suisse. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 29 p.

7. Hausser D., Lehmann P., Gutzwiller F., Burnand B., Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p.
8. Rickenbach M., Wietlisbach V., Berode M., Guillemin M. - La Plombémie en Suisse en 1985 : résultats de l'enquête MONICA pour les cantons de Vaud et Fribourg. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 26 p. + annexes.
9. Patel M., Burnand B., Rickenbach M., Hausser D., Gutzwiller F. - Modification du style de vie, une alternative au traitement pharmacologique lors d'hypertension modérée. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 28 p.
10. Chrzanowski R.S. - Microcomputer Model of Diffusion of New Medical Technologies. Project presented to the Faculty of the University of Texas Health Science Center at Houston, School of Public Health, in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Public Health. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 89 p. + annexes.
11. Scheder P.-A., Junod B. - Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et types de boissons alcooliques. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 38 p.
12. Huguenin M., Paccaud F., Gutzwiller F. - Recensement des patients dans les hôpitaux, cliniques, établissements spécialisés et homes valaisans : résultats d'une enquête en 1985. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 83 p. + annexes.
13. Van der Loos M.C. - Prévention de l'ostéoporose post-ménopausique par l'hormonothérapie substitutive : éléments d'analyse coût-bénéfice. (Th. Méd. Lausanne. 1986). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 127 p.
14. Egli Y., Grimm R., Paccaud F. - Transcodage des codes opératoires et diagnostiques VESKA (Version 1979) en codes ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 53 p.
15. Gutzwiller F., Glasser J.H., Chrzanowski R., Paccaud F., Patel M. (Eds.) - Evaluation des technologies médicales. Assessment of medical technologies. Travaux présentés pendant le Congrès TEKMED 87. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 165 p.
- 16s.1 Lehmann P., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole d'évaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.
- 16s.2 Lehmann P., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.
17. Dubois-Arber F., Paccaud F., Gutzwiller F. - Epidémiologie de la stérilité. Démographie de la fécondité en Suisse. Revue des enquêtes de prévalence publiées. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 42 p.
18. Scheder P.-A. - Des usagers de médecines alternatives racontent (itinéraires thérapeutiques et conception de la santé). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 45 p.
19. Hausser D., Lehmann P., Dubois F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.

20. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des diagnostics : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 104 p.
21. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des opérations : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 66 p.
22. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Adaptation du "Grouper" aux statistiques médicales VESKA (1980-1986). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 9 p.
23. Hausser D., Lehmann P., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Décembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p.
- 23.1 Zeugin P. - Kampagne zur AIDS-Prävention : repräsentative Befragung bei Personen zwischen 17 und 30 Jahren zur Kondom-Benützung (Erst- und Zweitbefragung). November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 60 p.
- 23.4 Schröder I., Mathey M.-C. - Befragung von Berufsschülern, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 62 p.
- 23.5 Masur J.-B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude du groupe : Dragueurs(euses). Novembre 1987. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 105 p.
- 23.6 Dubois-Arber F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : les homosexuels. Novembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 25 p.
- 23.7 Wülser H., Duvanel B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : les toxicomanes. Novembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 26 p.
- 23.9 Dubois-Arber F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport sur la vente de préservatifs. Novembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 7 p.
- 23.10 Schröder I., Mathey M.-C. - Die Präventionskampagne STOP AIDS des Bundesamtes für Gesundheitswesen und der AIDS Hilfe Schweiz im Spiegel der Schweizer Presse : Analyse der Medienreporte. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 106 p.
- 23.11 Mathey M.-C., Schröder I. - Kantonale Aktivitäten der Aidsprävention. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 52 p.
- 23.12 Zeugin P. - Kampagne zur Aids-Prävention : Befragung von informellen Meinungsbildnern. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 75 p.
24. Rohrer M.H. - La prévalence des douleurs du dos et de ses facteurs de risque chez les citoyens suisses convoqués à leur recrutement en Suisse romande en 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.

