



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

N° 37/2015

**INTERVENTION BREVE EN SOINS PRIMAIRES AUPRES DU  
PATIENT A PROBLEME AVEC L'ALCOOL :  
UNE REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

et soutenue publiquement **le 10 mars 2015**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Sabine NAVARRO**

13 janvier 1983, Lyon

## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

---

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination GILLY des Etudes Médicales	François-Noël
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

### **SECTEUR SANTE**

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYONSUD-CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

### **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) POLYTECH LYON	Directeur : Claude COLLIGNON
I.U.T.	Directeur : Pascal FOURNIER
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Christian COULET
I.U.F.M.	Directeur : Véronique MAUMEDESCHAMPS
CPE	Directeur : Régis BERNARD
	Directeur : Gérard PIGNAULT

## Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2014/2015

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire

Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence Anesthésiologie-
Aubrun	Frédéric	réanimation ; médecine d'urgence Urologie
Badet	Lionel Jean-	Biologie cellulaire
Bessereau	LouisLoïc	Radiologie et imagerie médicale
Boussel	Alain	Génétique
Calender	Barbara	Médecine et santé au travail
Charbotel	Roland	Rhumatologie
Chapurlat	François	Radiologie et imagerie médicale
Cotton	Stéphane	Dermato-vénéréologie Hématologie ;
Dalle	Yesim	transfusion
Dargaud	Mojgan Gil	Anatomie et cytologie pathologiques Gynécologie-
Devouassoux	Jérôme	obstétrique ; gynécologie médicale Gastroentérologie ;
Dubernard	Laurent	hépatologie ; addictologie Médecine légale
Dumortier	Michel	Dermato-vénéréologie
Fanton	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Faure	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fellahi	Pierre Yves	Pédopsychiatrie ; addictologie
Ferry	Nicolas	Pédiatrie
Fourneret	Arnaud	Pneumologie
Gillet	Olivier	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Girard	Roland	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Gleizal	Arnaud	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Guyen	Cyril	Médecine interne
Henaine		Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Hot		
Huissoud		
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire Pédiatrie
Javouhey	Etienne	Néphrologie
Juillard	Laurent	Dermato-vénéréologie
Jullien	Denis	Ophtalmologie
Kodjikian	Laurent	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
Krolak Salmon	Pierre	médecine générale ; addictologie Biologie et médecine
		du développement et de la reproduction ; gynécologie
Lejeune	Hervé	médicale Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
		Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Merle	Philippe	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Chirurgie infantile Cytologie
Monneuse	Olivier Pierre-	et histologie Oto-rhino-
Mure	YvesSerge	laryngologieChirurgie
Nataf	Jean-Christian	générale
Pignat	Gilles	
Poncet		

Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Letrilliant	Laurent
Moreau	Alain

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

### **Professeurs émérites**

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe**

Benchaib Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
----------------	--

Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe**

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe**

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
-----------	----------------	--

Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Chanelière	Marc
Farge	Thierry
Figon	Sophie

## **Le Serment d'Hippocrate**

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

## REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART, qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Merci de m'accorder un peu de votre temps au sein de vos nombreuses obligations universitaires.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des membres du jury,

Monsieur le Docteur Heiner BRINNEL, mon directeur de thèse, qui m'a encadré avec expérience et patience. Merci pour vos conseils avisés et pour votre engagement dans l'enseignement de l'addictologie appliquée à la médecine générale.

Monsieur le Professeur Fabien ZOULIM, vous me faites l'honneur de bien vouloir accepter l'évaluation et la critique de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Thierry D'AMATO, vous avez accepté de participer à ce jury. Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Merci à mon maître de stage PRAT : Monsieur le Docteur Jean-Jacques FEVRE, et à mon médecin traitant Madame la Docteur VERGUES Laurence pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

Merci à Messieurs les Docteurs PETIT Olivier et ORSAT Vincent pour leur confiance dans notre travail au quotidien au cabinet médical de Sain-Bel.

\*\*\*\*\*

Je dédie cette thèse à mes proches :

A mes parents, pour votre bienveillance et votre amour. Merci pour votre présence et vos encouragements tout au long de mon cursus et bien au-delà...

A ma grand-mère qui aurait tant souhaité être parmi nous pour ma soutenance...

A Claire, Camille et Isabelle pour votre soutien et vos encouragements pour cette thèse.

Et enfin à Hélène et Christophe, pour cette belle amitié qui nous lie depuis tant d'années, et qui m'est si chère...

## **LISTE DES ABBREVIATIONS :**

ALAT : Alanine aminotransférase

ASAT : Aspartate aminotransférase

ASSIST : Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption

CDT : Carbohydrate Deficient Transferrin

Cf : Confer

g : gramme

GGT : Gamma glutamyl transpeptidase

HAS : Haute Autorité de Santé (ex ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)

IB : intervention brève

IC : Intervalle de confiance

NA : Non adaptable

NC : Non connu

OMS : Organisation Mondiale de la Santé (en Anglais WHO : World Health Organization)

OR : Odds-Ratio

RR : Risque relatif

Sem : semaine

Se : Sensibilité d'un test diagnostic

Sp : Spécificité d'un test diagnostic

VGM : volume globulaire moyen

Vs : versus

## SOMMAIRE :

### Table des matières

<b>A. INTRODUCTION</b> .....	<b>14</b>
1. Quelques données épidémiologiques .....	14
2. Quelques définitions .....	15
3. Le parcours de soins .....	17
4. L'intervention brève .....	18
<b>B. OBJECTIF</b> .....	<b>19</b>
<b>C. MATERIELS ET METHODES</b> .....	<b>20</b>
1. La méthode Cochrane.....	21
2. Critères de sélection.....	21
a. Type d'étude.....	21
b. Type de participants.....	21
c. Type d'intervention.....	22
3. Méthode, stratégie de recherche et identification des études.....	22
4. Collecte et analyse des données.....	22
a. Extraction des données.....	22
b. Synthèse des données extraites.....	23
c. Evaluation des risques de biais.....	23
<b>D. RESULTATS</b> .....	<b>24</b>
1. L'efficacité des dépistages rapides face aux tests standards.....	25
a. Les études incluses .....	25
b. Description des études .....	25
c. Conclusion .....	26
2. L'efficacité de l'intervention brève vs conseil minimal dans la population générale et dans certaines populations ciblées.....	27
a. Les études incluses.....	27
b. Description des études.....	27
c. Conclusion .....	33
3. La durée de l'effet de l'intervention brève et temps-efficacité .....	34
a. Les études incluses .....	34
b. Description des études .....	34
c. Conclusion .....	35

4. Les nouvelles techniques de délivrance de l'intervention brève .....	36
a. Les études incluses .....	36
b. Description des études .....	36
c. Conclusion .....	39
5. Coût-efficacité de l'intervention brève .....	40
a. Les études incluses .....	40
b. Description des études .....	40
c. Conclusion .....	41
<b>E. DISCUSSION .....</b>	<b>42</b>
<b>F. CONCLUSION .....</b>	<b>48</b>

## A. INTRODUCTION

### 1. Quelques données épidémiologiques.

La consommation d'alcool en France est responsable de 49 000 décès par an environ (1) constituant la 2ème cause de mortalité évitable après le tabagisme dont 22 000 décès environ sont dûs à l'imprégnation éthylique chronique. (cf. tableau 1)

En effet l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. L'épidémiologie de la consommation d'alcool en France n'est connue que de façon approximative. On compte parmi la population française environ :

- 42.5 millions d'expérimentateurs
- 8.8 millions de consommateurs réguliers dont 5 millions sont confrontés à des difficultés d'ordre social, médical ou psychologique
- 3 millions de consommateurs à risque
- 2 millions de dépendants

**Tableau 1 : DÉCÈS DIRECTEMENT LIÉS À L'IMPRÉGNATION ÉTHYLIQUE CHRONIQUE EN FRANCE, 2002**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cirrhose	5990	2525	8515
Cancers des VADS	8802	1679	10481
Psychose alcoolique	2557	624	3181
<b>Total</b>	<b>17349</b>	<b>4828</b>	<b>22177</b>

Source : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS): base de données Score Santé, CépiDC

Cette consommation d'alcool en France dépasse légèrement la moyenne européenne avec 11.8 litres/an/personne de plus de 15 ans, tandis qu'en 1970 elle était la plus élevée du monde avec 22 litres/an/personne de plus de 15 ans. De ce fait, la prévalence des maladies chroniques du foie a diminué des deux tiers depuis les années 70. (2)

La situation est donc contrastée avec des avancées indéniables face à des conséquences personnelles, sociales et médicales encore lourdes.

La moyenne d'âge d'hospitalisation est de 44 ans pour les intoxications aiguës et de 56 ans dans le cadre d'un syndrome de dépendance. Les alcoolisations ponctuelles importantes (au moins 5 verres en une même occasion) affectent les actifs non désocialisés. La pratique de la « beuverie expresse » (bingedrinking) se développe.

Enfin au plan géographique, les régions Nord-Pas-de-Calais et Bretagne sont surreprésentées pour les décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose. (1)

## 2. Quelques définitions.

Il paraît pertinent d'organiser la classification des conduites d'alcoolisations autour du terme « usage » et de son antonyme, le terme « mésusage ». (3)

Le terme "usage" employé seul, sans adjectif, renvoie ici à l'usage socialement admis où le risque, s'il n'est pas toujours nul, est considéré comme acceptable pour l'individu et la société.

### ▪ ***Non-usage (non-consommateur) :***

Toute conduite à l'égard des boissons alcooliques et/ou alcoolisées caractérisée par une absence de consommation. Le non-usage peut être :

- primaire quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, préadolescents) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte) ;
- secondaire quand il advient après une période de mésusage, alors généralement désigné par le terme abstinence.

### ▪ ***Usage (consommateur modéré) :***

Toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier. (cf. Annexe 1 : les seuils de l'OMS)

- ***Mésusage :***

Catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, alcoolodépendance incluse.

- ***Usage à risque (consommateur à risque)***

Toute conduite d'alcoolisation où la consommation supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque et/ou un risque individuel particulier.

- ***Usage nocif (consommateur à problèmes)***

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par :

1) l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation, et par :

2) l'absence de dépendance à l'alcool.

- ***Usage avec dépendance (consommateur dépendant ou alcoolodépendant)***

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

- ***Ivresse***

L'ivresse est une conduite d'alcoolisation aiguë pouvant être associée à n'importe laquelle des catégories d'usage ou de mésusage.

On peut donc constater pour un sujet donné, la possibilité au cours de sa vie de rester dans une même catégorie de conduite ou de passer à une autre hiérarchiquement inférieure ou supérieure en termes de sévérité et de gravité. Les conditions de ces évolutions sont encore mal établies mais rien n'est inéluctable.

L'évolutivité des conduites d'alcoolisation est telle qu'elle impose de procéder à leur réévaluation régulière chez les consommateurs notamment par les acteurs des soins primaires : les médecins généralistes.

### 3. Le parcours de soins.

Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix (4). Ce parcours s'inscrit bien sûr dans une temporalité avec une évolution propre à la maladie chronique en question. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, notamment le médecin généraliste en soins primaires. Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer des typologies de parcours à priori et anticiper les ressources nécessaires. Cet objectif est imposé essentiellement par la progression des maladies chroniques telles que l'alcoolodépendance.

Le parcours de soins d'un patient qui a des difficultés avec l'alcool ou qui a des conséquences pathologiques résultant de sa consommation d'alcool est long.

Plusieurs niveaux d'intervention sur ce parcours sont possibles par le généraliste :

- **La prévention** : un des premiers objectifs, en particuliers pour sensibiliser à la consommation d'alcool chez les femmes pendant leur grossesse ou chez l'adolescent qui commence à sortir du cocon familial. L'information est donc individualisée, personnalisée et précoce.
- **Le diagnostic/ le repérage** : avec en amont une évaluation de la consommation d'alcool et ses conséquences physiques et psychiques, afin de déterminer si la personne présente un risque caractérisé et des complications (cf. Annexe 2). Le diagnostic est à la fois clinique, biologique et étayé par des questionnaires de dépistage spécialisés tel l'AUDIT, FACE, CAGE. (cf. Annexe 3). Puis une évaluation clinique complète doit être réalisée.
- **L'accompagnement et l'écoute dite « active »** : verbalisation des problématiques, utilisation de l'intervention brève (IB), prise de conscience du patient de sa maladie en dépassant le déni très courant pour les addictions. (5)
- **Le soin** : en collaboration avec les autres structures : addictologue, psychologue, réseau ambulatoire ELSA, CSAPA, associations de patient, hôpitaux de jour... avec comme objectif l'abstinence totale.

Le médecin généraliste ne peut ni ne prétend gérer tous les aspects de la prise en charge du patient à problème avec l'alcool et de sa maladie mais la connaissance de son patient et son contexte, sa proximité géographique, la permanence de son suivi en font un pilier irremplaçable.

