

Dr Philippe Castera*, Dr Shérazade Kinouani**, Pr Jean-Philippe Joseph***

* Coordinateur médical du réseau AGIR 33-Aquitaine. Maître de conférences associé de médecine générale, Département de médecine générale, Université de Bordeaux, 146, rue Léo Saignat, F-33076 Bordeaux Cedex. Courriel : philippe.castera@u-bordeaux.fr

** Chef de clinique de médecine générale, Université de Bordeaux, France

*** Professeur associé de médecine générale, Université de Bordeaux, France

Reçu juillet 2014, accepté novembre 2014

Repérage précoce et intervention brève

Succès et limites

Résumé

Contexte : la France a intégré en 1998 le programme “Less is better” de l’Organisation mondiale de la santé. Malgré quelques succès, la pratique du repérage précoce et de l’intervention brève (RPIB) demeure très insuffisante.

Méthodologie : l’objectif de cet article est de réaliser une synthèse narrative de la littérature analysant les succès et limites, les atouts et faiblesses du RPIB alcool, tel qu’il s’est développé en France. La recherche documentaire a été réalisée en novembre 2013. **Résultats :** les efforts des pouvoirs publics pour soutenir le développement du RPIB en France sont significatifs, mais trop fragiles pour en permettre une diffusion nationale homogène. Malgré tout, l’implication de certains promoteurs et financeurs ont permis des réussites locales. Les seuils de risque actuellement retenus sont discutés et variables selon les recommandations françaises. Les interventions brèves ont prouvé leur efficacité à court terme et sur des critères intermédiaires, comme la diminution de la consommation déclarée d’alcool. **Conclusion :** les auteurs proposent de diversifier les modalités du RPIB selon les professionnels, les contextes et les publics. Une approche opportuniste, centrée sur les usages nocifs et les situations à risque immédiat, semble plus pragmatique en médecine générale.

Mots-clés

Soin primaire – Alcool – Trouble de l’usage – Repérage – Intervention brève.

Summary

Early screening and brief intervention: success and failures

Context: in 1998, France joined the program “less is better” of the World Health Organization. Despite some success, the early screening and brief intervention (called RPIB) remains insufficient. **Method:** the aim of this narrative review is to describe success and failures, strengths and weaknesses of alcohol RPIB, as it has developed in France. The literature search was conducted in November 2013. **Results:** the government’s supports to develop RPIB in France are significant but too weak to allow a large spreading. The involvement of some sponsors and funders allows some localized success. Current risk thresholds are discussed and depending on French recommendations. Brief interventions are effective in the short term and with intermediate endpoints, like the reported consumption of alcohol. **Conclusions:** the authors propose to adapt the RPIB alcohol to professionals and public contexts. An opportunist approach, focusing on harmful use and situations of immediate risk, seems more pragmatic in general practice.

Key words

Primary care – Alcohol abuse – Alcohol use disorder – Screening – Brief intervention.

Au début des années 1980, l’Organisation mondiale de la santé (OMS) a initié le programme international “Less is better” cherchant à réduire la mortalité imputable

à l’alcool. Les professionnels des soins primaires y sont positionnés en acteurs essentiels de la promotion du dépistage précoce des conduites d’alcoolisation, susceptibles

d'évoluer vers des dommages sociaux et sanitaires. Ce programme consiste à informer les sujets repérés des risques auxquels ils s'exposent et de leur proposer d'essayer de maîtriser leur consommation d'alcool, dans le cadre d'une intervention brève (1-4). Nous sommes dans ce qui est communément appelé en France le repérage précoce et l'intervention brève "alcool" ou RPIB.

Le programme de l'OMS comprend quatre phases. La dernière vise à "*promouvoir la diffusion à grande échelle du RPIB en pratique de routine*" (4). Pour chaque pays, les grands axes sont :

- adapter les outils du RPIB ;
- favoriser la diffusion de nouvelles représentations sociales en matière d'alcool ;
- instituer une "organisation locomotive" susceptible de promouvoir le projet ;
- nouer des alliances stratégiques avec l'ensemble des acteurs ;
- réaliser des études de faisabilité.

Que peut-on dire de l'expérience française, suite à son intégration dans le programme OMS en 1998 ? Quels en sont les succès et les limites ? Comment en favoriser le développement ?

Méthodologie

L'objectif de cet article est d'analyser les succès et limites, les atouts et faiblesses du RPIB alcool tel qu'il s'est développé en France depuis 15 ans. Nous avons réalisé une synthèse narrative de la littérature. La recherche documentaire effectuée en novembre 2013 a porté, depuis 1990, sur les bases de données Medline, Inist, The Cochrane Library, BDSP, PsycINFO, SUDOC. Les mots-clés suivants ont été utilisés : *primary care, alcohol, screening, brief intervention*.

