

Intervention brève en alcoologie

Objectifs pédagogiques

- Connaître les principes de l'intervention brève ;
- Connaître ses indications parmi les autres traitements.

Ces définitions sont très importantes mais malgré tout à nuancer : la dépendance ne se développe pas d'un jour sur l'autre et il s'agit d'un *continuum* depuis une absence de dépendance en passant par une dépendance modérée



P. COUZIGOU
(Bordeaux)

Introduction

Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) ont pour objectif d'obtenir le retour à une consommation d'alcool au-dessous des niveaux de risque définis par l'OMS, soit :

- pas plus de 21 verres/semaine pour les hommes, pas plus de 14 verres/semaine pour les femmes ; pas plus de 4 verres par occasion ;
- pas d'alcool dans certaines circonstances (femme enceinte, conduite, prise de certains médicaments, métier ou sport dangereux, certaines pathologies...);
- un jour sans alcool/semaine.

Ces seuils font référence aux définitions de :

- la consommation dite à risque, à savoir une consommation au-dessus des seuils prédéfinis, mais sans dommages physiques, psychiques ou sociaux décelables.
- la consommation excessive ou nocive encore appelée mésusage sans dépendance, pour laquelle il existe des complications somatiques sans alcoolo-dépendance ;
- l'alcoolo-dépendance fait référence à la définition de la dépendance (Tableau I).

TABLEAU I
ALCOOL - CRITÈRES DSM IV DE DÉPENDANCE

Manifestations présentes au cours des 12 derniers mois :

1. Tolérance (besoin de quantités majorées d'alcool pour une intoxication ou l'effet désiré; ou effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool)
2. Sevrage (syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool; ou l'alcool est pris dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage)
3. Alcool souvent pris en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que le patient ne l'aurait envisagé.
4. Désir permanent ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation d'alcool
5. Temps considérable passé à se procurer de l'alcool, le consommer ou récupérer de ses effets
6. Des activités sociales, occupationnelles ou de loisir sont abandonnées ou réduites du fait de l'alcool
7. Poursuite de l'utilisation de l'alcool malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique

PERSONNE DÉPENDANTE : au moins trois critères présents

jusqu'à une dépendance sévère, dans chacune de ses composantes physiques, psychologiques, comportementales, sociales.

Epidémiologie

L'épidémiologie de la consommation d'alcool en France n'est connue que de façon approximative. La consommation moyenne d'alcool pur par an et par habitant était de 9,3 litres en 2003 [1]. Près de dix millions de français consomment de l'alcool au moins trois fois par semaine et environ 6,4 millions tous les jours. Le premier objectif en annexe de la loi relative à

la politique de Santé Publique du 9 août 2004 est de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20%. Cet objectif est argumenté en raison de la corrélation positive retrouvée entre la quantité totale consommée par une population et la quantité de problèmes sociaux et sanitaires liés à cette consommation ainsi qu'à son évolution [1]. Il fait référence à la loi de Ledermann pour laquelle la répartition des buveurs excessifs selon leur consommation se ferait selon une distribution « log-gaussienne », la proportion des buveurs excessifs augmentant selon le carré de la consommation moyenne. Cette loi est très controversée [2]. Pour autant, elle sous-tend l'importance de considérer non seulement la maîtrise de la consommation d'alcool chez les malades alcoolo-dépendants, mais

Tirés à part : Patrice Couzigou, Hôpital Haut Lévêque, Service d'Hépatogastroentérologie - 33600 Pessac.