Ainsi le rôle du médecin généraliste s'inscrit particulièrement dans la prévention de l'alcoolodépendance, le repérage systématique des conduites à risque chez les patients vulnérables (chômage, divorce, isolement social, déscolarisation, comorbidité psychiatrique associée, antécédent familiaux) et bien sur le diagnostic du mésusage de l'alcool avec dépendance ou non à l'aide de test standardisés internationalement reconnu. (7) (Cf. Annexe 3)

#### 4. L'intervention brève : (IB)

Le principe de l'intervention brève est celui d'un soin minimal (d'une durée de 5 à 20 minutes) dispensé dans une optique motivationnelle à des personnes ayant une consommation à risque ou excessive d'alcool. L'IB consiste à évaluer la consommation d'alcool, à donner des informations sur les risques en rapport, et à proposer des objectifs de modération. Après avoir évalué la consommation d'alcool et les éventuelles conséquences somatiques, le soignant évalue le degré de motivation de la personne qui consulte : son envie de diminuer sa consommation (par exemple sur une échelle de un à dix). (cf. Annexe 4.) La pratique de l'IB nécessite une structuration qui a été explicitée chez les anglo-saxons par l'acronyme FRAMES (6) (Feedback, Responsibility, Advice, Menu strategies, Empathy, Self efficacy) qui peut se traduire en français par RÉAGIR : **Tableau 2. :**

**R** comme repérer le problème somatique mais aussi repérer le stade de motivation de la personne

**E** comme empathie, importante dans toute relation soignante et gage d'efficacité;

**A** comme avis, à donner à la personne tant vis-à-vis des complications somatiques éventuelles que vis-à-vis de son niveau de consommation et de ses risques ;

**G** comme gestion = adapter l'information et les conseils selon le stade motivationnel. Chez une personne qui n'est pas décidée à changer de comportement, l'attitude du soignant ne sera pas la même que chez une personne déjà décidée, et demandant soutien et des moyens pour l'aider ;

**I** comme influence positive à savoir positiver et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du malade et de ses chances de contrôler avec succès sa consommation, même en cas d'échec antérieur ;

**R** comme responsabilité : finalement, la personne reste responsable de son attitude

## **B. OBJECTIF :**

L'objectif de ce travail est de déterminer l'efficacité de deux temporalités du parcours de soins chez le patient à problème avec l'alcool : le diagnostic et l'accompagnement immédiat de ces patients et ce, au travers d'une revue de la littérature.

Nous avons voulu faire le point d'une part sur la validité des questionnaires de diagnostic rapide au cabinet du médecin traitant et d'autre part sur l'efficacité de l'intervention brève (IB).

Les conduites de « binge-drinking » et le traitement pharmaco-psychologique du patient à problème avec l'alcool n'ont pas été traités dans ce travail.

### C. MATERIELS ET METHODES :

L'objectif de notre travail est d'analyser des essais cliniques sur le diagnostic et l'accompagnement du patient à problème avec l'alcool à travers des temps cliniques d'écoute et de parole entre le médecin et le patient appelés intervention brève (IB) en soins primaires.

Ainsi, nous avons sélectionné essentiellement des essais comparatifs randomisés et des méta-analyses pour leur niveau de preuve scientifique élevé (grade A et B)

**Tableau 3 ; Classification selon le niveau de preuve scientifique**

Niveau de preuve des études	Grade de recommandation
<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Niveau 1 :</b></li><li>- Essais comparatifs randomisés de forte puissance</li><li>- Méta-analyses d'essais comparatifs randomisés</li><li>- Analyse de décision basée sur des études bien menées</li></ul>	<b>A = preuve scientifique établie</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Niveau 2 :</b></li><li>- Essais comparatifs randomisés de faible puissance</li><li>- Etude comparative non randomisée bien menée</li><li>- Etude de cohorte</li></ul>	<b>B = Présomption scientifique</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Niveau 3 :</b> Etude Cas-Témoins</li><li>- <b>Niveau 4 :</b></li><li>- Etude comparative avec biais important</li><li>- Etude rétrospective</li><li>- Séries de cas</li><li>- Etudes épidémiologiques descriptives (transversales, longitudinales)</li></ul>	<b>C = Faible niveau de preuve scientifique</b>

Source : ANAES/HAS 2000

Les recherches ont été effectuées du 15 août 2013 au 15 janvier 2015.

## **1. La méthode Cochrane :**

Notre revue de la littérature est basée sur la méthode Cochrane : décrite à travers son manuel 5.1.0. (7). Celui-ci nous indique la méthode à suivre afin de réaliser des méta-analyses ; synthèse des résultats avec des réponses actualisées avec le concept de médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medecine).

Nous nous sommes interrogés de la faisabilité d'une méta-analyse. Les statisticiens du CHU de Lyon ne nous ont pas conseillé cette méthode en raison de la difficulté de mis en œuvre de cette technique pour le temps disponible pour notre travail.

## **2. Critères de sélection**

### **a. Type d'étude :**

*Critères d'inclusion des études :*

- Etude comparative randomisée
- Méta-analyse d'essais randomisés
- Etude comparative non randomisée de forte puissance
- Etude de cohorte

*Critère d'exclusion des études :*

- Tout autre type d'étude
- Articles rédigés dans une autre langue que l'anglais ou le français.
- Articles d'opinion ou éditoriaux

### **b. Type de participants :**

Ont été inclus des participants hommes, femmes, de plus de 18 ans, volontaires, ayant des problèmes de consommation excessive d'alcool.

### **c. Type d'intervention :**

Nous avons inclus les articles comparant :

- Les méthodes de dépistage avec des questionnaires courts face aux « gold-standards »
- L'efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation d'alcool dans la population générale et dans certaines populations ciblées
- L'efficacité des nouvelles technologies de délivrance à distance de l'intervention brève par les médecins généralistes.
- L'impact sur les coûts de santé publique de l'intervention brève.

### **3. Méthode, stratégie de recherche et identification des études :**

Nous avons sélectionné les articles à partir de la base de données informatiques PubMed et Cochrane.

Les équations de recherche utilisées sont basées sur les termes MeSH : « alcohol primary care AND screening test », et « alcohol primary care AND brief intervention ».

Le tri des articles s'est fait en 3 étapes, uniquement à partir d'articles originaux :

- sur le titre
- après lecture de l'abstract
- après lecture de l'article

Une identification des doublons a été également réalisée.

### **4. Collecte et analyse des données :**

#### **a. Extraction des données :**

Chaque article a été analysé selon une grille d'extraction de donnée. (Cf. Annexe 5)

**b. Synthèse des données extraites :**

Les éléments recueillis grâce à la grille standardisée ont été réunis dans un tableau à double entrée. (Cf. Annexe 6)

Les entrées du tableau sont : le titre, l'auteur principal, la date de publication, le pays dans lequel l'étude s'est déroulée, la population concernée et le nombre de participants, la durée, le thème, la nature de l'intervention et les biais identifiés.

**c. Evaluation des risques de biais dans les études incluses :** (Cf. Annexe 7)

Nous nous sommes efforcés dans chaque étude sélectionnée d'identifier les biais éventuels afin de pouvoir conclure à l'efficacité d'une mesure :

- *biais de sélection* : méthode de randomisation non expliquée, population trop ciblée
- *biais de performance* : participants/personnel ne sont pas en double aveugle.
- *biais d'attrition* : données des résultats incomplets à court et long terme, (perdus de vue non inclus, les patients sortis de l'essai, interruption de suivi pour plus de 50% des patients.)
- *biais de déclaration* : résultats ne répondant pas à l'objectif.

## D. RESULTATS :

1489 articles originaux ont été identifiés avec les équations de recherche :

- 1174 sur PubMed : 702 avec la 1<sup>er</sup> équation et 472 avec la seconde équation
- 70 sur Cochrane Library : 68 avec la 1<sup>er</sup> équation et 2 avec la seconde équation

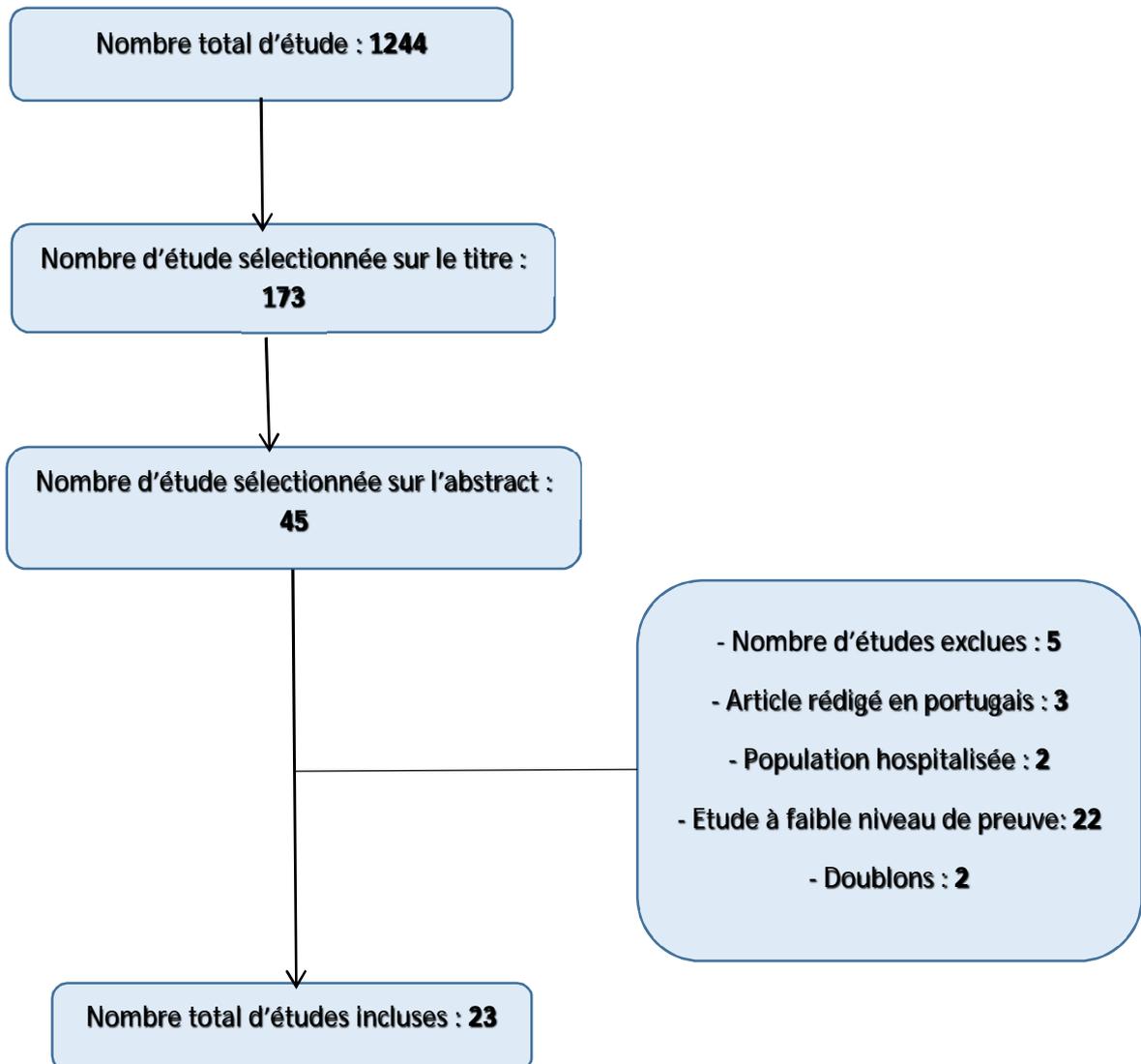


Diagramme de flux de sélection des articles.

## 1. L'efficacité du dépistage à l'aide de questionnaires courts face aux tests standards

### a. Les études incluses :

Deux études ont été sélectionnées dans notre travail pour évaluer l'efficacité ou non des méthodes de diagnostic rapide des patients ayant une consommation d'alcool excessive.

### b. Descriptions des études :

**\*Kriston, 2008** (8): cette méta-analyse inclue 14 études sélectionnées sur les bases de données médicales classiques de 1998 à 2008. L'objectif de cette étude est d'examiner si le questionnaire AUDIT-C (= les trois premières questions de l'AUDIT) est aussi sensible et spécifique que le dépistage par le questionnaire AUDIT entier pour détecter une consommation d'alcool nocive.

Les études ont été sélectionnées, à l'aide de critères d'inclusion et d'exclusion expliqués, par deux examinateurs. Aucune restriction de langue ne s'est appliquée. Un échantillon total de population homme et femme de 20 030 individus d'Europe et d'Amérique du Nord a été étudié.

Aucune différence significative statistique n'a été mise en évidence entre la précision globale des 2 questionnaires. Les résultats de quelques études sur des échantillons de patients hospitalisés et de la population générale ont suggéré, mais n'ont pas prouvé, que le test AUDIT puisse mieux identifier que l'AUDIT-C les populations à problème avec l'alcool.

**\*Mitchell, 2014** (9): Méta-analyse regroupant 17 études réalisées en soins primaires. L'objectif principal de cette étude est de déterminer si l'utilisation d'une à deux questions sur la consommation d'alcool ou du questionnaire AUDIT-C pouvaient s'avérer être une méthode de dépistage précise et acceptable en soins primaires.

La première question posée est : « [How often do you have six or more drinks on one occasion?](#) » Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ? » (3ème question AUDIT-C). La seconde question posée est : « [As a result of your drinking, did anything happen in the last year that you wish didn't happen?](#) » Au cours de l'année précédente, en raison de votre consommation d'alcool, s'est-il passé quelque chose que vous ne souhaitiez pas voir arriver ? (5ème question de l'AUDIT- C)

Les résultats de la méta-analyse, reposant sur un échantillon de population de 5646 patients, mettent en évidence que la combinaison des 2 questions de l'AUDIT-C pourrait identifier correctement les patients ayant des problèmes d'alcool dans 87.2% et d'écarter dans 79.8% des cas ceux qui n'en ont pas. (Contre une Se = 89% et une Sp = 98% pour le questionnaire AUDIT complet)

c. Conclusion :

La 1ere méta-analyse ne permet pas de conclure de la supériorité ou non de l'un des 2 questionnaires.