Quand la problématique l'exigeait, les meilleures données disponibles ont été privilégiées, notamment les méta-analyses et les revues systématiques. Nous nous sommes limités aux données concernant les adultes, en dehors des situations à risque particulières, vus en soins primaires et plus particulièrement en médecine générale. La littérature grise a été également explorée à partir des sites des organismes suivants : OMS, INPES, INCa, HCSP, OFDT, SFA, MILDECA (signification des abréviations : annexe 1).

Résultats

Mise en place et développement du RPIB en France

Dès 1998, le programme de l'OMS a été décliné en France sous la forme d'expérimentations menées dans cinq régions, sur financement public (3, 4) :

- En Île-de-France (1998), l'ANPAA a développé plusieurs "recherches actions" autour du programme "Boire moins, c'est mieux", afin d'adapter les outils du RPIB au contexte français. Des modalités de mobilisation des médecins généralistes ont été testées. Le questionnaire de repérage FACE a été élaboré et validé comme le plus adapté à la médecine générale (5, 6).
- En Aquitaine (2001), deux projets ont été développés dans le cadre du programme régional de santé (PRS) alcool 2001-2006. Une étude de faisabilité, conduite par AGIR 33, a amené 87 médecins généralistes girondins à repérer la consommation problématique d'alcool chez 13 712 patients sur un an. Les résultats confortent la pratique du RPIB (7). Sur le Pays basque, plus de 200 médecins ont été formés au RPIB alcool sur un an, en formation médicale continue (FMC) traditionnelle ou en entretiens confraternels en face à face par RESAPSUD.
- En Champagne-Ardenne (2002), le réseau ADDICA, en partenariat avec l'ANPAA, a formé une centaine de professionnels de santé et diffusé des documents à destination des professionnels de santé.
- En Bourgogne (2003), une centaine de médecins ont été formés par l'ANPAA régionale, au sein de groupes locaux de FMC.
- En Bretagne (2004), face à la faible réactivité du dispositif de FMC, les porteurs du projet (URMLB, DRASS, ANPAA) ont fini par organiser des visites confraternelles.

Suite au rapport de l'OFDT 2005 (3), le ministère de la Santé a développé une stratégie de diffusion nationale du RPIB (2006-2010) auprès des médecins généralistes, conformément à la circulaire N°DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006. Il est proposé aux régions d'inscrire la formation au RPIB dans leurs priorités. Il s'agit de communiquer et de mobiliser les acteurs locaux. De nombreux supports et documents, des outils de formation et d'évaluation ont été produits et diffusés :

- un registre des formateurs consultable sur le site de l'OFDT ;
- un guide d'élaboration des formations au RPIB réalisé par l'IPPSA ;
- des questionnaires d'évaluation en ligne ;

- des supports pour le grand public, adaptés aux salles d'attente ou pouvant être remis en face à face, comme "Pour faire le point avec votre consommation d'alcool" ;
- des documents à destination des professionnels de santé (4, 8, 9).

Le CFES (de 1984 à 2002) puis l'INPES (à partir de 2002) ont développé plusieurs documents et de nombreuses campagnes médiatiques autour de la consommation d'alcool, dont le récapitulatif peut être retrouvé sur le site de l'INPES (10).

Une évaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008 a été réalisée par l'OFDT (11). À la fin de 2008, 19 promoteurs, 172 formateurs et 920 médecins généralistes formés sont recensés dans dix régions sur 27 par l'OFDT. Deux organismes, AGIR 33 et IPPSA, sont très sollicités et assurent des formations en dehors de leur région. 15 promoteurs du réseau de l'ANPAA, une association de formation médicale continue et un réseau interviennent aussi.

À l'époque, les formations sont essentiellement destinées aux médecins généralistes et se déroulent à 87 % en soirée. Les outils de repérage présentés sont essentiellement le FACE (près de 100 % des cas), la consommation déclarée d'alcool ou CDA (plus de 70 %), puis l'AUDIT (30 %). L'intervention brève proposée est identique dans toutes les régions. Dans 80 % des cas, des jeux de rôle sont organisés et un binôme de formateurs anime la formation.

Une évolution favorable de la plupart des indicateurs à un an a été constatée au décours des formations : meilleure connaissance des seuils de risque, diminution de tous les obstacles pour aborder la question de l'alcool, utilisation nettement augmentée du questionnaire FACE et de l'intervention brève, meilleure confiance pour évoquer le problème et accompagner les patients.