également chez ceux qui ont une consommation à risque ou nocive, et qui représentent une population très importante avec un risque de complications essentiellement somatiques, important en terme individuel et en terme collectif. Cette distinction entre le malade alcoolique (le terme alcoolique, à connotation péjorative, est à réserver à des sujets alcoolo-dépendants) et les personnes ayant une consommation à risque ou nocive sans ou avec une complication somatique mais sans alcoolo-dépendance, est essentielle. Les estimations habituellement retenues font référence à l'existence en France d'environ 5 millions de personnes ayant une consommation à risque, dont environ 1 million et demi de personnes dépendantes : ainsi, plus de trois personnes sur quatre ayant une consommation à risque n'ont pas de dépendance évidente à l'alcool (Fig. 1). De plus, la moitié des décès prématurés dus à l'alcool (Tableau II) concernent des personnes ayant une consommation nocive d'alcool mais non dépendantes [3]. Or, la prise en charge et les résultats thérapeutiques sont très différents entre un consommateur à risque et un malade alcoolo-dépendant. Pour un malade non alcoolo-dépendant, l'abstinence n'est probablement pas un objectif obligatoire, une diminution sous les seuils préconisés par l'OMS pouvant avoir un impact thérapeutique suffisant pour prévenir le risque de complications liées à la consommation d'alcool.

Repérage

La première étape pour envisager le contrôle de la consommation est de repérer les consommateurs à risque ou excessifs, pour lesquels le motif de consultation n'est pas directement une demande de soin alcoologique. Ce repérage concerne l'ensemble des soignants, même si les médecins généralistes sont en première ligne : il est estimé que 75 % de la population adulte française rencontre une fois par an au moins le médecin généraliste [4]. En France, 20 à 30% des adultes consultants ont un problème avec l'al-

TABLEAU II
DÉCÈS DIRECTEMENT LIÉS À L'IMPRÉGNATION ÉTHYLIQUE CHRONIQUE
EN FRANCE, 2002

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cirrhoses	5 990	2 525	8 515
Cancers des VADS	8 802	1 679	10 481
Psychoses alcooliques	2 557	624	3 181
Total	17 349	4 828	22 177

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

DÉCÈS ATTRIBUABLES À L'ALCOOL, PAR SEXE, POUR LES PRINCIPALES MALADIES
LIÉES À L'ALCOOL, FRANCE, 1995

	Homme	Femmes	Ensemble
Cancers des VADS	14 000	2 000	16 000
Troubles mentaux	2 000	500	2 500
Cardio vasculaire	7 000	600	7 600
Respiratoire	1 000	100	1 100
Digestive	6 000	2 200	8 200
Accidents, empoisonnements	6 000	1 100	7 100
Mal spécifique	2 000	500	2 500
Total	38 000	7 000	45 000

Source : Hill C. Alcool et risque de cancer. Actualité et dossier en Santé Publique, 2000, 30: p. 14-17.

D'après Canarelli T. (BEH thématique 34/35, 12 septembre 2006).

cool [5]. Le repérage concerne aussi particulièrement les médecins du travail qui assurent la surveillance sanitaire de 14 millions de salariés. Pour autant, de nombreux spécialistes et tout particulièrement les médecins hépato-gastroentérologues sont confrontés à des complications somatiques en lien avec une consommation excessive d'alcool et à ce titre, sont impliqués. Cette prévention secondaire ne doit pas être considérée comme du seul champ de la responsabilité des addictologues : il n'est pas inutile de se répéter, en soulignant que de nombreuses complications somatiques sont observées chez les malades ayant une consommation d'alcool excessive avec pas ou peu de dépendance.

Le repérage des consommateurs à risque ou excessifs d'alcool se fait essentiellement par l'entretien clinique ou parfois par l'utilisation d'un questionnaire. Ceci suppose que les médecins aient moins de réticence à abor-

der le problème d'alcool de façon systématique, au même titre qu'ils doivent le faire pour les problèmes de tabac et de nutrition. Cette attitude pose problème pour la majeure partie des médecins [6], avec l'argument d'un risque de stigmatisation [7] ou de perte de clientèle. En fait, les études ne montrent pas de réticence évidente des malades à aborder leur consommation d'alcool avec leur médecin [6]. Il est très envisageable que le problème principal soit de l'ordre de la disponibilité au niveau temporel et au niveau de la reconnaissance financière de cette activité [8]. Concernant l'entretien, l'évaluation de la consommation déclarée d'alcool se fait sur une semaine, en s'appuyant par exemple sur les 3 questions figurant dans l'AUDIT C (Alcohol Use Disorder Identification Test Court, Tableau III). Les questions peuvent être intégrées dans le recueil des informations générales avec la

TABLEAU III
Test AUDIT-C

- 1) Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool (par mois, par semaine) ?
Jamais, une fois/m, 2 à 3 fois/m, 2 à 3 fois/sem, 4 fois ou + /sem.
- 2) Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 ; 3 ou 4 ; 5 ou 6 ; 7 à 9 ; 10 ou plus.
- 3) Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou davantage au cours d'une même occasion ?
Jamais, moins d'une fois/m, une fois/m, une fois/sem, chaque jour ou presque.