Le second travail montre une meilleure performance de dépistage des patients à problème avec l'alcool du questionnaire AUDIT par rapport à l'AUDIT-C. Néanmoins les résultats de sensibilité et de spécificité des 2 questions de l'AUDIT-C sont acceptables dans le dépistage en pratique routinière généraliste.

## **2. L'efficacité de l'intervention brève vs conseil minimal dans la population générale et dans certaines populations ciblées :**

### a. Les études incluses :

Dix articles originaux dont trois méta-analyses ont été sélectionnés dans notre travail pour évaluer l'efficacité ou non des interventions brèves en soins primaires sur la réduction de la consommation d'alcool dans différentes populations à problème avec l'alcool.

### b. Description des études :

**\*Kaner, 2007** (10) : Méta-analyse regroupant 22 essais cliniques randomisés récoltés sur les bases de données électroniques jusqu'en 2006. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité de l'intervention brève (IB) dans la réduction de la consommation d'alcool en soins primaires. Ce travail correspond à l'actuelle revue Cochrane de référence (dernière réactualisation en 2007).

Les participants sélectionnés (n = 7619) buvaient en moyenne 306 grammes d'alcool (plus de 30 verres standard) par semaine lors de leur entrée dans l'essai. Ces individus ont été randomisés pour recevoir dans le groupe expérimental, une intervention brève ou dans le groupe témoin, un entretien composé uniquement d'une évaluation de leur consommation d'alcool.

Après un an ou plus, les personnes ayant bénéficié d'une intervention brève consommaient moins d'alcool que les personnes du groupe témoin (différence moyenne de 38 grammes d'alcool/semaine), soit une diminution moyenne de 12% de la consommation initiale. Chez les hommes (environ 70 % des participants), les effets bénéfiques d'une intervention brève affichaient une différence moyenne de 57 grammes d'alcool/semaine. Soit une diminution de 18% de leur consommation initial. Cependant l'analyse de sous-groupe a mis en évidence une absence de bénéfice de l'IB chez les femmes. Enfin, une intervention prolongée était associée à une diminution importante non significative de la consommation d'alcool par rapport à une intervention brève.

**\*Huas, 2002 :** (11) Seule étude contrôlée randomisée menée en France. L'objectif est d'évaluer l'efficacité d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problème en France.

541 patients masculins ont été inclus et 136 médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude. La randomisation n'est pas effectuée au niveau des patients mais a concerné les médecins. Le groupe témoin n'a pas délivré d'intervention brève après le dépistage des patients à risque contrairement au groupe intervention.

A un an, la consommation d'alcool a baissé de 9.2 verres en moyenne par patient dans le groupe témoin (36.1 verres à l'entrée) et de 10.9 verres en moyenne par patient dans le groupe intervention (39.6 verres à l'entrée). Mais cette différence n'était pas statistiquement significative.

En France, l'efficacité éventuelle de l'intervention brève auprès des consommateurs à problème avec l'alcool n'a pas été mise en évidence. Des biais de sélection ont été identifiés.

**\*Fleming, 1997** (12) : Essai clinique randomisé portant sur une population de 774 patients du Wisconsin à 12 mois de suivi. L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'efficacité de l'IB délivrée par les médecins de soins primaires dans la réduction de consommation d'alcool chez les patients à risque. L'objectif secondaire est voir les conséquences de l'IB au niveau des durées des hospitalisations liées à l'alcool pendant la période d'étude. Le groupe expérimental a bénéficié de 2 consultations d'intervention brève de 10 à 15 minutes. Le groupe témoin n'a reçu aucune intervention brève.

A 12 mois de suivi, les résultats montrent une diminution de la consommation d'alcool (nombre de boissons alcoolisées consommées au cours des 7 jours précédents) passant de 19,1 boissons au départ à 11,5 boissons à 12 mois pour le groupe expérimental, contre 18,9 boissons au départ à 15,5 boissons à 12 mois pour les contrôles; ( $t = 4,33$ ;  $P < 0,001$ ). Soit une réduction moyenne de 40% de la consommation d'alcool dans le groupe expérimental.

Les épisodes de consommation excessive d'alcool (nombre moyen d'épisodes de consommation excessifs pendant les 30 jours précédents) a diminué : 5,7 épisodes au départ à 3,1 épisodes à 12 mois pour le groupe expérimental, contre 5,3 épisodes à l'inclusion à 4,2 épisodes à 12 mois pour les contrôles; ( $t = 2,81$ ;  $P < 0,001$ ). Soit une réduction du nombre d'épisode de consommation excessive de 46 % dans le groupe expérimental.

La fréquence de consommation excessive d'alcool (pourcentage de consommation excessive dans les précédents 7 jours) est passée de 47,5% au départ à 17,8% à 12 mois pour le groupe expérimental, contre 48,1% au départ à 32,5% à 12 mois pour les contrôles; ( $t = 4,53$ ;  $P < 0,001$ ).

Le test de  $\chi^2$  a révélé une relation significative entre le statut du groupe et la durée d'hospitalisation au cours de la période d'étude pour les hommes ( $P < 0,01$ ) : les patients hommes du groupe expérimental ont été hospitalisés moins longtemps pour des problèmes d'alcoolisation que les patients hommes du groupe contrôle pendant la période étudiée.

Les résultats de l'étude rapportent que l'intervention brève du médecin généraliste diminue la consommation d'alcool chez le patient à problème avec l'alcool, et de ce fait la durée des soins hospitaliers.

**\*Bertholet, 2005 :** (13) Méta-analyse de 19 essais. L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'efficacité de l'IB chez des patients qui ne sont pas demandeurs d'aide sur leur consommation excessive d'alcool lors d'une consultation en Médecine Générale. L'étude a examiné 19 essais qui incluaient 5639 individus. Dix-sept études ont rapporté une mesure de la consommation d'alcool, dont huit ont signalé un effet significatif de l'intervention à 6 et 12 mois. L'analyse en intention de traiter a montré une diminution de la consommation d'alcool entre 24 à 51g d'alcool/semaine en faveur du groupe d'intervention.

En se concentrant sur les patients non demandeurs d'aide à la réduction de leur consommation d'alcool excessive en soins primaires, cette méta-analyse indique que l'intervention brève est efficace pour réduire la consommation d'alcool à problème.

**\*Sullivan, 2011 :** (14) Méta-analyse regroupant 7 essais cliniques randomisés de langue anglaise uniquement pour un échantillonnage de 2633 patients. L'objectif principal de cette étude est d'examiner l'efficacité de l'IB menée par des intervenants non médecins (infirmière, psychologue et éducateur spécialisé) face à l'IB délivrée par le médecin généraliste. Le critère de jugement principal était le nombre moyen de verres standards consommés par semaine; les résultats ont été mesurés avant et après une période de six mois.

L'intervention brève des cliniciens non-médecins, par rapport aux témoins (IB délivrée par le médecin généraliste), a été associée à une réduction statistiquement significative des

consommations standards par semaine de 1,7 verres standard (contre au moins 6 verres standard à l'entrée de l'essai).

Néanmoins, les résultats de cette méta-analyse ne permettent pas de conclure sur l'efficacité clinique ou non de l'intervention brève délivrée par des cliniciens non médecins. La fiabilité de la conclusion des auteurs est limitée par la sélection de la langue de publication susceptible de biais. On note aussi un biais dans l'extraction de données.

**\*Hilbink, 2012** : (15) Essai contrôlé randomisé sur une population néo-zélandaise de 712 patients inclus sur dépistage par le questionnaire AUDIT. L'objectif principal de cette étude est de comparer l'efficacité de l'intervention brève seule face à un programme de soins plus complet (information du patient sur l'alcool et ses dangers, agenda de consommation, intervention d'associations de regroupement de patients alcooliques, affiche de sensibilisation en salle d'attente ...)

Les résultats de l'étude montrent que 47% des patients à haut risque ont réduit leur consommation d'alcool à un faible risque (score AUDIT) dans le groupe contrôle contre 35.5% dans le groupe intervention. Un biais de sélection malgré la randomisation est constaté, avec un nombre plus important de patients légers dans le groupe contrôle. (Score AUDIT < 15)

Ainsi on note une inefficacité de l'IB face à un programme de soins plus lourd.

**\*Mertens, 2014** (16) : Etude contrôlée randomisée. L'objectif principal est de déterminer l'efficacité des interventions brèves sur une population à faible revenus. Une population de la banlieue de Western Cape en Afrique du Sud, constituée de 403 patients a été randomisée en 2 groupes. Le groupe interventionnel a reçu une intervention brève, et le groupe témoin a bénéficié de conseils de vie saine, avec un suivi à 3 mois.

A 3 mois, le groupe intervention et le groupe témoin n'avaient pas de différence de consommation à risque d'alcool (33 % contre 32). Les 2 groupes présentaient une diminution du score moyen au questionnaire ASSIST (de 13 à 8 pour le groupe intervention et de 11 à 9 pour le groupe témoin)

L'intervention brève est très légèrement efficace dans la réduction du score ASSIST chez les patients à faible revenus financiers pour le point principal l'alcool mais pas sur la consommation

d'alcool globale. Nous détectons un biais de déclaration dans les conclusions des auteurs qui concluent à une efficacité de l'IB sur la réduction de la consommation d'alcool.

**\*Fleming, 1999** (17) : Etude contrôlée randomisée. L'objectif principal est de déterminer l'efficacité de l'intervention brève au sein d'une population de personnes âgées de plus de 65 ans suivie pendant 12 mois. L'échantillonnage contient 158 patients de 65 ans ou plus. Deux groupes de randomisation ont été formés dont le groupe intervention qui a bénéficié de 2 séances d'IB de 10 à 15 minutes.

Après un délai d'un an, une réduction statistiquement significative de la consommation d'alcool, en faveur du groupe intervention, est retrouvée. La consommation globale est de 130 g d'alcool ingéré par semaine versus 210g dans le groupe témoin ( $p < 0.01$ ). On note moins de 2 épisodes de forte consommation par mois versus plus de 5 pour le groupe témoin ( $p < 0.01$ ).

L'intervention brève est efficace sur la réduction hebdomadaire de la consommation d'alcool et sur le nombre d'épisode de forte consommation par mois au sein des individus de 65 ans ou plus.

**\*Schaus, 2009** (18): Etude contrôlée randomisée. L'objectif principal est de déterminer l'efficacité de l'intervention brève auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires dont le dépistage d'une consommation d'alcool à risque élevé est positif. 8753 étudiants se sont présentés comme nouveaux patients au service de santé d'une université. 2484 étudiants (28%) ont été dépistés positifs. Parmi ces étudiants, ceux qui ont consenti à participer ( $N = 363$ ) ont été assignés au hasard soit à un groupe contrôle ( $n = 182$ ) soit à un groupe expérimental ( $n = 181$ ). Les participants du groupe expérimental ont reçu deux brèves séances d'intervention. Le groupe témoin a reçu une brochure d'information sanitaire.

Les résultats ont montré que, par rapport au groupe de contrôle (C), le groupe d'intervention (I) avait des réductions significatives sur : le nombre de boissons par soirée (C = 8,03 vs I = 6,87 à 3 mois; C = 7,98 vs I = 6,52 à 6 mois), le nombre moyen de verres par semaine (C = 9,47 vs I = 7,33 à 3 mois; C = 8,90 vs I = 6,16 à 6 mois) , nombre d'épisodes en état d'ébriété dans une semaine typique (C = 1,24 vs I = 0,85 à 3 mois; C = 1,10 vs I = 0,71 à 6 mois), le nombre de prise de risques insensés (C = 2,24 vs I = 1,12 à 3 mois ).

L'intervention brève délivrée aux étudiants à problème avec l'alcool peut entraîner une diminution significative de la consommation d'alcool globale, de la fréquence des consommations, et des méfaits immédiats liés à l'alcool.

**\*Fachini, 2012** : (19) Méta-analyse de 18 études contrôlées randomisées avec un échantillonnage variant de 54 à 1275 étudiants. Tous les participants étaient issus d'universités publiques et identifiés comme des consommateurs d'alcool à problème. L'objectif principal est d'étudier l'efficacité d'un protocole d'intervention brève pour les étudiants (nommé BASICS) réduisant la consommation d'alcool à problème et ses conséquences négatives. BASICS est un protocole spécifique d'intervention brève conçu pour les étudiants. L'intervention brève est délivrée en face-à-face et généralement menée au cours de deux séances structurées. Le suivi est généralement de 12 mois dans la plupart des études.

Les résultats montrent une diminution moyenne de la consommation d'alcool par semaine de 1.5 verre standard. Et une réduction de l'incidence des problèmes liés à l'alcool de -0.87 événement par rapport au groupe témoin.

Cette méta-analyse montre l'efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation d'alcool et des incidents liées à cette consommation auprès des étudiants universitaires.

**\*Aalto, 2000** : (20) Etude contrôlée randomisée. L'objectif principal est de vérifier l'efficacité des IB chez les femmes. Une population de 118 femmes a été sélectionnée lors de consultation en médecine générale en Finlande. 3 groupes ont été randomisés : le groupe A (groupe d'intervention n = 40 ayant reçu 7 séances d'intervention brève) le groupe B (n = 38 ayant reçu 3 séances d'IB) et le groupe C (n = 40) n'ayant reçu aucune IB. Les principaux critères de jugement sont la consommation hebdomadaire d'alcool, transferrine déficiente en glucides, le VGM, ASAT, ALAT et GGT.