Depuis 2010, le développement de projets régionaux se poursuit, ceci étant lié, en grande partie, à l'investissement de promoteurs locaux et au soutien de leur ARS. On peut citer plus particulièrement les régions Rhône-Alpes, Picardie, Haute-Normandie, Auvergne, Guyane, Lorraine, PACA et Pays-de-Loire. Outre cette diffusion nationale, l'élargissement aux professionnels de la santé au travail, de la santé scolaire, de la périnatalité, des urgences, aux pharmaciens, ainsi qu'aux étudiants de ces disciplines, est aujourd'hui très significatif. Nous avons ainsi une politique nationale qui, avec très peu de financements fléchés, essaye de promouvoir le RPIB alcool en France, pour une couverture encore très incomplète du territoire.

Annexe 1. – Liste des abréviations

ADDICA : Addiction et précarité en Champagne-Ardenne
 AGIR 33 : Réseau addictions Gironde
 AICR : American institute for cancer research
 ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
 ARS : Agence régionale de la santé
 AUDIT : *Alcohol use disorder identification test*
 CDA : Consommation déclarée d'alcool
 CFES : Comité français d'éducation pour la santé
 CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire
 DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
 DSM : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*
 DSP : Déléguée santé prévention®
 FACE : Formule approchant la consommation par entretien
 FMC : Formation médicale continue
 HCSP : Haut conseil de santé publique
 INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
 IPPSA : Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie
 MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (anciennement MILDT)
 OFDT : Office français des drogues et des toxicomanies
 OMG : Observatoire de la médecine générale
 OMS : Organisation mondiale de la santé
 PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
 PRS : Programme régional de santé
 RPIB : Repérage précoce et intervention brève
 RESAPSUD : Réseau sud aquitain des professionnels des soins aux usagers de drogues
 URMLB : Union régionale des médecins libéraux de Bourgogne
 SFA : Société française d'alcoologie
 UIA : Unité internationale d'alcool
 WCRF : World cancer research fund

Le RPIB alcool est une démarche structurée et relativement homogène, dont l'apprentissage semble avoir un impact positif sur les connaissances et représentations des professionnels, mais moins sur leurs pratiques. Nous constatons l'élargissement du RPIB vers d'autres professionnels que les médecins généralistes, du fait de la complexité de mobilisation de ce public, mais aussi du fait de l'importance de favoriser les repérages dans différents contextes (entreprises, établissements d'enseignement, maternités, etc.).

Une expérience locale particulière : la région Aquitaine

Depuis le début des années 2000, la DRASS puis l'ARS d'Aquitaine ont permis la rencontre des promoteurs locaux, ont aidé à la coordination des projets et les ont soutenus financièrement. Suite à l'étude de faisabilité du RPIB en médecine générale menée par AGIR 33 (7), les médecins investigateurs ont considéré que la venue régulière d'un assistant de recherche clinique avait été pour eux un élément majeur de motivation. Le projet de Déléguée santé prévention® (DSP) a ainsi débuté dès 2005 (12). La visite de plus de 90 % des médecins par la DSP permet de diffuser une information sur le RPIB, de proposer des formations et de mieux faire connaître les ressources du territoire, avec un impact significatif sur tous ces indicateurs (13, 14).

Une coordination régionale RPIB financée par l'ARS, d'abord assurée par l'ANPAA puis, depuis 2011, par AGIR 33, a permis de poursuivre les formations. Afin de répondre aux besoins des nouveaux publics, le RPIB a été démultiplié : RPIB jeune, RPIB senior, RPIB femme enceinte. Le RPIB se centre ainsi sur le consommateur, non plus sur le produit. Tous les outils sont développés en étroite collaboration avec les CSAPA, les départements universitaires de médecine générale ou d'addictologie et les spécialistes du champ considéré.

L'incitation des professionnels au repérage implique de leur donner aussi la possibilité d'orienter dans les meilleures conditions les patients présentant les troubles d'usage d'alcool les plus sévères. Un site internet interactif, consacré aux ressources régionales utiles en premier recours, est ainsi en cours de développement.

Enfin, le RPIB a été introduit dans les formations initiales des médecins généralistes, des infirmières, des sages-femmes et des pharmaciens d'officine. Des recherches sont développées à la demande des étudiants pour leurs thèses ou mémoires. Au total, plus de 6 000 professionnels ont été ainsi formés au RPIB en Aquitaine, sur une dizaine d'années. Le RPIB apparaît ainsi constituer un levier pour développer tout un ensemble d'actions positives, au bénéfice de la coordination des parcours des patients, de la recherche et de la formation en addictologie des professionnels.

Une pratique limitée en médecine générale

Malgré une meilleure connaissance des seuils de risque et des dommages liés à l'alcool, la pratique du RPIB en

France demeure encore largement insuffisante pour avoir un impact significatif en santé publique. Selon l'étude de Naudet (15), sur les résultats de consultations de l'année 2003 de 50 médecins généralistes de l'OMG, 1,08 % des consultations ont concerné le problème de l'alcool, dont 84 % au milieu d'autres motifs. En moyenne, 17 patients par médecin sont concernés, illustrant la sous-évaluation du problème par les médecins non formés au RPIB.