Cotation : 0 à 4 = Risque de consommation excessive d'alcool > 4 chez l'homme, > 3 chez la femme

consommation de tabac, du poids et de son évolution...

Des questionnaires peuvent aussi être utilisés : questionnaire AUDIT C ou questionnaire AUDIT complet (avec classement en consommation excessive ou dépendance au-dessus d'un score de 8 pour les hommes et de 7 pour les femmes). Le questionnaire DETA est plus adapté au repérage des malades dépendants (Tableau IV). Ces tests ont leurs limites en particulier chez l'adolescent (association fréquente de plusieurs addictions). Les examens biologiques sont moins performants concernant l'objectif poursuivi dans le RBIP, à savoir repérer non pas tellement les sujets alcoolo-dépendants nécessitant une prise en charge particulière, mais surtout les sujets ayant une consommation d'alcool à risque ou excessifs sans dépendance. Il s'agit alors le plus souvent de consommations inférieures à 6- 8 verres/jour [9].

TABLEAU IV
LE QUESTIONNAIRE DETA

1. Avez-vous DÉJÀ senti 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-vous déjà eu l'impression que vous buviez TROP ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès l'AUBE pour vous sentir en forme ?

Une alcoolisation dommageable est probable si le sujet répond affirmativement à deux questions ou plus.

(Adaptation P. Couzigou)

Intervention brève

Le principe de l'intervention brève (IB) est celui d'un soin minimal dispensé en général individuellement dans une optique motivationnelle à des personnes ayant une consommation à risque ou excessive (mésusage sans dépendance). L'objectif n'est pas de proposer une prise en soin (terme plus adapté que le classique prise en charge) à des malades alcoolo-dépendants.

Efficacité de l'intervention brève

Elle a été solidement étayée par de nombreuses études, reprises dans plusieurs méta-analyses [10-13], la dernière en 2007 selon la méthodologie Cochrane [14].

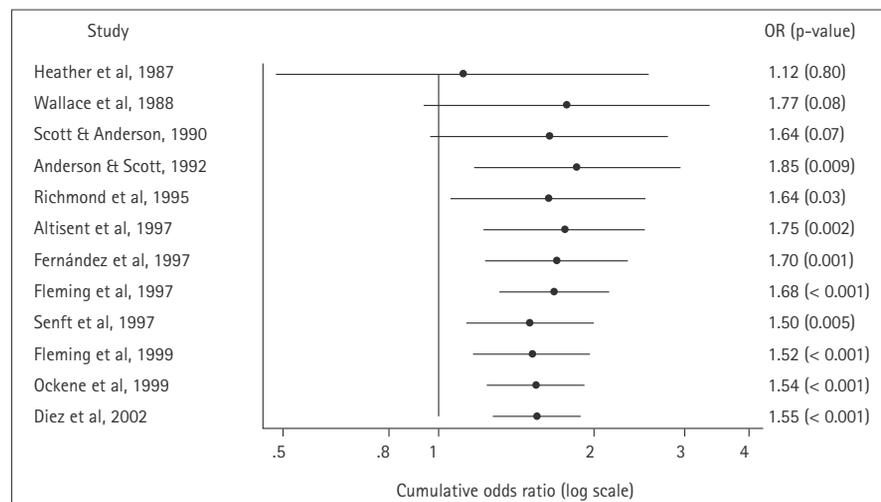
Chez les sujets ayant une consommation excessive sans dépendance, l'IB entraîne : une réduction significative de la consommation moyenne d'alcool, une diminution de la proportion de consommateurs excessifs, une diminution de la fréquence des absorptions aiguës massives, et de l'existence de problèmes somatiques liés à l'alcool [15]. Ces évolutions sont observées dans différentes situations, qu'il s'agisse de malades hospitalisés, suivis à titre externe ou en médecine générale [15]. L'efficacité de l'IB est moins constamment retrouvée chez la femme que chez l'homme : l'efficacité

chez la femme est retrouvée dans des études randomisées [16] mais selon les méta-analyses discutées [14] ou non [11, 13].