Les résultats montrent il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes A, B et C dans la consommation d'alcool dans les principales mesures de résultats.

L'efficacité de l'intervention brève n'est pas vérifiée chez les femmes.

c. Conclusion :

Au travers de ces différentes études, l'efficacité de l'intervention brève a été démontrée dans la réduction de la consommation d'alcool chez des patients à problème avec l'alcool, au sein de la population générale, des étudiants universitaires et des personnes de 65 ans ou plus.

Chez les femmes et les patients issus d'une population défavorisée, l'intervention brève n'est pas efficace.

L'efficacité de cette intervention paraît fluctuer selon la catégorie de soignant intervenant mais ces résultats ne peuvent pas être formels en raison des biais identifiés.

### 3. La durée de l'effet de l'intervention brève et temps-efficacité.

#### a. Les études incluses :

Trois études ont été incluses dans notre travail pour examiner la durée de l'efficacité de l'intervention brève en soins primaires. A l'aide du 3eme article, nous chercherons à déterminer la durée de la séance de l'intervention brève pour obtenir la meilleure efficacité dans la réduction de la consommation d'alcool à problème.

#### b. Description des études :

**\*Hermansson, 2010** : (21) Etude contrôlée randomisée. L'objectif principal est de déterminer l'efficacité de l'intervention brève sur la consommation d'alcool dangereuse sur une période de 12 mois. La population incluse est de 194 personnes dépistées (Questionnaire AUDIT + prise de sang GGT) au cours d'un examen de la médecine du travail au sein d'une entreprise de transport routier en Suède. 3 groupes ont été randomisés : un groupe témoin ne recevant que les résultats du dépistage, un groupe intervention brève (d'une durée de 15 minutes) et un groupe de prise en charge globale (IB + agenda de consommation pendant 4 semaines).

Une diminution moyenne de 56% du score de l'AUDIT entre la session initiale et la session à 12 mois est retrouvée pour le groupe intervention brève.

L'intervention brève est donc efficace en termes de réduction du risque de consommation d'alcool à 1 an.

**\*Kaner, 2013** (22) : Essai clinique randomisé, population de 756 patients à problème avec l'alcool en Grande Bretagne. L'objectif principal de cet essai est d'évaluer l'efficacité de la durée d'une séance d'IB. L'hypothèse étant qu'une intervention brève d'une durée plus importante se traduirait par une plus grande diminution de la consommation d'alcool, et ce jusqu'à 12 mois après.

L'échantillon a été randomisé en 3 groupes. Le 1<sup>er</sup> groupe (n= 363) a reçu une notice d'information sur les résultats de leur dépistage (AUDIT). Le 2eme groupe (n=250) a reçu la

même notice plus une IB avec un médecin pendant une durée de 5 minutes. Enfin le 3eme groupe (n=143) a reçu la notice initiale suivie d'une IB de 20 minutes.

Les résultats ont été mesurés par le score du questionnaire AUDIT à 6 et 12 mois.

A 12 mois, comparé au groupe n°1 ayant reçu uniquement la notice d'information, l'odds ratio d'avoir un score AUDIT négatif suite à la délivrance d'une intervention brève d'une durée de 20 minutes (groupe n°3) était de 0,85 (intervalle de confiance à 95% (0,52 à 1,39) et de 0,78 (0,48 à 1,25) pour les patients ayant reçu une IB de 5 minutes (groupe n°2). Une analyse per protocole a confirmé ces conclusions.

Les résultats mettent en évidence une meilleure efficacité d'une IB de 20 minutes jusqu'à 12 mois au moins par rapport à une IB de 5 minutes ou absente.

\* **Marlatt, 1998** (23) : Etude contrôlée randomisée. L'objectif est de déterminer l'efficacité de l'intervention brève à 2 ans sur une population d'étudiants en fin de cursus universitaire. Sur une population de 348 individus, 2 groupes ont été randomisés. Un groupe témoin qui a reçu uniquement les résultats de son dépistage au questionnaire et le groupe intervention qui a bénéficié en plus d'une intervention brève. Les résultats sont comptabilisés à 12 et 24 mois.

Les résultats montrent qu'à 2 ans de suivi, les patients du groupe intervention ont diminué leur consommation d'alcool : en moyenne, 3.6 verres standard par épisode de consommation, tandis que ceux du groupe de contrôle ont déclaré boire 4,8 verres par épisode.

Cette étude montre une efficacité persistante modérée de l'intervention brève jusqu'à 2 ans.

### c. Conclusion :

Notre travail montre que l'efficacité de l'intervention brève est modérée mais acceptable à 24 mois. La durée optimale d'une « séance » d'intervention brève pour obtenir une efficacité sur la réduction de la consommation d'alcool à problème est de 20 minutes.

#### **4. Les nouvelles techniques de délivrance de l'intervention brève :**

##### a. Les études incluses :

Cinq études ont été choisies dans notre travail afin de déterminer si le mode de délivrance de l'intervention brève comme le web, ou le téléphone, est efficace ou non sur la réduction de consommation d'alcool chez les patients à problème avec l'alcool.

##### b. Description des études :

**\*Khadjesari, 2014** (24): Etude contrôlée randomisée. L'objectif était de déterminer l'efficacité du dépistage et de l'intervention brève en ligne, délivrés dans le cadre d'un bilan de santé à la médecine du travail. Le recrutement s'est déroulé sur 3 semaines dans une entreprise du secteur privé au Royaume-Uni. 3375 personnes ont répondu en ligne, au questionnaire AUDIT-C permettant d'inclure 1330 personnes dans l'étude (résultat > 5). Ceux-ci ont été randomisés pour recevoir sur le web une intervention brève, aux côtés de commentaires sur d'autres comportements de santé (n = 659), ou de recevoir des commentaires sur tous les comportements de santé à l'exception de la consommation d'alcool (n = 671).

80% des participants ont terminé les questionnaires de suivi à trois mois. Une analyse en intention de traiter n'a trouvé aucune différence clinique et statistique significative entre les 2 groupes expérimentaux (résultats recueillis par le questionnaire AUDIT).

Il n'y avait aucune preuve pour soutenir l'utilisation de l'intervention brève dans un bilan de santé en ligne pour réduire la consommation d'alcool chez les employés dans cette entreprise.

**\*Wongpakaran, 2011** (25): Etude contrôlée randomisée. L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'efficacité de l'intervention brève délivrée par téléphone sur la réduction de consommation d'alcool. L'échantillon de population inclus (sur réponses au questionnaire AUDIT) est de 60 patients thaïlandais séparés en 2 groupes. Le groupe d'intervention a reçu des appels téléphoniques hebdomadaires d'une durée de 20 à 30 minutes pendant 6 semaines.

Le groupe contrôle a reçu des mails hebdomadaires sur la promotion de la santé durant la même durée. Une évaluation a été réalisée à 6 et 18 semaines.

Après 18 semaines, la fréquence de la consommation d'alcool était significativement plus faible dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle (2.8 jours +/- 2.0 vs. 4.1 jours +/- 2.0,  $p < 0.01$ ). À la fin de la 6eme semaine, 37,3% des participants du groupe expérimental (comparativement à 11,8% du groupe contrôle) avaient diminué leur consommation d'alcool.

Il n'y avait aucune différence statistique des scores de dépression, d'anxiété et d'estime de soi entre les deux groupes dans le temps.

Ces résultats montrent donc une efficacité de l'IB délivrée par téléphone dans la réduction moyenne de la consommation d'alcool par rapport aux mails d'information générale. Un problème fréquemment signalé dans le groupe intervention était les échecs de connexion représentant un biais d'attrition.

**\*Mc Kay, 2010** : (26) Etude contrôlée randomisée. L'objectif de cette étude est d'étudier l'efficacité de l'intervention brève téléphonique face aux méthodes traditionnelles. La sélection des patients s'est faite à partir d'un programme national américain de réduction de consommation de stupéfiants. 252 patients ont été réunis selon les critères d'inclusion de l'étude. Le suivi s'est réalisé sur 18 mois. Les interventions téléphoniques ont été réalisées par des médecins généralistes.

Trois groupes ont été randomisés :

- le 1<sup>er</sup> groupe témoin bénéficie des soins traditionnels (TAU)
- le 2eme groupe interventionnel (TM) a reçu l'intervention brève téléphonique seule
- le 3eme groupe interventionnel (TMC) a reçu l'intervention brève téléphonique décrite ci-dessus et des interventions brèves récurrentes.

Les résultats suggèrent que l'intervention téléphonique multiple (TMC) et l'intervention téléphonique seule (TM) ont donné de meilleurs résultats que les soins standards (TAU) sur chacune des quatre mesures de consommation d'alcool examinés.

L'intervention brève téléphonique est efficace sur la consommation globale d'alcool, sur la fréquence hebdomadaire de consommation et sur le nombre d'épisode mensuel de consommation excessive.

**\*Kypri, 2008** (27) : Etude contrôlée randomisée. L'objectif de l'étude est de déterminer si le dépistage et l'intervention brève par internet est efficace dans la réduction de la consommation d'alcool nocive en soins primaires. L'échantillonnage comprend 576 étudiants d'un campus universitaire de Nouvelle-Zélande. La population a été randomisée en 4 groupes : 1 groupe témoin (n= 147), 1 groupe contrôle (ayant reçu une brochure sur l'alcool), 1 groupe interventionnel « dose unique » (intervention brève à une seule reprise par internet), et 1 groupe interventionnel « multi-dose » (intervention brève à 3 reprises au total). Le suivi s'est fait sur 12 mois.

Les résultats étaient cohérents avec l'hypothèse. Les patients qui ont reçu une intervention brève virtuelle ont signalés, statistiquement et cliniquement, une réduction significative de la consommation d'alcool (réduction jusqu'à 35%) et une diminution des répercussions universitaires (réduction jusqu'à 25%) dans les 6 à 12 mois suivants. La similitude dans les résultats suggère que l'ajout de deux sessions supplémentaires (groupe multi-dose) ne renforce pas l'efficacité de l'intervention virtuelle.

**\*Brown, 2007** (28): Etude contrôlée randomisée. L'objectif de cette étude est de déterminer l'efficacité de l'intervention brève téléphonique sur la réduction de la consommation d'alcool avec un suivi à 12 mois. La population incluse est de 897 sujets suite à un dépistage systématique dans les salles d'attente de médecins généralistes du Wisconsin. Le groupe expérimental a bénéficié de 6 séances d'intervention brèves téléphoniques alors que les sujets témoins ont reçu un mail sur le tabagisme, l'alimentation et la consommation d'alcool à problème.

Les résultats ont montré des différences significatives selon le sexe. Les patients expérimentaux masculins (n = 199) ont manifesté une baisse de 30,6% des jours de consommation à risque, comparativement à une baisse de 8,3% chez les témoins (N = 201, p <0,001). La consommation totale a diminué de 17,3% comparativement à 12,9% par des contrôles (p = 0,001). Les patientes du groupe expérimental (n = 246) ont manifesté une diminution de 17,2% des jours de

consommation à risque par rapport à une baisse de 11,5% chez les femmes du groupe contrôle (N = 251; p = NS) et une baisse de 13,9% de la consommation totale par rapport à 11,0% dans le groupe contrôle (p = NS). Un plus grand nombre de séances d'intervention brève téléphoniques ont été associées à de plus grandes baisses de consommation d'alcool chez les hommes par rapport à la simple distribution de mails concernant les conseils d'hygiène de vie.

L'intervention brève téléphonique est efficace sur la réduction de la consommation d'alcool à problème chez l'homme. Chez les femmes, l'efficacité de l'intervention brève est moindre.

c. Conclusion :

L'intervention brève téléphonique est efficace sur la diminution de la consommation d'alcool à problème surtout chez les patients masculins.

## 5. Coût-efficacité de l'intervention brève :

### a. Les études incluses :

Deux études ont été incluses dans notre travail afin d'avoir une vision coût/efficacité de l'intervention brève délivrée par le médecin généraliste.

### b. Description des études :

**\*Drummond, 2009** : (29) Etude contrôlée randomisée. L'objectif principal est d'évaluer le coût-efficacité du dépistage suivi d'intervention brève unique ou à plusieurs reprises. La population sélectionnée suite au questionnaire de dépistage AUDIT est de 122 patients de sexe masculin uniquement. Ceux-ci ont été randomisés en 2 groupes pour recevoir soit 5 minutes d'intervention brève délivrée par une infirmière expérimentée (groupe de contrôle n = 58) soit une intervention de soin spécifique (= une session de changement de comportement avec des conseils délivrés par une infirmière de pratique; quatre séances de 50 minutes de thérapie de motivation délivrée par un médecin généraliste ; et l'orientation vers une association d'aide au sevrage) (groupe intervention multiple n = 54). Le recueil des données a été fait 6 mois après le début de l'étude. On signale des biais de sélection et d'attrition dans cette étude (hommes volontaires uniquement, pas de femmes, perdus de vue important dans le groupe intervention).

Une courbe coût-efficacité acceptable a été construite et indiquait que l'intervention de soins multiples était l'intervention la plus rentable au plan économique. (Coûts de formation, coûts des salaires, coût des frais généraux, coûts sociaux des participants : soins de santé, services sociaux et l'utilisation des services liée à un accident)

L'intervention de soins multiples aboutit à des économies plus importantes par rapport à l'intervention brève seule.