Nous sommes en effet loin de la moyenne des 35 patients repérés en mésusage par les médecins de l'étude girondine de 2005 (7). Près de 22 % des patients ayant bénéficié du repérage sont au-dessus des seuils de risque. Bien que 30 % des médecins déclarent avoir été systématiques, une faible minorité des patients adultes rencontrés ont bénéficié du repérage sur un an. Pourtant, les investigateurs étaient motivés, rémunérés au repérage effectué et visités tous les trois mois par un assistant de recherche clinique. Le manque de temps, l'absence de demande, voire la "résistance" du patient, les multiples motifs de consultation, le manque de formation, de ressources disponibles, d'efficacité de leur action, de rémunération de la prévention sont autant d'obstacles mis en avant par les professionnels (7, 15-17).

Ainsi, alors que la faisabilité du RPIB a été démontrée en France en soins primaires (7, 18, 19), la pratique en est encore limitée, le systématique semblant un objectif idéal peu réaliste, voire dissuasif en médecine générale, pour la plupart des praticiens (20). Ce problème a déjà été identifié dans d'autres pays, comme en Angleterre où le système de santé est reconnu comme plus performant que le nôtre en termes de prévention (21). Une étude anglaise (22) montre que le taux de patients dépistés pour une consommation excessive d'alcool (usages à risque et nocif) passe de 4,61 % à 7,45 % en cas d'incitation financière nationale et à 10,33 % en cas de double incitation financière nationale et régionale, chez les hommes ($p < 0,001$). Chez les femmes, les chiffres passent respectivement de 0,35 % à 4,34 %, puis 7,28 % ($p < 0,001$). Le système anglais est conçu pour coder les pathologies, avec 287 codes dans la classification clinique de Read concernant l'alcool. Ce codage permet ainsi une rémunération, mais cette incitation financière n'entraîne pas pour autant un dépistage systématique.

Face au constat de la difficulté d'intégration du repérage systématique des mésusages d'alcool en médecine générale, nous devons nous poser la question de sa justification et de son adaptation.

Une pratique du RPIB pour repérer quoi et quand ?

La SFA définit l'usage à risque comme *"toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social (dépendance incluse), mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long termes"* (23).

Des études épidémiologiques ont amené les experts de l'OMS à indiquer des seuils de consommation au-delà desquels le risque de dommages psychosociaux augmentait, sans majoration de la mortalité totale (24). Ces seuils, repris par la SFA et l'INPES, ne sont pas valides chez les adolescents et les personnes âgées (23) :

- 210 g d'alcool pour les hommes répartis sur la semaine, soit trois "verres" dits standard par jour, et 140 g d'alcool pour les femmes répartis sur la semaine, soit 2 "verres" par jour ;
- pas plus de 40 g d'alcool par occasion, soit quatre "verres" dits standard ;
- un jour sans alcool par semaine ;
- le "verre" ou unité internationale d'alcool (UIA) correspond à la quantité d'alcool contenue dans un verre servi dans les débits de boissons, soit en France environ 10 g d'alcool pur, pour 8 g au Royaume-Uni, 14 g aux États-Unis et jusqu'à 19,75 g au Japon (24, 25).

L'intérêt de cette approche est d'être pratique, notamment pour les professionnels de premier recours. La notion de seuil de risque existe pour la tension artérielle, la glycémie, le cholestérol, et bien d'autres situations quotidiennes en médecine. L'inconvénient toutefois réside dans un repérage reposant sur du déclaratif et non sur une mesure objective. La subjectivité du déclaratif peut constituer une faiblesse dans les représentations des praticiens.

Une méta-analyse récente (25) montre que la mortalité totale évolue, selon les quantités consommées, sous la forme d'une courbe en J. La mortalité totale, après avoir diminué pour de faibles consommations d'alcool, augmente pour devenir supérieure à celle des abstinents dès 35 à 45 g d'alcool par jour, ou 245 à 315 g par semaine, en moyenne. Le risque de nombreuses maladies chroniques est significativement augmenté pour des seuils plus bas, de l'ordre de 25 g par jour (26). Les niveaux des seuils de risque différents pour les femmes reposent sur des données fragiles. Il en est de même pour les usages ponctuels (25).

Dans les recommandations, chez les hommes, les seuils à ne pas dépasser vont, selon les pays, de 20 à 42 g par jour, et de 10 à 40 g pour les femmes (24, 25). Certains

pays gardent les mêmes seuils pour les femmes et les hommes. En France, une polémique a obligé le Haut conseil de santé publique à faire une mise au point en 2009 et à mettre en avant les recommandations américaines de la WCRF-AICR de 2007 (26, 27) : deux "verres" par jour chez les hommes (soit 28 g d'alcool) et un "verre" chez les femmes (14 g d'alcool).