Bien que la majeure partie des études randomisées soit positive, certaines n'ont pu mettre en évidence une efficacité de l'intervention brève. A noter cependant, que dans ces études, il y avait dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle, une réduction importante de la consommation d'alcool soulevant la possibilité importante que le groupe contrôle ait également reçu un avis suffisant pour réduire sa consommation [15]. La seule étude française est une étude randomisée [17] qui retrouve les constatations faites dans certaines études, à savoir une absence de différence entre le groupe contrôle et le groupe intervention, mais avec une réduction importante de la consommation d'alcool dans les deux groupes et un retour à une consommation dite modérée dans plus de 40% des cas. Le groupe contrôle avait reçu une information et signé un consentement éclairé pouvant déjà correspondre à une intervention brève.

Le tableau V illustre les résultats d'une des méta-analyses [12]. D'autres méta-analyses ou revues récentes ont confirmé ces résultats [13, 18]. Le nombre de méta-analyses effectuées au sujet de l'efficacité de l'IB est possiblement lié à la difficulté d'analyser

TABLEAU V
CONSOMMATEURS D'ALCOOL À RISQUE INTERVENTIONS BRÈVES. MÉTA-ANALYSE



Ballesteros Alcohol Clin Exp Res 2004;28:608-18.

des travaux portant sur la même thématique mais réalisés avec des méthodologies différentes. Le plus souvent, elles confirment l'efficacité de l'IB. Certaines méta-analyses ont cependant conclu de façon partiellement négative, essentiellement du fait de l'hétérogénéité des études [19]. Lorsque l'analyse sépare les études selon les populations ayant ou non une demande de soins, l'effet thérapeutique est retrouvé dans les populations sans demande ; par contre, il n'est pas retrouvé de différences entre l'IB et un traitement plus lourd dans les populations demandeuses de soins [11].

Ces différences expliquent qu'il n'est pas aisé de quantifier l'importance de l'efficacité de l'IB. L'efficacité de la réduction de la consommation avec retour à une consommation dite modérée a été évaluée selon les études entre 10% et 50%, estimée en général de l'ordre de 30% [9, 20, 21-23]. Une méta-analyse a évalué la diminution de la quantité d'alcool consommée par semaine à 51gr, les résultats des études étant très variables [24]. La réduction du nombre de verres d'alcool absorbés par semaine en cas d'IB par rapport au groupe contrôle a été estimée entre 2,9 et 8,7 [23].

Ces chiffres pourraient paraître mineurs mais il faut garder en mémoire que dans plusieurs études comme dans l'étude française, il est probable que du fait de la méthodologie, une IB a en fait été délivrée aux malades du groupe contrôle, dans lequel une réduction de consommation est aussi observée. Par ailleurs, un tel pourcentage serait perçu comme très favorable concernant l'efficacité de nombreux traitements médicamenteux. Enfin, ce traitement comportemental s'adresse à une part importante de la population adulte.

Les médecins ne sont pas les seuls à avoir une efficacité thérapeutique en pratiquant une intervention brève : les infirmières formées ont une efficacité comparable [25, 26] retrouvée dans plusieurs études randomisées. Il n'a pas été effectué de méta-analyse concernant le rôle des infirmières et cette voie thérapeutique mérite des études complémentaires [27].