25. Grimm R., Eggli Y., Koehn V. - Programmes informatiques permettant l'adaptation des DRG aux statistiques médicales VESKA. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 19 p.
26. Klinké S., Paccaud F. - Sondage pilote concernant la fréquentation d'une unité mobile de mammographie (projet de rapport). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 8 p.
27. Lehmann P., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 1988 - mars 1989 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le SIDA. Juillet 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 56 p.
28. Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 28 p.
29. Trisconi Y. - Etude de validation du "Michigan Alcoholism Screening Test" (MAST) en langue française. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 43 p.
30. Koehn V., Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Définition des groupes cliniques utilisés sur SIMULIT 15. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 18 p.
31. Patel M., Blanc T., Schenker L. - Méthodologie pour le calcul des coûts par DRG (Juin 1987). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 21 p. + annexes.
32. Santos-Eggiman B., Paccaud F. - Mortinatalité, mortalité infantile et hospitalisations pédiatriques dans le canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 36 p. + annexe.
33. Fekete A., Eggli Y., Paccaud F. - Complément de table de transcodage des opérations : VESKA (version 1986) - ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 24 p.
34. Eggli Y., Koehn V., Paccaud F. - Distributions des durées de séjour par Diagnosis Related Groups. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 117 p.
35. Eggli Y., Jacquier M., Schenker L. - Pratiques comptables des hôpitaux et faisabilité d'un calcul de coûts basés sur les Diagnosis Related Groups. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.
36. Equipe Case Mix. - Liste des Diagnosis Related Groups et hiérarchie des interventions chirurgicales par MDC. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 22 p.
37. Santos-Eggimann B., Paccaud F. - Mortinatalité et mortalité infantile dans le canton du Valais. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 27 p.
38. Hausser D. - Protéger la main au travail : une exposition itinérante ou l'utilisation d'un moyen de communication dans les actions de prévention (Th. Méd. Lausanne, 1987). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 74 p.
39. Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Deuxième rapport de synthèse). Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 103 p.

- 39a. Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation der AIDS-Präventions-Kampagnen in der Schweiz Zweiter zusammenfassender Bericht. Dezember 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 106 p.
- 39b. Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation of the Swiss Preventive Campaigns against AIDS (Second Assessment Report) December 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 49 p.
- 39.2 Zeugin P. - Enquête sur le comportement sexuel des jeunes adultes (17-30 ans). Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (à paraître)
- 39.4 Resplendino J. - La "zone". Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 83 p.
- 39.5 Fleury F. - Les migrants. Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 85 p.
- 39.6 Dubois-Arber F., Hausser D. - Les personnels hospitaliers. Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 41 p.
- 39.7 Mathey M.-C., Schröder I. - Rekrutenschule und AIDS-Prävention. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 67 p.
- 39.8 Stricker M. - Sex-Touristen. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 62 p.
- 39.9 Birchmeier B., Richard J.-E. - Diffusion et répercussion de messages de prévention par les médias et Image du SIDA dans les médias. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 105 p.
- 39.10 Mathey M.-C., Schröder I. - Kantonale Strategien der AIDS-Prävention und - Bekämpfung. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 26 p.
- 39.13 Duvanel B., Wülser H. - Les éducateurs et assistants sociaux. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 42 p.
- 39.14 Masur J.-B. - Médecins praticiens. Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 40 p.
- 39.15 Masur J.-B. - Services de test VIH. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 31 p.
- 39.16 Hausser D. - Programmes de formation d'intervenants dans le domaine du SIDA. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 26 p.
- 39.18 Schröder I. - Kulturmuster des Partnerschafts- und Sexualverhaltens und AIDS. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 25 p.
- 39.20 Weber-Jobé M., de Vargas D., Lehmann P. - Image des préservatifs. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 40 p.
40. Egli Y. - Performances descriptives des "Diagnosis Related Groups" adaptés aux statistiques hospitalières suisses (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 160 p.

41. Mottaz A. - Etude pilote visant à mesurer les coûts réels de patients chirurgicaux par observation directe (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 98 p.
42. Eggli Y., Paccaud F. - Pertinence des critères de partition de l'arbre de classification des DRG. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 62 p.
43. Paccaud F., Schenker L. (Eds). - Perspectives d'utilisation des "Diagnosis Related Groups" (DRG) dans les hôpitaux suisses. Rapport final de l'étude intercantonale sur les clientèles hospitalières ("Etude Casemix"). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 198 p.
44. European Community Working Party on AIDS (PMG Epidemiology and Prevention). - Assessment of AIDS preventive strategies. Report on a Workshop. Luzern, 28-29 Nov. 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 59 p.
45. (non publié)
46. Hausser D., Jeangros C., Lehmann P., Martin J. - Pratique médicale ambulatoire 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 216 p.
- 47.1 Masur J.-B., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Couples et séropositivité (VIH). I. Utilisateurs de drogues par voie intra-veineuse. Etude effectuée en collaboration avec l'OMS. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 48 p.
- 47.2 Masur J.-B., Hausser D. - Couples et séropositivité (VIH). II. Comportements bisexuels. Etude effectuée en collaboration avec l'OMS. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 75 p.
48. Delorme P. - Mesure de la tension artérielle et prestations médico-techniques en médecine ambulatoire. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 76 p.
49. Koehl-Gundlich C. - Eine Vergleichstudie zwischen Schweizer Städten : Verhaltensweisen der Bevölkerung und Präventivprogramme. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 30 p. (à paraître).
50. Lehmann P., Dubois M., Koehl-Gundlich C. - Une évaluation des programmes communautaires de prévention dans le canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 166 p. (à paraître).
51. (à paraître)
52. Hausser D., Zimmermann E., Dubois-Arber F., Paccaud F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. 3ème rapport de synthèse 1989-1990. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 160 p.
- 52a. Hausser D., Zimmermann E., Dubois-Arber F., Paccaud F. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Dritter zusammenfassender Bericht, 1989-1990. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 154 p.
- 52b. Hausser D., Zimmermann E., Dubois-Arber F., Paccaud F. - Evaluation of the Swiss Aids Prevention Policy, third assessment report, 1989-1990. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990.
- 52.1 Zimmermann E., Jeangros C., Hausser D., Zeuglin P. - Evaluation de la "Prévention primaire de la drogue dans le cadre de la campagne STOP SIDA" 1989. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 53 p.