**\*Mundt, 2005** (30) : Etude clinique randomisée. L'objectif de l'étude est d'évaluer le coût et les avantages de l'intervention brève au sein d'une population de personnes âgées. Le suivi s'est déroulé sur 24 mois sur une population de plus de 65 ans. Au sein de 6073 patients dépistés

pour des problèmes de consommation nocive d'alcool dans 24 lieux de soins primaires communautaires dans le Wisconsin, 158 patients répondaient aux critères d'inclusion et ont été randomisés dans le groupe contrôle (n = 71) ou d'intervention (n = 87). Les patients du groupe d'intervention ont reçu deux séances d'intervention brève de 10 à 15 minutes.

A 24 mois, le groupe d'intervention a démontré des réductions significatives de la consommation d'alcool (p = 0,001) et la fréquence de consommation excessive d'alcool (p = 0,03) par rapport au groupe de contrôle. Mais aucune différence significative a émergé dans les résultats économiques, y compris les jours d'hospitalisation, le recours aux services d'urgence, les visites chez le médecin traitant, les médicaments, les examens de laboratoire et de radiologie, des blessures, des événements indésirables.

Bien que les avantages cliniques de brèves interventions d'alcool avec les adultes plus âgés soient claires, les résultats économiques dans ce groupe d'âge sont moins certains.

c. Conclusion :

Les résultats de cette section de travail montrent que l'intervention brève en soins primaires présente une balance coût-efficacité défavorable auprès de la population générale et des patients de 65 ans et plus.

## **E. DISCUSSION :**

La diminution de la consommation d'alcool est inscrite dans la loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004 avec un objectif de réduction de la consommation par habitant de 20%. Cet objectif est argumenté en raison de la corrélation entre la quantité totale d'alcool consommé par une population et la quantité de problèmes médico-sociaux liés à cette consommation ainsi qu'à son évolution. (31)

En pratique, l'intervention brève consiste à évaluer la consommation d'alcool, à donner des informations sur les risques en rapport, et à proposer des objectifs de modération (et non pas d'abstinence). Après avoir évalué la consommation d'alcool et recherché les complications somatiques, le soignant doit évaluer le degré de motivation du patient.

Notre revue systématique de la littérature a permis de vérifier l'efficacité (ou non) clinique et statistique des interventions brèves au sein de différentes populations, leur durée d'efficacité, et leur coût-efficacité, à l'aide de nouvelles technologies de délivrance.

Les équipes des vingt-trois articles originaux figurant dans notre travail étaient de nationalité britannique (9) (22) (24) (29), américaine (12) (18) (23) (26) (28) (30), thaïlandaise (25) , finlandaise (20), suédoise (21), française (11), d'Afrique du Sud (16) et de Nouvelle-Zélande (15) (27).

### ***Forces et faiblesses de notre travail :***

La première faiblesse de notre travail est que les résultats auraient été plus interprétables si nous avions réalisé une méta-analyse, afin de prendre en compte l'hétérogénéité globale des études (variabilité des participants, des interventions, des résultats).

Au sein de cette revue systématique, l'inclusion des articles n'a été réalisée uniquement par un seul opérateur (l'auteure) et a été limitée aux articles originaux écrits en langue anglaise ou française. Néanmoins nous nous sommes efforcés d'inclure des études ayant un niveau de preuve scientifique suffisant : uniquement des études cliniques randomisées et des méta-analyses. Les revues de littérature ont été écartées volontairement.

Au plan des résultats, nous avons retrouvé des petits échantillons de populations dans certaines études (60 à 128 individus) [(25) et (20)] qui ont pu interférer dans les conclusions. L'absence d'étude de sous-groupe ou catégorie, notamment la population féminine (la plus part

du temps en sous-représentation) a pu fausser les résultats des essais. Nous avons essayé de lister les biais des articles étudiés pour nous aider à conclure sur la validation ou non de l'hypothèse principale de l'étude. (cf. annexe 7)

Enfin, l'interprétation des résultats des études a été limitée par la difficulté de la maîtrise de la langue anglaise de l'auteur.

### ***Interprétation des résultats et discussion :***

La plupart des articles originaux de notre travail a montré une **efficacité de l'intervention brève délivrée par le médecin généraliste sur la réduction de la consommation d'alcool auprès de la population générale** (10), (12), (13), en accord avec les résultats de référence de la revue Cochrane de *Kaner et al.* réévaluée en 2007. Celle-ci montre une diminution moyenne de la consommation de 38g d'alcool/semaine soit une diminution de 12% par rapport à la consommation moyenne initiale en soins primaires.

Les résultats peuvent paraître mineurs. Mais il faut garder en mémoire qu'il est plausible, du fait de la méthodologie des études, qu'une intervention brève ait été délivrée aux patients du groupe contrôle dans lequel une réduction de la consommation d'alcool est aussi observée. (Comme c'est le cas dans l'étude française analysée ci-après).

**La morbidité et en particulier, le nombre de jours d'hospitalisation et le nombre d'accidents ont améliorés par l'intervention brève** et ont été des objectifs secondaires de 2 essais de notre travail. Chez les étudiants universitaires de la méta-analyse de Fachini (19), une réduction des problèmes liés à l'alcool est prouvée. Dans l'étude de Fleming de 1997 (12), le nombre de jours d'hospitalisation est moindre dans le « bras intervention brève ».

Seule l'étude réalisée en France (11) n'a pas permis de conclure statistiquement à cette efficacité. Les hypothèses émises pour expliquer cette absence de différence de consommation d'alcool entre les 2 groupes sont la conséquence mathématique de la régression vers la moyenne, l'évolution naturelle de la consommation d'alcool et les modifications de la représentativité des médecins témoins au cours de l'étude. En France depuis les années 1950, une baisse continue de la consommation moyenne d'alcool par habitant a été observée (2). Cette évolution naturelle pourrait expliquer la diminution de la consommation déclarée d'alcool en 1 an observée dans les 2 groupes. En outre, les médecins du groupe témoin ont pu être amenés à modifier leur comportement du fait de leur participation à une formation avant l'inclusion sur

le repérage des consommateurs à problème, le consentement éclairé et les questions des patients. Il est possible qu'ils aient réalisé une intervention brève auprès de leurs patients sans le vouloir et donc de « fausser » les résultats. Enfin le dépistage quel qu'il soit, se fait sur la consommation d'alcool déclarée par le patient et est donc sujet à un biais de déclaration qui doit être pris en compte dans les études statistiques.

Deux études (18) dont une méta-analyse (19) ont prouvé **l'efficacité de l'intervention brève dans la réduction de la consommation globale d'alcool auprès des populations étudiantes universitaires**. Les 3 paramètres « épisode de consommation excessive mensuel » « nombre de boissons alcoolisées hebdomadaire » et « nombre de problèmes liés à la consommation d'alcool » ont montré une diminution globale suite à l'intervention brève. Cependant cette efficacité peut être modulée par l'effet de la maturité des étudiants à un an dans les 2 groupes (19).

Un article original de notre travail a montré **l'efficacité de l'intervention brève dans la réduction de la consommation d'alcool chez les patients de 65 ans et plus**. (17)

Deux études ont montré **l'inefficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation d'alcool auprès des femmes ayant une consommation d'alcool à problème (20) et auprès des populations à faibles revenus financiers (16)**. Des hypothèses ont été émises pour expliquer ces résultats. Les patients issus de population à faible revenus ont souvent un parcours de soin plus chaotique que le reste de la population du fait de l'irrégularité du suivi médical quel que soit le motif de consultation et de fait échappent aux conseils de prévention, et au dépistage. Et ce phénomène est d'autant plus hétérogène que les systèmes de santé des différents pays sont différents et plus ou moins accessibles à cette population. Concernant ces résultats auprès des femmes, l'inefficacité des IB pourrait être le fruit d'un manque de puissance statistique du fait des faibles échantillonnages de population féminines devant le ratio H/F de la consommation d'alcool à problème et des difficultés de dépistage. Les méthodes de dépistage actuelles pourraient être à l'origine de la sous-représentation des populations féminines : les questionnaires utilisées ne seraient pas suffisamment sensibles et spécifiques pour le repérage des consommatrices à problème. Il faut se rappeler que l'alcoolisme est pour 50% d'entre elles un simple symptôme d'une psychopathologie sous-jacente et que tant que la cause n'est pas traitée, la consommation d'alcool ne diminue pas et reste insensible à l'IB. Cet argument s'ajoute à celui d'une moindre représentativité dans la population des consommateurs/trices (25%). Donc avec 50% de 25%, c'est-à-dire 12% de représentativité il est difficile à faire répondre une étude.

Selon les études, le repérage initial des sujets à problème avec l'alcool a été fait par un questionnaire (CAGE, AUDIT) (10), (12), (13), (14), (15), (18), (19), (22), (23), (25), (26), (27), (28), (29), (30), AUDIT-C (14), ASSIST (16), soit par la déclaration de la consommation d'alcool (17) soit par le questionnaire et le dosage biologique des marqueurs hépatiques (20), (21). L'absence de questionnaire reconnu « gold-standard » explique les multiples questionnaires existants. Le seuil de dangerosité de consommation d'alcool établi dans les questionnaires de dépistage (et donc dans toutes les études de notre travail) est déterminé par des études épidémiologiques au niveau populationnel et non individuel, et induit donc des erreurs de dépistage. Néanmoins le questionnaire AUDIT semble le plus performant pour détecter les patients à problème avec l'alcool. **Le questionnaire AUDIT-C est acceptable dans le dépistage de ces patients en pratique courante** (9). Nous pouvons nous interroger sur le fait de la validation d'un questionnaire international de dépistage alors que la culture vis-à-vis de l'alcool, les systèmes de santé et le recours au généraliste ne sont pas identiques entre ces différents pays du monde.

Nous n'avons pas recensé d'essai qui ait comparé différentes méthodes de dépistage. Le dépistage systématique pratiqué lors des essais de notre étude n'a pas été comparé à un dépistage plus sélectif (par exemple ciblé sur certaines catégories de patients, ou réalisé seulement lorsque l'opportunité paraît bonne, ou sans être effectué nécessairement lors de la 1<sup>ère</sup> consultation). Cette absence de dépistage plus ciblé peut expliquer certains résultats de nos études. Par exemple, l'absence d'efficacité de l'intervention brève chez les femmes (20) et les populations à faibles revenus financiers (16) du fait de la sous-représentation dans ces études de ces populations par défaut de dépistage adéquat.

En France, il est estimé que 75% de la population française adulte rencontre une fois par an au moins le médecin généraliste (32). Le dépistage des patients à problème avec l'alcool par le médecin traitant paraît donc indispensable (sous réserve que les outils dont il dispose soient de « qualité »). Mais le repérage concerne aussi les médecins du travail qui assurent la surveillance de 14 millions de salariés. Les spécialistes et particulièrement les hépatogastroentérologues sont impliqués dans la prévention secondaire. Dans notre culture judéo-chrétienne, les médecins montrent une réticence à aborder le problème de l'alcool de façon systématique au même titre que le tabagisme ou les problèmes de comportement alimentaire, avec un argument de stigmatisation ou de perte de clientèle. En fait les malades ne montrent pas de réticence évidente à aborder leur consommation d'alcool avec leur médecin (33). Cependant les questionnaires de dépistage avec calcul d'un score et la délivrance de

l'intervention brève ont été vécus comme une gêne à la relation médecin-patient, ressemblant trop à une relation d'examineur face à un étudiant.

Dans la plupart des essais de notre travail, les résultats ont été rapportés avec un recul de 1 an (10), (11), (12), (17), (19), (21), (22), (27), (28); 3 essais avec un recul de 6 mois (14), (18), (29); 2 essais avec un recul de 3 mois (16), (24); un essai avec un recul de 18 semaines (25); un essai avec un recul de 18 mois (26); et 3 essais avec un recul de 2 ans (15), (12), (30); et un essai avec un recul de 3 ans (20). **Les résultats des études montrent une efficacité de l'intervention jusqu'à 2 ans.**

Dans la plupart des études de notre travail, la séance de l'intervention brève est de 10 à 20 minutes. L'équipe de *Kaner et al. en 2013*(22) a comparé les durées des séances d'intervention brève et a conclu à une efficacité maximale sur la réduction de la consommation d'alcool pour une intervention délivrée pendant 20 min. **La durée optimale d'une séance d'intervention brève est de 20 minutes.** Cette durée optimale efficace va suggérer au médecin généraliste la réalisation d'une consultation entière sur l'intervention brève.

Enfin **la balance coût-efficacité de l'intervention brève est défavorable par rapport à des interventions multiples** dans 2 études cliniques randomisées (29) et (30). Des hypothèses de ce résultat peuvent être émises. La plupart du temps le dépistage a été réalisé chez des hommes et des femmes de 18 à 65 ans qui consultaient ou non (13) pour le motif « consommation d'alcool ». Les malades alcoolodépendants ont parfois été exclus selon les critères suivants « antécédent de syndrome de sevrage et/ou hospitalisation, consommation d'alcool déclarée supérieure à 95 verres standards par semaine pour les hommes, 85 pour les femmes. Une seule étude de notre travail a exclu cette population (18). Le dépistage par les questionnaires actuels ne serait pas pertinent pour la sélection de la population cible la plus susceptible d'être répondeur à l'intervention brève. Une étude randomisée non incluse dans notre travail de *Saitz et al.*, (34) montre **l'inefficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation d'alcool auprès des patients alcoolodépendants.** La distinction entre l'usage de l'alcool associé à un risque de dommage médical, psychique ou social (= usage à risque) et l'usage de l'alcool déjà associé à des dommages existants somatiques, psychiques ou sociaux sans alcoolodépendance (= usage nocif) est essentielle. La prise en compte de cette distinction dans les futures études doit viser à mieux déterminer le type d'intervention

souhaitable chez les divers consommateurs et donc favoriser le coût-efficacité de l'intervention brève.