Durée de l'effet de l'intervention brève

Elle est bien argumentée pour une durée de 3 mois à 9 mois [15]. Quelques études ont évalué l'impact de l'IB à moyen et long terme. Deux études montrent le maintien du bénéfice de l'IB après 24 mois [28, 29]. Dans une étude, l'efficacité de l'IB se maintient à 4 ans avec, de façon significative, une plus grande diminution de la consommation d'alcool, moins d'hospitalisations et une tendance (non significative) à une moindre mortalité [30]. Une étude, critiquable car se basant seulement sur l'évolution des GGT est en faveur du maintien de l'efficacité de l'IB après 9 ans [31]. L'étude de Wutzke, méthodologiquement d'excellente qualité, évaluant les consommations, a un suivi moyen de 10 ans : après 10 ans, il n'est pas observé de différence entre le groupe contrôle et le groupe intervention mais il est à noter une régression importante des consommations dans les deux groupes : après 10 ans de suivi, la réduction moyenne de consommation dans le groupe intervention est de 150g (46%) (diminution de 324 à 174 g/semaine), alors que dans le groupe contrôle, la consommation d'alcool passe de 309 g à 158 g/semaine soit 151 g de réduction (49%). Les réductions dans les deux groupes peuvent être la conséquence du vieillissement, s'accompagnant d'une moindre consommation d'alcool, mais aussi d'un impact des évaluations régulières dans les deux groupes, y compris le groupe contrôle, à rapprocher d'une IB [32].

La solidité des arguments scientifiques concernant l'efficacité de l'IB a conduit plusieurs pays à mettre en place des politiques favorisant l'IB comme en France [5] www.ofdt.fr/rpib et aux Etats-Unis par le NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism). Le NIAAA met à disposition de nombreux documents concernant l'intervention brève, disponibles sur le site (www.niaaa.nih.gov) de même qu'en France, l'INPES (www.inpes.santé.fr).

Il existe cependant toujours des soignants sceptiques quant à l'efficacité

de l'intervention brève [33] considérant que l'intervention brève n'est pas applicable en pratique quotidienne ou qu'il faut l'utiliser uniquement dans certaines situations pour lesquelles existe déjà un dommage médical psychique ou social [34]. L'avis de l'auteur est que le problème de disponibilité, en particulier temporelle et de rémunération financière est essentiel vis-à-vis des réserves émises en face de la solidité des arguments scientifiques.

Modalités de l'IB?

La durée de l'IB est en général de 5 à 20 minutes avec une (le plus souvent) à quatre sessions. Elle peut aller jusqu'à une heure dans certaines études [35]. 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 (et non pas d'abstinence comme chez le malade alcoolo-dépendant). Après avoir évalué la consommation d'alcool et les éventuelles conséquences somatiques, vérifié l'absence vraisemblable d'alcoolo-dépendance, 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) [35]. Cette évaluation fait référence aux stades décrits par Prochaska et DiClemente : stade pré-intentionnel, intentionnel, de préparation, d'action, de maintien, de résolution [36]. Cette détermination est essentielle : les informations à donner à la personne consultante ne sont pas les mêmes si la personne est décidée à changer de comportement ou si elle n'est absolument pas motivée, n'en percevant pas l'intérêt pour elle. Les personnes ayant des problèmes avec l'alcool sont, en majorité, aux stades pré-intentionnel ou intentionnel et seuls 20-30% se trouvent au stade de l'action [37]. L'IB s'appuie sur les principes de l'entretien motivationnel : ce type d'entretien suppose de l'empathie et de l'écoute (« écoute réflexive ») de la part du soignant ; l'ambivalence (avantages et inconvénients du *statu quo* ou du changement) est nommée et résolue par la personne, aidée par le thérapeute. Le thérapeute doit éviter les argumentations (questions ouvertes),

éviter la focalisation prématurée [38-40]. Le degré d'empathie du soignant, sa pratique de l'entretien motivationnel sont des gages d'efficacité argumentés par des études randomisées [40, 41].