- 52.2a Flückiger M., Spreyermann C. - Aidsprévention bei DrogenkonsumentInnen. Praxisauswertung der Aktion Sprützhüsli in Basel. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.
- Kurzfassung des Berichts 52.2a : Lebensbedingungen als Grundlage der Aidsprévention bei Drogenkonsumierenden. 1990. 8 p.
- 52.2b Flückiger M., Spreyermann C. - Evaluation de l'opération Sprützhüsli à Bâle. Programmes d'intervention dans le cadre d'un travail en matière de drogue qui n'impose pas l'abstinence. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.
- Résumé du rapport 52.2b : De meilleures conditions de vie, base de la prévention du sida auprès des consommateurs de drogue. 1990. 8 p.
- 52.3 Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et sida : enquête auprès de clients d'unités de traitements à Genève. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991.
- 52.4 Lander B. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les projets de prévention du sida chez les toxicomanes. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 110 p.
- 52.5 Malatesta D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et prévention du sida. Etude descriptive d'une histoire récente. Genève 1980-1990. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 36 p.
- 52.6 Spreyermann C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Man könnte meinen, wir sässen alle im gleichen Boot ; Lebensalltag und Alltagsbewältigung von Drogenkonsumentinnen. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 70 p.
- 52.7 Fleury F., Haour-Knipe M., Ospina S. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida/migration/prévention. Dossiers portugais, espagnol et 2ème partie dossier turc, 1989-1990. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991.
- 52.8 Masur J.-B. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les homosexuels. Etude 1990. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991.
- 52.9 Schröder I., Mathey M.-C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Jugendliche und Eltern. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991.
- 52.10 Gruet F., Baumann A. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida et sexualité chez les 30 - 45 ans. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990 (à paraître).
- 52.11 Meystre-Agostoni G., Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les médecins praticiens face à la prévention du sida. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990 (à paraître).
53. Gonin M.-A. - Incidence des fractures du fémur proximal dans le canton de Vaud. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 80 p.
54. Clément-Pralong M. - Evolution de la mortalité infantile en Suisse de 1979 à 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 64 p.

55. Paccaud F., Klinke S., Pescia G. - Efficacité et sécurité du prélèvement des villosités chorales : une étude comparative avec l'amniocentèse. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 129 p.
56. Meystre-Agustoni G. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Les médecins praticiens face à la prévention du SIDA. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990 (à paraître).
57. Paget J., Hausser D., Heymann D.L., Paccaud F. - A review of studies which have used quantitative methods to evaluate the effectiveness of interventions and programmes implemented to prevent and control AIDS. In collaboration with Global Programme on AIDS, Geneva. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 59 p.
58. Meyer D., Egli Y. - Protection des données médicales des hôpitaux : dispositions transitoires. - Prilly, Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 50 p.
59. Meyer D., Egli Y. - Inventaire des sources de données sanitaires du canton de Vaud : situation au 31.12.1990. - Prilly, Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 34 p. + annexes.
60. Michel A.E. - La pratique ophtalmologique ambulatoire dans les cantons de Vaud et Fribourg en 1987. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 97 p.
61. Schmidt J.G. - The epidemiology of mass breast cancer screening : a plea for a valid measure of benefit. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
62. Gaudin C. - Alcoolisme, contexte psychosocial et perspectives de traitement dans une population hospitalière. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p.