Les disparités liées aux cibles de morbidité et mortalité choisies, ainsi que le faible niveau de preuve sur lesquelles se fondent certains seuils, fragilisent le RPIB. Ces seuils doivent être abaissés, souvent jusqu'à l'abstinence complète, dans des situations à risque ou en cas de conditions physiologiques ou pathologiques individuelles.

Le repérage systématique paraît indispensable, en soins primaires, dans ces situations justifiant une consommation à doses faibles voire l'abstinence : grossesse, enfance, travail, pathologies chroniques ou prise de médicaments contre-indiquant l'alcool, mauvaise tolérance, activités justifiant une vigilance optimale (conduite de véhicules, pratique sportive, etc.). La position de médecin de famille et le fait de revoir régulièrement les patients favorisent la connaissance par les tiers, ou par le patient lui-même, des comportements à risque qui justifient d'aborder la question. L'étude girondine de 2005 (7) a montré que 41 % des mésusages étaient méconnus des médecins, y compris les dépendances, ceci plaidant tout de même en faveur du repérage systématique.

La SFA définit l'usage nocif chez un patient non dépendant comme *"toute conduite d'alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, social ou psychique induit par l'alcool quels que soient la fréquence et le niveau de consommation"* (23). Si l'identification d'un usager à risque ne peut se faire que par un repérage systématique, un repérage opportuniste consiste à mettre en lien certains dommages constatés et l'alcool. Nous sortons ici du cadre de la prévention pour entrer dans le cadre du soin (20). Il est dans ce cas important que les professionnels aient une excellente connaissance des dommages possibles. Sur un plan pratique, tout changement négatif sur le plan bio-psychosocial doit faire interroger sur l'alcool. L'augmentation de la consommation peut être une cause ou une conséquence du changement. De même, une consommation acceptable jusque-là peut devenir dangereuse du fait de l'évolution constatée.

Le DSM-5 propose aujourd'hui un seul cadre dimensionnel, celui des troubles liés à l'usage d'alcool. La sévérité addictologique du trouble est considérée comme faible si

deux ou trois critères sur les 11 possibles sont présents, comme modérée pour quatre à six critères et sévère au-delà de six critères (28-31). Il s'agit là d'un changement important que les professionnels devront intégrer dans le RPIB alcool. Il est probable qu'une intervention brève ait plus de chance d'être efficace si aucun ou peu de critères sont présents. Une fois un mésusage repéré, la sévérité du trouble éventuel devra être dimensionnée.

Tout changement négatif bio-psychosocial ou toute situation contre-indiquant la prise d'alcool impliquent un repérage qui, bien qu'opportun, devrait concerner une proportion élevée des patients les plus à risque, avec les conséquences en termes de santé publique.

Les outils de repérage et leurs limites dans la pratique

Deux questionnaires sont essentiellement utilisés dans le RPIB alcool. Ils ont été validés en français :

- l'AUDIT (*Alcohol use disorder identification test*) en dix questions auto-administrées (32-36). Il est adapté pour les structures disposant de personnel pour le distribuer, comme en médecine du travail, par exemple ;
- le FACE (Formule approchant la consommation par entretien) en cinq questions en face à face, conçu par l'équipe du programme "Boire moins, c'est mieux" en direction des médecins généralistes (5, 6, 8, 37, 38).

Les deux questionnaires génèrent des scores qui orientent vers un risque faible ou élevé d'abus voire de dépendance (DSM-IV). Ces scores constituent des orientations diagnostiques devant être confirmées et sont peu utilisés en médecine générale. De plus, l'AUDIT repère les consommations occasionnelles au-delà de six verres, au lieu des quatre à ne pas dépasser dans les recommandations françaises. Le FACE n'explore pas l'usage occasionnel de façon explicite et génère un nombre élevé de faux positifs, notamment chez les femmes (19, 20).

Dans l'étude girondine de 2005, la CDA a été utilisée dans le RPIB alcool à plus de 90 % par les médecins généralistes et le FACE dans 83 % des cas. L'AUDIT a été progressivement abandonné. Ceci plaide en faveur de questionnaires les plus simples possibles (7). Ces tests ont été conçus de façon à orienter vers les diagnostics d'abus et de dépendance du DSM-IV et non vers le diagnostic de sévérité d'un trouble lié à l'usage d'alcool, comme dans le DSM-5. Les scores issus de ces tests ne sont donc plus en correspondance avec les diagnostics d'aujourd'hui. Il serait ainsi pertinent de disposer d'un questionnaire de repérage valide en

clinique individuelle de soins primaires, se basant sur des critères de recommandations consensuelles et le DSM-5.