La pratique de l'IB nécessite une structuration qui a été explicitée chez les anglo-saxons par l'acronyme FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu strategies, Empathy, Self efficacy) qui peut se traduire en français par RÉAGIR [42] :

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 c'est-à-dire 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

Cette démarche soignante, basée sur les principes de l'entretien motivationnel, favorise la prise de conscience progressive du malade vis-à-vis des avantages qu'il aurait personnellement à changer son comportement, ou en cas de motivation déjà présente, l'aidant à modifier ce même comportement dans la vie quotidienne. Elle n'est pas d'emblée évidente : le risque de proposer de façon directive une attitude, même avec empathie, sans aider la personne malade à faire progressivement son chemin personnel, est réel.

A partir du moment où la personne est décidée à changer, des informations écrites (www.inpes.santé.fr ; documents NIAAA à traduire) peuvent être remises dans ce sens au malade. En pratique, l'intervention brève s'effectue en 15 à 20 mn, comportant les différentes étapes de l'acronyme REAGIR et se terminant par la remise d'un livret.

L'efficacité de l'intervention brève chez le malade ayant une consommation d'alcool à risque ou excessive, est solidement argumentée sur le plan scientifique par l'Evidence Based Medicine EBM. Pourtant, l'EBM concernant les aspects comportementaux est beaucoup moins souvent prise en compte par les soignants, et en particulier les médecins par rapport à l'EBM s'appliquant aux données scientifiques connues pour les examens complémentaires ou les prises en charge thérapeutique médicamenteuse ou chirurgicale. La rigueur scientifique souvent réclamée dans les attitudes et choix médicaux gagnerait à être également appliquée en prenant en compte les données EBM au sujet de la dimension comportementale des soins. Plusieurs raisons expliquent sans doute cette attitude, en particulier, l'implication et la disponibilité personnelle que cela suppose, ainsi que les aspects financiers. Pour autant, les hépatogastroentérologues devraient s'impliquer davantage dans ce type de démarche, l'avenir de la spécialité se situant certes au niveau de la cancérologie et des examens techniques endoscopiques, mais également au niveau de l'addictologie au sens large : alcool, tabac et aussi nutrition. Sur ces différents aspects comportementaux, l'éducation pour la santé et l'entretien motivationnel, prendront très probablement de plus en plus d'importance. L'éducation thérapeutique ne sera pas simplement le fait des médecins mais aussi très probablement d'autres corps de métier soignant, en particulier des infirmières. Les médecins et en particulier les médecins hépatogastroentérologues auraient tort de ne pas prendre en compte cette évolution future probable, particulièrement importante dans plusieurs thématiques de leur spécialité.

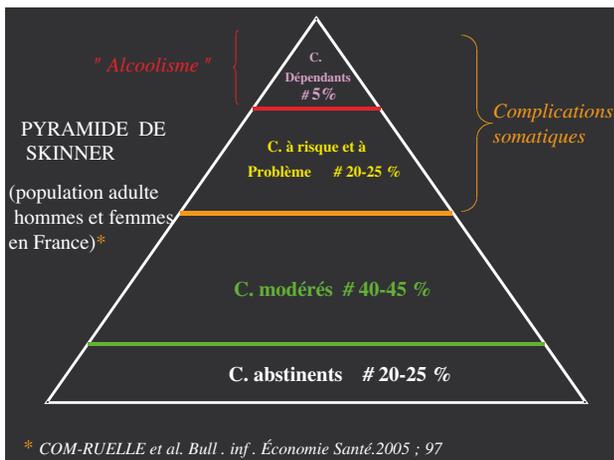
Au-delà des problèmes de consommation d'alcool, dans la pratique médicale en général, l'entretien motivationnel est un outil thérapeutique dont l'utilisation s'étend dans le champ de l'éducation thérapeutique : son efficacité a déjà été démontrée par des études randomisées dans des domaines aussi variés que la consommation de tabac, la nutrition, l'activité physique [43, 44].

Si la conception de la santé dans notre société, est effectivement celle d'une approche globale et humaniste, l'intervention brève et la pratique de l'entretien motivationnel sont appelés à se développer de manière très importante dans l'éducation thérapeutique et en particulier, dans le domaine de l'alcool.