Il paraît évident que l'intervention brève serait plus efficace sur les populations à risque avec l'alcool. Cependant le dépistage de ces patients en pratique courante est plus délicat car leurs motifs de consultation sont sans rapport avec l'alcool. Des études cliniques seraient souhaitables sur le choix entre dépistage systématique de première intention ou dépistage systématique « à bon escient » car aucune évaluation n'existe à ce jour.

Une autre piste visant à améliorer le coût-efficacité de l'intervention brève serait de vérifier l'efficacité de l'intervention brève délivrée par des soignants non médecins. L'une de nos études incluses a évalué cette efficacité (14). Malheureusement la validité interne altérée de cette méta-analyse ne permet pas de conclure à une efficacité de l'IB délivrée par les soignants non médecins mais la suggèrent. A notre connaissance, aucune autre méta-analyse ne traite de ce sujet.

Enfin, nous pouvons nous interroger sur la place de nouvelles technologies de délivrance de l'intervention brève. Dans notre travail (25), (26), (27), (28) il est démontré que **l'intervention brève téléphonique et par internet est efficace sur la diminution de la consommation d'alcool à problème** surtout chez les patients masculins (28). Les populations étudiantes universitaires sont très réceptives à ce type d'intervention par le web (27). Ceci peut s'expliquer par l'aspect ludique et attractif du web sur les jeunes adultes. Cependant quelques questions émergent : Ces nouvelles technologies ont-elles une place en pratique courante de médecine générale ? Le coût-efficacité de l'intervention brève serait-il favorable grâce à ces nouvelles technologies de délivrance ? Des études bien menées ou des méta-analyses coût-efficacité pourraient être réalisées pour répondre à ces questions et orientées leur développement ou non.

## F. CONCLUSION :

En France, environ 20% de la population adulte consultant en Médecine Générale a un problème avec l'alcool. Le rôle du médecin généraliste paraît déterminant dans la prise en charge de ces patients à problème avec l'alcool à l'aide du dépistage précoce et de l'intervention brève. Le principe de l'intervention brève est celui d'un soin minimal dispensé individuellement dans une perspective motivationnelle à des individus dépistés comme consommateur d'alcool à risque ou excessifs.

Cette revue de la littérature a identifié vingt-trois travaux originaux concernant la prise en charge des patients à problème avec l'alcool. Elle montre que le questionnaire AUDIT-C (3 questions) est acceptable pour dépister les patients ayant une consommation à risque ou excessive d'alcool. Une intervention brève délivrée par le médecin généraliste suite à un dépistage permet la réduction de la consommation d'alcool à risque ou excessive d'alcool chez les hommes jusqu'à 2 ans après l'intervention. Son efficacité est vérifiée au sein de certaines populations ciblées comme les étudiants, les personnes à faible revenus, les patients âgés de plus de 65 ans. En revanche, la stratégie de dépistage et d'intervention brève n'est pas efficace chez la population féminine, possiblement en raison d'un sous-dépistage des problèmes d'alcool chez les femmes. Parmi les modalités de délivrance à distance des interventions brèves (appels téléphoniques et programme sur le Web), l'intervention brève téléphonique est d'efficacité comparable à celle délivrée en face à face.

Les rares études micro-économiques montrent que l'intervention brève délivrée en médecine générale présente une balance cout-efficacité défavorable. Cette limite conduit à s'interroger sur l'intérêt de généraliser cette intervention en pratique de médecine générale. Il serait utile de conduire des études distinguant les patients ayant une consommation à risque et ceux ayant une consommation excessive, afin d'évaluer l'efficacité et le cout spécifiques à ces groupes de patients. Par ailleurs, la mise en œuvre du dépistage et / ou de l'intervention brève par des auxiliaires médicaux plutôt que par des médecins mériterait d'être évaluée.

Nom, prénom du candidat : NAVARRO Sabine

## CONCLUSIONS

En France, environ 20% de la population adulte consultant en médecine générale a un problème avec l'alcool. Le rôle du médecin généraliste paraît déterminant dans la prise en charge de ces patients à problème avec l'alcool à l'aide du dépistage précoce et de l'intervention brève. Le principe de l'intervention brève est celui d'un soin minimal dispensé individuellement dans une perspective motivationnelle à des individus dépistés comme consommateurs d'alcool à risque ou excessifs.

Cette revue de la littérature a identifié vingt-trois travaux originaux concernant la prise en charge des patients à problème avec l'alcool. Elle montre que le questionnaire AUDIT-C (3 questions) est acceptable pour dépister les patients ayant une consommation à risque ou excessive d'alcool. Une intervention brève délivrée par le médecin généraliste suite à un dépistage permet la réduction de la consommation d'alcool à risque ou excessive d'alcool chez les hommes, jusqu'à 2 ans après l'intervention. Son efficacité est vérifiée au sein de certaines populations ciblées comme les étudiants, les personnes à faible revenus, et les patients âgés de plus de 65 ans. En revanche, la stratégie de dépistage et d'intervention brève n'est pas efficace dans la population féminine, possiblement en raison d'un sous-dépistage des problèmes avec l'alcool chez les femmes. Parmi les modalités de délivrance à distance des interventions brèves (appels téléphoniques et programme sur le Web), l'intervention brève téléphonique est d'efficacité comparable à celle en face à face.

Les rares études médico-économiques montrent que l'intervention brève délivrée en médecine générale présente une balance coût-efficacité défavorable. Cette limite conduit à s'interroger sur l'intérêt de généraliser cette intervention en pratique de médecine générale. Il serait utile de conduire des études distinguant les patients ayant une consommation à risque et ceux ayant une consommation excessive, afin d'évaluer l'efficacité et le coût spécifiques à ces groupes de patients. Par ailleurs, la mise en œuvre du dépistage et/ou de l'intervention brève par des auxiliaires médicaux plutôt que par des médecins mériterait d'être évaluée.

Le Président de la thèse,  
Nom et Prénom du Président *Hubert LE TRIVANOT*  
Signature 

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le **04 MARS 2015**

VU :  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Lyon Est



Professeur Jérôme ETIENNE

VU :  
Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

1. Castera P, Paille F. Mésusage de l'alcool : repérer, évaluer, motiver, accompagner. Rev Prat - Médecine Générale. déc 2014;28(931):813-8.
2. Collectif. Diaporama pédagogique d'alcoologie 2009 [Internet]. Société française d'alcoologie; 2009. Disponible sur: <http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A10#Documents>
3. Collectif. Apollini'ère. Actes du colloque : Alcool et Parcours de soins, quels enjeux ? 2014.
4. ARS. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie [Internet]. [cité 3 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html>
5. Deappen J, Berdoz D. Comment motiver un patient pour qu'il arrête de boire. Rev Patien. 2006;(56):1088-92.
6. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. Prev Med. mai 1999;28(5):503-9.
7. Cochrane Org. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. [cité 15 juin 2014]. Disponible sur: <http://community.cochrane.org/handbook#formats>
8. Kriston L, Hölzel L, Weiser A-K, Berner MM, Härter M. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? Ann Intern Med. 16 déc 2008;149(12):879-88.
9. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Hussain S, Meader N. Accuracy of one or two simple questions to identify alcohol-use disorder in primary care: a meta-analysis. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. juill 2014;64(624):e408-18.
10. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cité 25 févr 2015]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub3/abstract>
11. Huas D, Pessione F, Bouix J-C, Demaux J-L, Allemand H, Rueff B. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problème. Rev Prat Médecine Générale. 2002;16(586):1343-8.
12. Fleming MF, Barry K, Manwell L, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized controlled trial in community-based primary care practices. JAMA. 2 avr 1997;277(13):1039-45.
13. Bertholet N, Daepfen J, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: Systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 9 mai 2005;165(9):986-95.

14. Sullivan LE, Tetrault JM, Braithwaite RS, Turner BJ, Fiellin DA. A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict.* août 2011;20(4):343-56.
15. Hilbink M, Voerman G, Beurden I van, Penninx B, Laurant M. A Randomized Controlled Trial of a Tailored Primary Care Program to Reverse Excessive Alcohol Consumption. *J Am Board Fam Med.* 9 janv 2012;25(5):712-22.
16. Mertens JR, Ward CL, Bresick GF, Broder T, Weisner CM. Effectiveness of nurse-practitioner-delivered brief motivational intervention for young adult alcohol and drug use in primary care in South Africa: a randomized clinical trial. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs.* août 2014;49(4):430-8.
17. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract.* mai 1999;48(5):378-84.
18. Schaus JF, Sole ML, McCoy TP, Mullett N, O'Brien MC. Alcohol screening and brief intervention in a college student health center: a randomized controlled trial. *J Stud Alcohol Drugs Suppl.* juill 2009;(16):131-41.
19. Fachini A, Aliane PP, Martinez EZ, Furtado EF. Efficacy of brief alcohol screening intervention for college students (BASICS): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 12 sept 2012;7(1):40.
20. Aalto M, Saksanen R, Laine P, Forsström R, Raikaa M, Kiviluoto M, et al. Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized, controlled study. *Alcohol Clin Exp Res.* nov 2000;24(11):1680-6.
21. Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A, Rönnerberg S. Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs.* juin 2010;45(3):252-7.
22. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 9 janv 2013;346(jan09 2):e8501-e8501.
23. Marlatt G, Baer JS, Kivlahan DR, Dimeff LA, Larimer ME, Quigley LA, et al. Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66(4):604-15.
24. Khadjesari Z, Freemantle N, Linke S, Hunter R, Murray E. Health on the web: randomised controlled trial of online screening and brief alcohol intervention delivered in a workplace setting. *PloS One.* 2014;9(11):e112553.
25. Wongpakaran T, Petcharaj K, Wongpakaran N, Sombatmai S, Boripuntakul T, Intarakamhaeng D, et al. The effect of telephone-based intervention (TBI) in alcohol

abusers: a pilot study. *J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet*. juill 2011;94(7):849-56.

26. McKay JR, A H, Oslin DW, Lynch KG, Ivey M, Ward K, et al. A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: Within-treatment substance use outcomes. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(6):912-23.
27. Kypri K, Langlely JD, Saunders JB, Cashell-Smith ML, Herbison P. Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Arch Intern Med*. 10 mars 2008;168(5):530-6.
28. Brown RL, Saunders LA, Bobula JA, Mundt MP, Koch PE. Randomized-Controlled Trial of a Telephone and Mail Intervention for Alcohol Use Disorders: Three-Month Drinking Outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 1 août 2007;31(8):1372-9.
29. Drummond C, Coulton S, James D, Godfrey C, Parrott S, Baxter J, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary care: pilot study. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. nov 2009;195(5):448-56.
30. Mundt MP, French MT, Roebuck MC, Manwell LB, Barry KL. Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. *J Stud Alcohol*. mai 2005;66(3):389-94.
31. Collectif. Consommation annuelle d'alcool déclarée en France en 2005. *BEH*. 2006;255-8.
32. Batel P, Michaud P. Consommation d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves. *Gasroenterol Clin Biol*. 2002;(26 (Suppl)):158-62.
33. Michaud P, Fouilland P. Alcool, Tabac, Drogue : le public fait confiance aux médecins. *Rev Prat Médecine Générale*. 2004;(17):605-8.
34. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev*. nov 2010;29(6):631-40.

## ANNEXES

### Annexe 1 - Les seuils de consommation d'alcool définis par l'OMS

Les seuils définis par l'OMS sont les suivants :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

*Le terme de verre désigne le **“verre standard”** ou **unité internationale d'alcool (UIA)** qui est la quantité "normalisée" délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publics. La taille des verres étant inversement proportionnelle à la concentration en alcool de la boisson, on peut considérer, pour donner des repères simples et pratiques, que cette quantité correspond en moyenne à **environ 10 grammes d'alcool pur**.*

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque mais sont des compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et d'autre part la place de l'alcool dans la société et les effets (considérés comme) positifs de sa consommation modérée.

Ces seuils n'ont donc pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation. Ils constituent donc de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations, notamment :

1) en cas de situation à risque :

- conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse,
- poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc. ;

2) en cas de risque individuel :

- consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs (psychotropes) qui potentialisent, souvent rapidement les effets psychotropes de l'alcool ;
- pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d'un traitement médicamenteux ;
- modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médicaments associés de l'état psychologique, etc.,... ;
- situations physiologiques particulières : la grossesse, états de fatigue (dette de sommeil, etc.).