En pratique, le patient a besoin de situer ses consommations régulières et occasionnelles d'alcool par rapport à des seuils de risque, de mettre en lien cette consommation avec d'éventuels problèmes bio-psychosociaux et de situer la sévérité de son trouble éventuel d'usage d'alcool. La difficulté à réduire ou arrêter la consommation d'alcool sera ensuite un critère simple imposant une prise en soins plus complète.

Le repérage n'a de sens que suivi d'une intervention qui aurait démontré son efficacité et qui serait faisable en soins primaires. Cette intervention va se centrer sur les éléments cliniques repérés, et non sur des scores, et chercher à obtenir la réduction de la consommation d'alcool, voire l'arrêt si besoin.

L'intervention brève et ses limites dans la pratique

Une étude non systématique de la littérature nous a permis de retrouver 11 méta-analyses (39-49) évaluant l'impact des interventions brèves menées en face à face. Six d'entre elles ont été retenues dans une récente revue systématique de la littérature (50). Les études retenues sont très hétérogènes, aussi bien au niveau des patients inclus (population générale ou consommateurs à risque et nocifs, tranches d'âge), du contexte (soins primaires, hôpital, urgences), de l'intervenant (médecin, infirmière, psychologue), de la durée de l'intervention (cinq à 60 minutes), du nombre de sessions (une ou plusieurs), de la durée du suivi, des critères de jugement (diminution de la CDA, retour en dessous de seuils de risque, diminution du score AUDIT, morbidité et/ou mortalité globale et/ou liée à l'alcool), du groupe contrôle (repérage simple, intervention minimale). De plus, peu d'études tiennent compte de la performance individuelle de l'intervenant, de la qualité de l'alliance thérapeutique ou du stade de changement du patient, expliquant l'absence de ces critères importants dans les méta-analyses.

Malgré cette grande hétérogénéité, elles concluent toutes à l'efficacité significative de l'intervention brève sur la consommation d'alcool, au moins chez les hommes, avec six à 48 mois de suivi. Les conclusions sont discordantes pour les femmes, ceci pouvant être lié à un manque de puissance ou à des seuils trop bas non justifiés. Sur un critère de jugement plus dur, comme la mortalité totale, seule la méta-analyse de McQueen et al. (49) conclut à une baisse

significative de la mortalité totale à six mois et à un an de l'intervention chez des patients hospitalisés. Il n'y a pas d'efficacité démontrée à trois ou à neuf mois. Cuijpers et al. (44) retrouvent un impact significatif sur la mortalité liée à l'alcool, mais pas sur la mortalité totale.

Ces études ont été réalisées dans des conditions souvent très éloignées de la pratique des professionnels de premier recours en France, plus particulièrement des médecins généralistes. Ainsi, une seule étude française randomisée a été réalisée en médecine générale (51). Dans cette étude, la CDA a diminué de façon significative dans les deux groupes, mais l'intervention brève n'a pas démontré de supériorité par rapport au simple repérage. Une autre étude contrôlée française a été menée en médecine du travail et conclut à l'efficacité des interventions brèves sur la réduction de la consommation (52). Elle constate également un impact fort dans le groupe témoin où un document d'information a été distribué. Moyer et al. (41) montrent dès 2002 que la durée des interventions ne modifie pas l'efficacité des interventions brèves. La récente étude de Kaner et al. (21) semble confirmer cette hypothèse : 29 % à 39 % des consommateurs excessifs reviennent en dessous des seuils selon que le repérage est suivi de la remise d'une brochure, d'une intervention brève de cinq minutes ou d'un entretien motivationnel de 20 minutes, sans différence significative entre les différentes interventions. Bien sûr, en pratique courante, le professionnel adapte l'intensité de son intervention aux circonstances. L'important est donc, au moins, d'effectuer le repérage.

Conclusion

Les seuils de risque ont le mérite de la simplicité et constituent un repère, mais leur validité est discutable. De plus, les façons de consommer, l'âge, les fragilités individuelles et les situations à risque imposent d'autres repères.

Le repérage systématique des usagers à risque, qui ne manifestent aucun inconvénient en lien avec leur consommation et viennent consulter pour un autre motif, est très loin de la pratique actuelle en médecine générale. De plus, les études confondent les usages à risque et nocif, et il n'est pas démontré que l'intervention brève, en l'absence de nocivité, apporte un gain en qualité de vie et sur la mortalité totale, au moins à court et moyen termes.