RÉFÉRENCES

1. Arwidson P, Leon C, Guillemont J. Consommation annuelle d'alcool déclarée en France en 2005. *BEH* 2006;34-35:255-8.
2. Weill. Pour une lecture critique de la «Loi de Ledermann». *Ireb* 1993, 112 p.
3. OMS Problems related to alcohol consumption. Report of the expert committee .Geneva: World Health Organisation 1980.
4. Batel P, Michaud P. Consommations d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves. *Gastroenterol clin biol* 2002;26(Suppl):B158-62.
5. Milhet M, Diaz-Gomez C. Alcoollisations excessives et Médecine de ville. *OFDT Tendances* 2006;47.
6. Michaud P, Fouilland P. Alcool, Tabac, Drogue : le public fait confiance aux médecins. *Rev Prat Med Gen* 2004;17:605-8.
7. Aira Gournay J, Richou C. Traitement de l'hépatite chronique C : effets secondaires, tolérance et qualité de vie. *Gastroenterol Clin Biol* 2002;26Spec No 2:B60-75.
8. Michaud P, Fouilland P, Dewost AV, Abesdris J, DeRohan S, Toubai S, Gremy I, Fauvel G, Heather N. Repérage précoce et intervention brève auprès des consommateurs excessifs d'alcool. *Rev Prat* 2007;57 1219.

9. Michaud P. Les buveurs excessifs : repérage et intervention brève. *Rev Prat* 2006;56:1072-80.
10. Heather N. Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt. *Addiction* 2002;97:293-94.
11. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems :a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002; 97:279-92.
12. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and metaanalyses *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28:608-18.
13. Vasilaki EI, Hosier S, Miles Cox W. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta analytic review. *Alcohol and Alcoholism* 2006;41: 328-35.
14. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol intervention in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;18: CD004148.
15. Wutzke SE, Conigrave KM, Saunders J, Hall WD. The long term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction* 2002;97:665-75.
16. Aalto M, Saksanen R, Laine P, Forsstrom R, Raikaa M, Kiviluoto M, Seppa K, Sillaunaukee P. Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24:1680-86.
17. Huas D, Pessione F, Bouix JC, Demeaux JL, Allemand H, Rueff B. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs à problèmes. *Rev Prat Med Gen* 2002;16:1443-48.
18. Saitz R, Svikis D, D'onofrio G, Kraemer KL, Perl H. Challenges applying alcohol brief intervention in diverse practice settings: populations, outcomes and costs. *Alcohol Clin Exp Res* 2006; 30:332-8.
19. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations : a meta analysis. *Prev Med* 1999;28: 503-9.
20. Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppa K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. *Scand J Prim Health Care* 2006;24:5-15.
21. Saunders JB, Lee NK. Hazardous alcohol use: its delineation as subthreshold disorder and approaches to its diagnosis and management. *Compr Psychiatry* 2000;41(suppl 1)95-103.
22. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993;88:315-36.
23. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for US preventive task force *Ann Intern Med* 2004;140:557-68.
24. Emmen MJ, Schippers GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem of drinking in a general hospital setting :systematic review. *BMJ* 2004. 328 :318-20.
25. Babor TF. Introduction de l'intervention brève dans les systèmes de santé. L'étude Cutting Back aux États-Unis. *Alcoologie Addictologie* 2004; 26 (Suppl):30 S-33 S.
26. Sobell LC, Sobell MB, Leo GI, Agrawal S, Johnson-Young L, Cunningham JA: Promoting self-change with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26(6):936-48.
27. Hyman Z. Brief interventions for high-risk drinkers. *J Clin Nurs* 2006; 15:1383-96.
28. Kristenson H, Ohlin H, Hulten-Nosslin M, Trelle E, Hood B. Identification and intervention of heavy drinking in middle age men: results and follow up of 24-60 months of long term study with randomized controls. *Alcohol Clin Exp Res* 1983;7:203-9.
29. Marlatt G, Baer J, Kivlahan DR, Dimeff LA, Larimer ME, Quigley LA, Somers JM, Williams E. Screening and brief intervention for high risk college student drinkers: results of a 2-year follow up assessment. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:604-15.
30. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long term efficacy and benefit-cost analysis *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:36-43.
31. Nilssen O. Long term effect of brief intervention in at risk alcohol drinkers: a 9-year follow up study. *Alcohol and Alcoholism* 2004;39:548-51.
32. Anderson P. Brief intervention over the long term: unfinished business. *Addiction* 2002;97:619-20.
33. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and metaanalysis. *BMJ* 2003;327:536-42.
34. Alcooolisation excessive: des interventions brèves pour modérer la consommation. Pour les sujets dont l'usage d'alcool est associé à un dommage médical psychique ou social *Prescrire* 2005;25:450-7.
35. Perney P, Dépinoy D, Duhamel O. Interventions brèves. Modalités. *Alcoologie & Addictologie* 2003; 25(4S):51S-58S.
36. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47: 1102-14.
37. Daeppen JB, Berdoz D. Comment motiver un patient pour qu'il arrête de boire. *Rev Prat* 2006;56:1088-92.
38. Lukasiewicz M, Benyamina A, Frenoy-Peres M, Reynaud M. L'entretien motivationnel. I- Les bases théoriques. *Alcoologie & Addictologie* 2006;28: 155-62.
39. Lukasiewicz M, Benyamina A, Frenoy-Peres M, Reynaud M. L'entretien motivationnel. II - Les aspects techniques. *Alcoologie & Addictologie* 2006;28: 231-5.
40. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Ann Rev Clin Psychol* 2005;1:91-111.
41. Miller WR, Taylor CA, Cisneros West JA. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *J Consult Clin Psychol* 1980;48: 590-601.
42. Couzigou P. Réagir contre la dépendance et pour la langue française. *Alcoologie & Addictologie* 2006;28: 369-74.
43. Dunn C, Deroo L, Rivara FP .The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001;96:1149-60.
44. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a metaanalysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:843-61.