*NB : cette liste ne doit pas être considérée comme limitative.*

## Annexe 2. Signaux précoces liés au mésusage d'alcool

<b>Plaintes banales, non spécifiques</b> mais dont l'association et l'absence de cause évidente doivent éveiller l'attention	fatigue, nervosité, irritabilité, trouble du sommeil ou de l'humeur, difficultés de concentration, nausées, vomissements, reflux gastro-œsophagien, céphalées, douleurs abdominales, diarrhées, pollakiurie nocturne sur polydipsie nocturne
<b>Signes cliniques</b>	hypertension artérielle (surtout si résistante) hépatomégalie modérée pouvant marquer une stéatose, tremblements fins des extrémités, hyperhémie conjonctivale
<b>Un état de santé médiocre</b>	moins bon que la population générale
<b>De plus grande difficultés sociales</b>	avec un recours plus fréquent aux organismes sociaux
<b>Une certaine instabilité relationnelle avec l'entourage</b>	difficultés conjugales et familiales, problèmes professionnel, conflits de voisinage
<b>Chez les jeunes</b>	modification du comportement, insolemment, désinvestissement progressif, échec scolaire, attention aux addictions multiples avec jeux, cannabis...

## Annexe 3 : Questionnaires de dépistage les plus courants en France.

- **Questionnaire FACE**

Questions / Score	0	1	2	3	4
1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verre standard buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?	NON				OUI
4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	NON				OUI
5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?	NON				OUI

### Interprétation des résultats :

- **Score inférieur à 5 (homme) ou 4 (femme) :** risque faible ou nul
- **Score de 5 à 8 (homme) ou de 4 à 8 (femme) :** consommation excessive probable
- **Score supérieur à 8 :** dépendance probable

1 verre standard = 10 g d'alcool pur

• **Questionnaire AUDIT :**

QUESTIONS	0	1	2	3	4
1. Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous ?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou +
3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable d'arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jours ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez vu dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée ?	<i>Jamais</i>	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
9. Vous vous êtes blessé(e)s ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	NON		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
10. Est-ce qu'un proche, un médecin, ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?	NON		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
Total					

1 verre standard = 10g d'alcool pur

### Interprétation :

- **Moins de 6 (femme) ou moins de 7 (homme)** : votre consommation est à un risque « faible » ou « anodin »
- **Entre 6 et 12 (femme) ou 7 et 12 (homme)** : on est en présence d'une consommation à risque ou à problème
- **Au-delà de 13 (femme et homme)** : le risque d'alcoolodépendance peut être soupçonné

- **Questionnaire CAGE-DETA**

CAGE Questionnaire for Detecting Alcoholism		
Question	Yes	No
C: Have you ever felt you should <b>C</b> ut down on your drinking?	1	0
A: Have people <b>A</b> nnoyed you by criticizing your drinking?	1	0
G: Have you ever felt <b>G</b> uilty about your drinking?	1	0
E: Have you ever had a drink first thing in the morning ( <b>E</b> ye opener)?	1	0

A total score of 0 or 1 suggests low risk of problem drinking  
A total score of 2 or 3 indicates high suspicion for alcoholism  
A total score of 4 is virtually diagnostic for alcoholism

1 - Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

2 - Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

3 - Avez déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

4 - Avez-vous eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

**Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolodépendance partir de 2 items positifs.**

## Annexe 4 : Grille d'extraction des données

Titre :

.....  
.....

Thème principal : .....

Auteur principal : .....

Date de publication : .....

Pays de l'étude : .....

Objectif principal :  
.....  
.....  
.....

Type d'étude :

- Essai comparatif randomisé : oui / non
- Meta-analyse : oui / non

Population étudiée :

- Nombre total : ..... Nb groupe expérimental : .....  
Nb groupe contrôle : .....
- Modalité de recrutement : .....
- Age moyen : .....
- Répartition sexe : ..... Femmes % : .....  
Hommes % : .....

Durée de l'étude : .....

Suivi : .....

Résultats :

- Odds ratio : .....
- Risque relatif : .....
- Intervalle de confiance : .....

Biais : oui / non

Lequel(s) ? :  
.....  
.....  
.....

## Annexe 5 : Exemples de questions d'aide au changement de comportement envers la consommation d'alcool à problème

### Aperçu de questions d'aide au changement.

#### 1. Inconvénients du *statu quo*

- Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre situation actuelle ?
- Qu'est-ce qui fait que vous vous préoccupez de votre tension artérielle ?
- Quelles difficultés avez-vous eues en rapport avec votre consommation de drogue ?
- Qu'est-ce qui, dans votre façon de boire, vous inquiète, vous ou votre entourage ?

#### 2. Avantages du changement

- Comment aimeriez-vous voir évoluer les choses ?
- Quelles pourraient être pour vous les bonnes raisons de perdre du poids ?
- À quoi voudriez-vous que votre vie ressemble dans cinq ans ?
- Et si par magie les choses changeaient dans l'instant, qu'est-ce qui s'améliorerait ?

#### 3. Optimisme à l'égard du changement

- Si vous décidiez ce changement, qu'est-ce qui vous fait penser que vous y arriveriez ?
- Qu'est-ce qui vous encourage à penser que, si vous le souhaitez, vous pouvez changer ?
- Qu'est-ce qui marcherait, d'après vous, pour vous aider à changer ?
- Dans quelle mesure vous faites-vous confiance pour mener à bien ce changement ?

#### 4. Intention de changer

- Qu'est-ce que vous pensez de votre consommation d'alcool en ce moment ?
- Qu'est-ce que vous aimeriez essayer de faire ?
- Que pensez-vous pouvoir faire ?
- Qu'avez-vous l'intention d'entreprendre maintenant ?

\* D'après Miller et Rollnick ;  
traduction et adaptation de Lécallier et Michaud.

## Annexe 6 : Description simplifiée des études.

Titre	Auteur Principal	Date	Pays	Participants	Durée	Thème :	Intervention	Biais
<u>Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use ?</u>	Kriston L.	2008	Europe, USA.	Population globale n=20030	NA	Comparaison du dépistage des patients à problème avec l'alcool entre le questionnaire AUDIT-C et le questionnaire AUDIT complet. En soins primaires.	Méta-analyse de 14 études >Pas de différence statistique significative.	Validité interne très bonne, pas d'exclusion de langue.
<u>Accuracy of one or two simple questions to identify alcohol-use disorder in primary care: a meta-analysis.</u>	Mitchell A.	2014	Europe, USA	Population globale n=5646	NA	Dépistage des patients à problème avec l'alcool à l'aide d'1 à 2 questions de l'AUDIT-C En soins primaires.	Méta-analyse de 17 études. <u>Question 1</u> : Se= 54.5 % (IC95% = 43-65.5) ; Sp= 87.3% (IC95% = 81.5-91.5) <u>Question 1 + Question 2</u> : Se = 87.2% (IC95%=69.9-97.7) ; Sp= 79.8% (IC95% = 75.7-83.6)	Validité interne très bonne, pas d'exclusion de langue.
<u>Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations</u>	Kaner E.	2007	International	Population globale n=7619	12 mois	Evaluation de l'efficacité de l'IB dans la réduction de la consommation d'alcool en soins primaires.  Chez les hommes et chez les femmes.	Méta-analyse de 22 études. <i>différence moyenne</i> : -38 g/semaine, (IC95% : - 54 à - 23) I2 = 57% <i>Homme = différence moyenne</i> : - 57g/sem (IC95% : -89 à - 25), I2=56% <i>Femme =différence moyenne</i> : - 10g/sem, (IC95 % : - 48 à 29), I2 = 45 %	Validité interne très bonne, pas d'exclusion de langue Pas de biais de publication

<u>Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problème.</u>	Huas D.	2002	France	Population n= 514 hommes. Randomisation des médecins. Témoïn n=149. Intervention n=270.	12 mois	Evaluation de l'IB auprès des consommateurs d'alcool à problème en France. En soins primaires	Etude contrôlée randomisée en simple aveugle. Pas de différence statique sur la consommation d'alcool entre les 2 groupes p > 0.31	Biais de recrutement des patients élevé
<u>Brief Physician Advice for Problem Alcohol DrinkersA Randomized Controlled Trial in Community-Based Primary Care Practices</u>	Fleming MF.	1997	USA	n= 774  Témoïn n=382 Expérimental n=392  Homme = 482 Femme = 292	12 mois	Evaluation de l'efficacité de l'IB sur la réduction d'alcool chez les patients à problème. En soins primaires  Vérification de l'impact de l'IB sur la durée moyenne d'hospitalisation.	Etude contrôlée randomisée <i>Nb de boissons alcoolisées consommées au cours des 7 derniers jours :</i> 19.1 > 11.5 groupe expérimental contre 18.9 > 15.5 groupe témoïn avec p<0.001 <i>Nb moyen d'épisode de consommation excessif au cours des 30 derniers jours :</i> 5.7 > 3.1 groupe expérimental contre 5.3 > 4.2 groupe témoïn avec p<0.001 <i>Diminution de la durée moyenne d'hospitalisation :</i> chez les hommes p<0.01	Biais de performance faible

<u>Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care Systematic Review and Meta-analysis</u>	Bertholet N.	2005	Europe Amérique du Nord	n= 5639	12 mois	Evaluation de l'efficacité de l'IB chez les patients non demandeurs d'aide sur leur consommation d'alcool à problème. En soins primaires.	Méta-analyse de 19 essais. Pas d'analyse en sous-groupe. <i>différence moyenne</i> : -37.5 g/sem, (IC95% : - 51 à - 24)	Validité interne très bonne. Pas de biais de publication.
<u>A Meta-analysis of the Efficacy of Nonphysician Brief Interventions for Unhealthy Alcohol Use: Implications for the Patient-Centered Medical Home</u>	Sullivan L.	2001	Europe, Amérique du Nord	n= 2633	6 mois	Evaluation de l'efficacité de l'IB délivrée par des soignants non médecins (groupe expérimental) vs l'IB délivrée par le médecin généraliste (groupe témoin)	Méta-analyse de 7 essais. Réduction de 1.7 verre standard par semaine dans le groupe expérimental par rapport au groupe témoin.	Validité interne mauvaise. Sélection langue anglaise uniquement. Biais d'extraction.

<u>Effectiveness of Nurse-Practitioner-Delivered Brief Motivational Intervention for Young Adult Alcohol and Drug Use in Primary Care in South Africa: A Randomized Clinical Trial</u>	Mertens J.	2014	Afrique du Sud (Western Cap)	n=403 Groupe intervention n=190 56% femmes  Groupe témoin n= 173 43% femmes	3 mois	Evaluation de l'efficacité de l'IB sur les populations à faible revenus financiers.  Critère de jugement : mesure du score ASSIST	Etude contrôlée randomisée Diminution du score ASSIST de 13 à 8 en fin d'étude pour le groupe intervention Et de 11 à 9 pour le groupe témoin.	Biais de déclaration moyen
<u>Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial.</u>	Fleming MF.	1999	USA	N=158 Groupe intervention n=87  Groupe témoin n=71  Homme = 66% Femme = 34%	12 mois	Evaluation de l'efficacité de l'IB au sein d'une population âgée de 65 ans ou plus.	Etude contrôlée randomisée <i>Consommation d'alcool ingéré par semaine</i> : 130 g dans le groupe intervention contre 210g dans le groupe témoin p<0.01 <i>Nb d'épisode de forte consommation par mois</i> : 1.8 épisodes dans le groupe intervention vs 5.3 épisodes dans le groupe témoin. P<0.01	Biais de sélection sur le ratio H/F faible

<u>Alcohol Screening and Brief Intervention in a College Student Health Center: A Randomized Controlled Trial</u>	Schaus J.	2009	USA Floride	N=363 Groupe expérimental (I) n=181 Groupe témoin (C) n=182  Femmes = 52%  Age moyen = 20.6 ans +/- 2.7	9 mois avec évaluation à 3, 6 et 9 mois	Evaluation de l'efficacité de l'IB auprès d'étudiants universitaires américains.	Etude contrôlée randomisée <i>Alcoolémie moyenne</i> : C = 0.071 vs I = 0.057 à 3 mois; C = 0.073 vs I = 0.057 à 6 mois p = 0.018 <i>Nb de boisson alcoolisée par soirée</i> : C = 8.03 vs I = 6.87 à 3 mois; C = 7.98 vs I = 6.52 à 6 mois, p = 0.006 <i>Nb moyen de verre par semaine</i> : C = 9.47 vs I = 7.33 à 3 mois; C = 8.90 vs I = 6.16 à 6 mois p < 0.001 <i>Nb d'épisode en état d'ébriété par semaine</i> : C = 1.24 vs I = 0.85 à 3 mois; C = 1.10 vs I = 0.71 à 6 mois, p = 0.027 <i>Nb de prise de risques insensés</i> : C = 2.24 vs I = 1.12 à 3 mois, p = 0.031	0
<u>Efficacy of brief alcohol screening intervention for college students (BASICS): a meta-analysis of randomized controlled trials</u>	Fachini A.	2012	USA	N = 54 à 1275	12 mois	Evaluation de l'efficacité de l'IB auprès d'étudiants universitaires et de ses conséquences sur la survenue d'incidents liés à l'alcool.	Méta-analyse de 18 études. <i>Nb moyen de boisson alcoolisée par semaine</i> = -1.5 verre IC95% = -3.24 à -0.29 <i>Nb moyen de problème lié à l'alcool</i> = -0.87 incident, IC95% = -1.58 à -0.20.	Validité interne très bonne.