En revanche, le repérage opportuniste face à des domages pouvant être en lien avec l'alcool, ou lorsque la consommation expose à des risques immédiats, même en

dessous des seuils, doit être la priorité. Dans ce cadre, le RPIB est sans nul doute le moyen le plus efficace à notre disposition. Il propose un motif clair, pour le médecin comme pour le patient, pour aborder la question de l'alcool. La simple remise d'une brochure ou une intervention minimale de cinq à dix minutes pourraient être d'une efficacité comparable à une intervention plus longue et plus sophistiquée. Les seuils de risque peuvent constituer alors des objectifs à atteindre. La pratique montre que, une fois abordée une première fois, la question de l'alcool est ensuite régulièrement reprise avec la personne.

En médecine du travail ou en périnatalité, le repérage systématique est plus conforme aux pratiques habituelles et se justifie du fait des risques immédiats. L'objectif est souvent, ici, l'abstinence. Des ajustements sont nécessaires, selon les contextes, les publics et les pratiques professionnelles. Le RPIB doit s'intégrer dans un programme, coordonné et pérenne, d'actions en soins primaires.

Ainsi, le repérage systématique dans le contexte particulier de la médecine générale est aujourd'hui encore un objectif idéalisé, mais peut s'envisager à long terme si des moyens conséquents sont mis en œuvre. Notamment, il conviendrait de développer une pédagogie adaptée, pour une large diffusion sur des supports variés. Enfin, il faut souhaiter son inscription dans les objectifs prioritaires d'un développement professionnel continu (DPC) redynamisé. ■

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt sur le sujet traité.

P. Castera, S. Kinouani, J.-P. Joseph
Repérage précoce et intervention brève. Succès et limites
Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (1) : 85-92

Références bibliographiques

- 1 - Heather N, Daeppen JB. Repérage et prise en charge des problèmes d'alcool en médecine de premier recours. Le projet de l'OMS. *Alcoologie et Addictologie*. 2004 ; 26 (35) : 345-405.
- 2 - Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Boulogne-Billancourt : INCa ; 2008.
- 3 - Diaz-Gomez C, Milhet, M. RPIB : stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool après des médecins généralistes. Saint-Denis : OFDT ; 2005.
- 4 - Diaz-Gomez C, Milhet M. Alcoolisations excessives et médecine de ville : la promotion du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB). *Tendances*. 2006 ; (47) : 4 p.
- 5 - Arfaoui S. Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale : le questionnaire FACE [Thèse Médecine]. Paris : Université René Descartes ; 2002.