<u>Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized, controlled study.</u>	Aalto M.	2000	Finlande	n =118 femmes Groupe A : n=40 (7 IB) Groupe B : n=38 (3 IB) Groupe C : n=40 (pas d'IB)	3 ans	Evaluation de l'efficacité de l'IB auprès des femmes Jusqu'à 3 ans après l'intervention.	Etude contrôlée randomisée  Pas d'efficacité statistique retrouvée des différentes mesures (consommation d'alcool déclarée, marqueurs biologiques) avec p le bas à 0.24.	0
<u>Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-Year Randomized Controlled Study</u>	Hermans-Son U.	2010	Suède	n =194 Témoin n=70 Intervention n=58 Intervention + journal de consommation n = 66  68 % homme  Age moyen : 43.2 ans +/- 9.6	12 mois	Evaluation de l'efficacité de l'IB sur une période de 12 mois. Critère de jugement : Questionnaire AUDIT et dosage sanguin du CDT	Etude contrôlée randomisée <i>Pourcentage de dépistage positif à l'entrée/à 12 mois : 51% / 23% pour le questionnaire AUDIT (P &lt; 0.0001)</i> <i>Pourcentage de dosage au-dessus de la normale à l'entrée/à 12 mois : 58% / 34% (P &lt; 0.0001) pour le CDT.</i>	Biais de sélection sur le ratio H/F

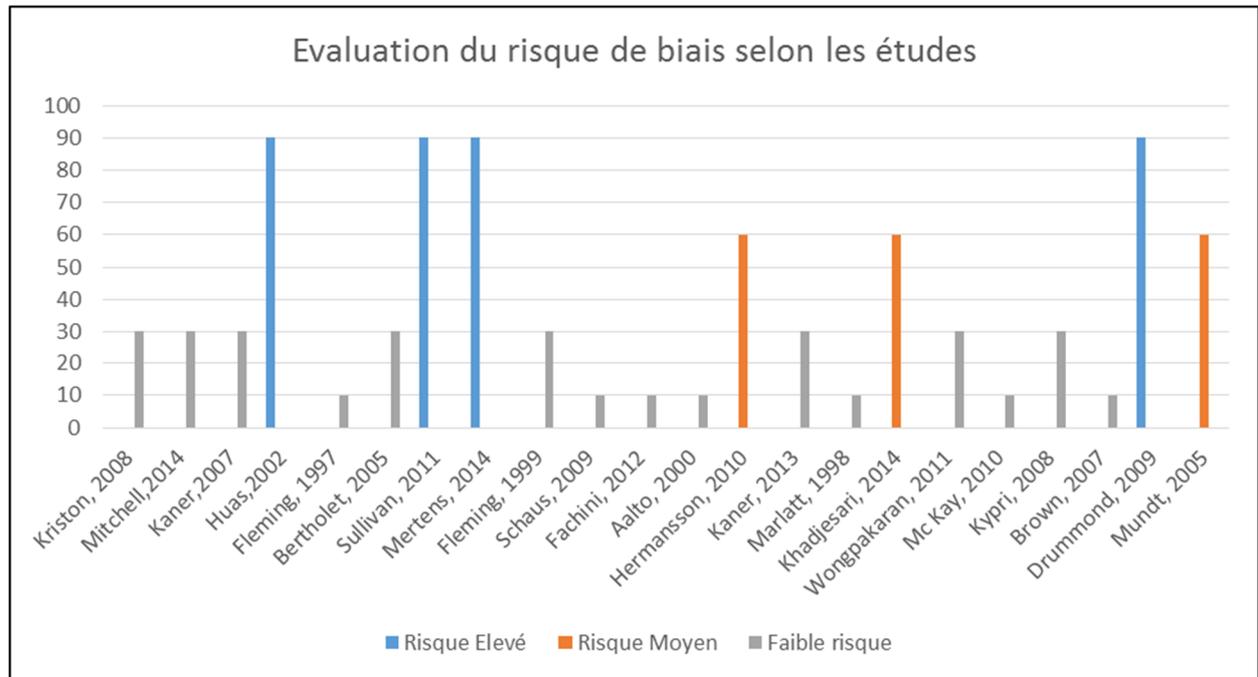
<u>Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial</u>	Kaner E.	2013	Royaume-Uni	N=756 Témoins : n=363 IB de 5 min : n=250 IB de 20 minutes n=143  62 % homme  Age moyen : 45 ans	12 mois	Evaluation de la durée de séance d'intervention brève la plus efficace	Essai contrôlé randomisé  ODR d'avoir un résultat AUDIT négatif = 0.85 (IC95% = 0.52-1.39) pour le groupe IB de 20 minutes  ODR d'avoir un résultat AUDIT négatif = 0.78 (IC95% = 0.48-1.25) pour le groupe témoin	Biais de sélection sur le ratio H/F.
<u>Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment</u>	Marlatt G.	1998	USA Université de Washington	N=348 188 femmes 160 hommes  Témoins n=174 Intervention n=174	2 ans	Evaluation de l'efficacité de l'IB à 2 ans	Essai contrôlé randomisé  <i>Nb moyen de verre standard par épisode de consommation, à 2 ans :</i> 3.6 verres pour le groupe intervention contre 4.8 verres pour le groupe témoin	Pas de biais d'attrition
<u>Health on the Web: Randomised Controlled Trial of Online Screening and Brief Alcohol Intervention Delivered in a Workplace Setting</u>	Khadjesari Z.	2014	Royaume-Uni	N=1330 Groupe témoin : n=671 Groupe intervention : n=659  75% homme  Age moyen : 48 ans	3 mois	Evaluation de l'efficacité de l'IB délivrée en ligne sur le Web face versus aucune IB délivrée.	Essai contrôlé randomisé  Aucune différence statistique significative n'a été retrouvée entre les 2 groupes sur le critère de jugement principal (score AUDIT) P=0.03	Biais de sélection sur le ratio H/F moyen

<p><u>The effect of telephone-based intervention (TBI) in alcohol abusers: a pilot study.</u></p>	<p>Wongpakaran T.</p>	<p>2011</p>	<p>Thaïlande</p>	<p>N=60 Groupe intervention n=30 (IB) Groupe témoin n=30 (mails)</p>	<p>18 semaines</p>	<p>Evaluation de l'efficacité de l'IB délivrée par téléphone versus mails hebdomadaires</p>	<p>Essai contrôlé randomisé <i>Nb de jours de consommation par semaine</i> 2.8 jours +/- 2.0 pour le groupe intervention vs 4.1 jours +/- 2.0 pour le groupe témoin p&lt;0.01 <i>Pourcentage de patients ayant diminué la consommation d'alcool moyenne : (semaine 6)</i> 37.3% des participants du groupe intervention Contre 11.8 % du groupe témoin (f = 16.49, df = 1, p &lt; 0.001, avec NNT = 1.69).</p>	<p>Biais d'attrition faible</p>
<p><u>A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: Within-treatment substance use outcomes.</u></p>	<p>Mc Kay J.</p>	<p>2010</p>	<p>USA</p>	<p>N=252 Groupe TAU (soins traditionnels) n=86 Groupe TM (IB téléphonique) n=83 Groupe TMC (IB téléphoniques récurrentes) n=83  64.3% hommes Age Moyen : 43 ans</p>	<p>18 mois</p>	<p>Evaluation de l'efficacité de l'IB téléphonique face à l'IB délivrée en face à face.</p>	<p>Etude contrôlée randomisée : Consommation globale d'alcool TMC (OR = 1.88, IC [1.13, 3.14]) contre TAU (OR=1.74, IC [1.03, 2.94]). TMC = moins de jours de consommation d'alcool à 18 mois et consommation excessive d'alcool que TAU (ds = 0.46–0.65).</p>	<p>0</p>

<u>Randomized Controlled Trial of Web-Based Alcohol Screening and Brief Intervention in Primary Care</u>	Kypri K.	2008	Nouvelle Zélande	N=576 dont 300 femmes (52%) Témoin n= 147 Contrôle avec brochure n= 146 IB à 1 reprise sur le web n=138 IB à 3 reprises sur le web n=145 Age moyen 20.1 ans +/- 1.9	12 mois	Evaluation de l'efficacité du dépistage et de l'IB par internet est efficace sur la réduction de la consommation d'alcool à problème.	Etude contrôlée randomisée <i>A 12 mois, consommation totale d'alcool (RR = 0.77; IC95%= 0.63-0.95 (équivalent à 3.5 verres standard par semaine) répercussions universitaires (RR, 0.80; IC95%, 0.66-0.97), et diminution du score AUDIT de 2.17 points (IC95%, -1.10 à -3.24) en faveur du groupe IB à 3 reprises sur le web.</i>	Biais de sélection sur le ration H/F faible.
<u>Randomized-Controlled Trial of a Telephone and Mail Intervention for Alcohol Use Disorders: Three-Month Drinking Outcomes</u>	Brown	2007	USA Wisconsin	N=897 Groupe témoin (mail sur conseils hygiènes de vie) n= 449 Groupe intervention téléphonique (6 séances) n=448  44.6 % homme	12 mois	Evaluation de l'efficacité de l'IB téléphonique sur la réduction de la consommation d'alcool face à la distribution d'un mail sur les conseils d'hygiène de vie.	Etude contrôlée randomisée <i>Diminution des jours de consommation à risque en pourcentage : 30.6% pour les hommes du groupe intervention contre 8.3% pour les hommes du groupe témoins p&lt;0.001. Diminution de la consommation globale en pourcentage : 17.3% pour les hommes intervention vs 12.9% pour les hommes contrôle (p=0.001). Diminution des jours de consommation à risques en pourcentage pour les femmes : 17.2% pour le groupe intervention vs 11.5% pour le groupe contrôle (p&gt;0.5)</i>	0

							<i>Diminution de la consommation globale en pourcentage pour les femmes : 13.9% pour le groupe intervention vs 11.0% pour le groupe contrôle (p&gt;0.05)</i>	
<u>Effectiveness and cost-effectiveness of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary care: pilot study</u>	Drum-Mond C.	2009	Royaume-Uni (Galles du Sud)	N=122 patients masculins uniquement Groupe témoin (IB) n=58 Groupe expérimental (programme de soins intense) n=54  Age moyen : 43 ans	6 mois	Evaluation du coût-efficacité du dépistage (AUDIT > 8) suivi d'une IB face à un programme de soins plus intense	Etude contrôlée randomisée <i>rapport coût-efficacité du programme de soins intense</i> : 81,8% des cas du groupe expérimental > le rapport est moins coûteux et plus efficace.	Biais de sélection (sur le ratio H/F) élevé.  Biais d'attrition moyen.
<u>Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits</u>	Mundt MP.	2005	USA Wisconsin	N=158 Groupe contrôle n=71 Groupe intervention n=87  66.4% homme	24 mois	Evaluation du coût-efficacité de l'intervention brève vs aucune intervention	Etude contrôlée randomisée <i>Coût d'utilisation des services hospitaliers au cours des 24 mois de suivi</i> : \$ 3260 pour le groupe d'intervention ; \$ 3,924 pour le groupe de contrôle (p= 0,052). <i>Coût total des conséquences sociales</i> : \$ 1,981/patient du groupe intervention contre \$ 2,364/patient pour le groupe de contrôle (p= 0,081).	Biais de sélection (sur le ratio H/F) moyen

## ANNEXE 7 : Estimation du risque global de biais selon les études



## **Navarro Sabine; Intervention brève en soins primaires auprès du patient à problème avec l'alcool : une revue systématique de la littérature.**

70 pages. ill. tab.

Th. Méd : Lyon 2015 n°37/2015

---

### **Résumé :**

**Contexte :** En France l'alcool est responsable de 50 000 décès par an environ et on estime que 5 millions de français(es) auraient une consommation d'alcool à problème. Le médecin généraliste a un rôle important dans le dépistage de ces patients et dans leur prise en charge. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité globale, les modalités de délivrance et le coût-efficacité de l'intervention brève sur la diminution de la consommation d'alcool auprès de la population générale et des populations ciblées à problème avec l'alcool.

**Méthodes :** Revue de la littérature basée sur la méthode Cochrane, incluant des études contrôlées randomisées et des méta-analyses, rédigées en langue anglaise et française.

**Résultats :** 23 articles originaux sont analysés. Les résultats montrent que le dépistage des patients à problème avec l'alcool par le questionnaire AUDIT-C est acceptable. L'efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation d'alcool chez les hommes, chez les patients de 65 ans et plus, chez les étudiants et plus faiblement chez les patients à faibles revenus, jusqu'à 2 ans, est démontrée. En revanche, la stratégie de dépistage et de délivrance de l'intervention brève n'est pas efficace au sein de la population féminine. Enfin la balance coût-efficacité n'est pas favorable pour l'intervention brève face à un programme de soins plus intense.

**Conclusion :** L'efficacité de l'intervention brève est démontrée en soins primaires mais la balance coût efficacité défavorable de cette intervention nous a amené à nous interroger sur son application en pratique courante. L'absence d'efficacité chez les femmes doit être mesurée par leur sous représentativité dans les études cliniques et par le dépistage adéquat de cette population à problème avec l'alcool. Mais sans attendre un consensus sur la place et les moyens de délivrance de l'intervention brève, rien n'empêche à ceux qui le souhaitent de repérer et de pratiquer des interventions brèves, probablement bénéfiques pour la santé de leurs patients.

---

**MOTS CLES :** intervention brève, alcool, population à problème avec l'alcool, efficacité, coût-efficacité, soins primaires, étude randomisée, revue systématique de la littérature

---

**JURY :** Président : Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent

Membres : Monsieur le Professeur ZOULIM Fabien

Monsieur le Professeur D'AMATO Thierry

Monsieur le Docteur BRINNEL Heiner

---

**DATE DE SOUTENANCE :** 10 mars 2015

---

Adresse de l'auteur : [sabinenavarro@yahoo.fr](mailto:sabinenavarro@yahoo.fr)