- 6 - Arfaoui S, Dewost AV, Demortière G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire "FACE". *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2004 ; 18 (641) : 201-5.
- 7 - Castera P, Maurat F, Fleury B, Demeaux JL. Peut-on repérer en routine les mésusages d'alcool ? *Médecine*. 2007 ; 3 (7) : 330-3.
- 8 - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Repère pour votre pratique : intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool. Saint-Denis : INPES ; 2004.
- 9 - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Ouvrons le dialogue : guide pratique destiné au médecin pour aider ses patients à faire le point sur leur consommation d'alcool et à la réduire le cas échéant. Saint-Denis : INPES ; 2004.
- 10 - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Campagnes de lutte contre la consommation excessive d'alcool CFES/INPES – Récapitulatif. Saint-Denis : INPES ; <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/alcool/pdf/tableau-campagnes.pdf> (consulté le 25/12/2013).
- 11 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Évaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008 : principaux résultats. Saint-Denis : OFDT ; 2009.
- 12 - Demeaux JL, Desauty L, Meurant C, Castera P. Délégué santé prévention : pour que le généraliste ne soit pas seul devant l'addiction. *Médecine*. 2007 ; 3 (8) : 378-81.
- 13 - Castera P, Augere F, Valadie-Jeannel M, Fleury B, Ducos G. Visite de santé publique en médecine générale : étude comparative secteur visité versus non visité. *RESP*. 2013 ; 61 : S211.
- 14 - Augere F. Impact du Délégué santé prévention en médecine générale : étude comparative médecins visités versus médecins non visités [Thèse Médecine]. Bordeaux : Université Bordeaux Segalen ; 2010.
- 15 - Naudet M. Prévention, dépistage et prise en charge précoce du problème d'alcool en médecine générale : essai d'analyse d'un déni collectif [Mémoire DESU Addictions]. Paris : Université Paris VIII ; 2004.
- 16 - Samuel R, Michaud P. Attitudes et opinions du médecin généraliste à l'égard du risque alcool : une approche qualitative. *Pratiques médicales et thérapeutiques*. 2002 ; 21 : 23-6.
- 17 - Castera P. Comment identifier et évaluer la conduite de polyconsommation et ses conséquences au plan médico-social ? Approche spécifique par le médecin généraliste. *Alcoologie et Addictologie*. 2007 ; 29 (4) : 370-6.
- 18 - Lagrange M, Bérenger P, Casset JC, Baum JP, Lacroix A. Pratique du RPIB par des généralistes savoyards. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2007 ; 21 : 625-8.
- 19 - Casset JC, Bérenger P, Bosson JL, Lacroix A. Évaluation à 1 an de l'intervention brève pratiquée par des médecins généralistes chez des patients ayant un mésusage d'alcool. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2008 ; (Suppl.) : 25-31.
- 20 - Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *Exercer*. 2010 ; 90 : 20-3.
- 21 - 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*. 2013 ; 346 : e8501. doi:10.1136/bmj.e8501.
- 22 - Ramond-Rouquin A, Räber C. Les données collectées en routine peuvent-elles contribuer à évaluer la mise en place du dépistage et de l'intervention brève pour la consommation d'alcool en soins primaires ? Analyse et commentaires de la communication de O'Donnel A et al. (Royaume-Uni) au congrès de l'EGPRN de Kusadasi en 2013. *Exercer*. 2013 ; 110 (Suppl. 3) : 885-95.
- 23 - Société Française d'Alcoologie. Les conduites d'alcoolisation. *Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 (Suppl. 4) : 15-765.
- 24 - Science and Technology Committee. Alcohol guidelines. 7th report of session 2010-12. London : House of Commons ; 9 Janvier 2012.
- 25 - Dawson DA. Defining risk drinking. *Alcohol Research & Health*. 2011 ; 34 (2) : 144-56.
- 26 - Haut Conseil de Santé Publique. Analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool. Paris : HCSP ; 2009.
- 27 - World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC : AICR ; 2007.
- 28 - Aubin HJ. Préparez-vous à entrer dans la cinquième dimension ! *Alcoologie et Addictologie*. 2011 ; 33 (1) : 3-4.
- 29 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Washington, DC : APA ; 2013.
- 30 - Dawson D, Goldstein R, Grant B. Differences in the profiles of DSM-IV and DSM-5 Alcohol use disorders: implications for clinicians. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013 ; 37 (0 1) : E305-13.
- 31 - O'Brien CP. Rationale for changes in DSM-5. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012 ; 73 (4) : 705.
- 32 - Isaacson JH, Schorling JB. Screening for alcohol problem in primary care. *Med Clin North Am*. 1999 ; 83 (6) : 1547-63.
- 33 - Saunders JB. Repérage d'un mésusage d'alcool. Comment s'y prendre ? *Alcoologie et Addictologie*. 2004 ; 26 (35) : 115-165.
- 34 - Accieto C. La validation d'une version française du questionnaire AUDIT [Thèse Médecine]. Genève : Faculté de médecine de l'Université de Genève ; 2003.
- 35 - Gache P, Michaud P, Landry U, Accieto C, Arfaoui S, Wenger O et al. The Alcohol use disorders identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 ; 29 (11) : 2001-7.
- 36 - Waryas K. Mesure de la prévalence des problèmes liés à l'alcool par les questionnaires de repérage [Thèse Médecine]. Paris : Université Paris Descartes (Paris 5) ; 2009.
- 37 - Michaud P, Gache P, Batel P, Ardwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2003 ; 17 : 281-9.
- 38 - Dewost AV, Dor B, Orban T, Rieder A, Gache P, Michaud P. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2006 ; 20 : 321-6.
- 39 - Wilk AL, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med*. 1997 ; 12 : 274-83.
- 40 - Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med*. 1999 ; 28 (5) : 503-9.
- 41 - Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment seeking populations. *Addiction*. 2002 ; 97 : 279-92.
- 42 - Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003 ; 327 : 536-43.
- 43 - Ballesteros J, González-Pinto A, Querejeta I, Ariño J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*. 2004 ; 99 (1) : 103-8.
- 44 - Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*. 2004 ; 99 : 839-45.
- 45 - Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand M. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2005 ; 165 (9) : 986-95.
- 46 - 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*. 2011 ; 20 (4) : 343-56.
- 47 - Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007 ; (2) : CD004148. doi:10.1002/14651858.CD004148.pub3.
- 48 - Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2009 ; 28 (3) : 301-23.
- 49 - McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007 ; (8) : CD005191. doi:10.1002/14651858.CD005191.pub3.
- 50 - Guerra J. Revue et analyse de la littérature relative à l'impact chiffré des politiques de réduction de consommation d'alcool : rapport final. Loos : Public Health Expertises ; 2013.
- 51 - Huas D, Pessione F, Bouix JC, Demeaux JL, Allemand H, Rueff B. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2002 ; 16 : 343-8.
- 52 - Michaud P, Kunz V, Demortière G, Lancrenon S, Carré A, Ménard C, et al. Efficiency of brief interventions on alcohol-related risks in occupational medicine. *Global Health Promotion*. 2013 ; 20 (Suppl. 2) : 99-105.