LE QUESTIONNAIRE DETA

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-vous déjà eu l'impression que vous buviez **TROP** ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès l'**AUBE** pour vous sentir en forme ?

Une alcoolisation dommageable est probable si le sujet répond affirmativement à deux questions ou plus.

(Adaptation P. COUZIGOU)

En France :

- environ **4 fois plus** de consommateurs à risque ou à problèmes que d'alcoolodépendants
- en cas d'**Alcoolodépendance**, prise en charge thérapeutique lourde, au mieux multidisciplinaire avec **10 à 30% de bons résultats**
- en cas de **Consommation à Risque ou à Problème**, efficacité de l'**Intervention Brève** dans **30 à 50% des cas**

ALCOOL . CRITÈRES DSM IV DE DÉPENDANCE

Manifestations présentes au cours des 12 derniers mois

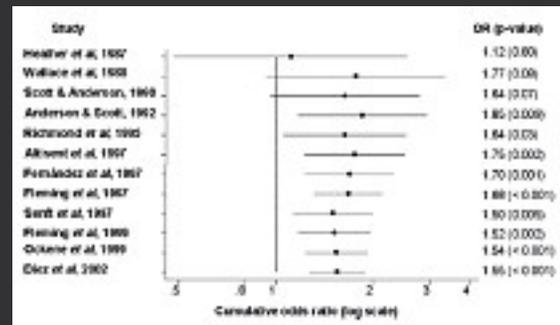
1. Tolérance (besoin de quantités majorées d'alcool pour une intoxication ou l'effet désiré;ou effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool)
2. Sevrage (syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool; ou l'alcool est pris dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage)
3. Alcool souvent pris en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que le patient ne l'aurait envisagé .
4. Désir permanent ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation d'alco
5. Temps considérable passé à se procurer de l'alcool, le consommer ou récupérer de ses effets
6. Des activités sociales ,occupationnelles ou de loisir sont abandonnées ou réduites du fait de l'alcool
7. Poursuite de l'utilisation de l'alcool malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique

PERSONNE DÉPENDANTE : *au moins trois critères présents*

Consommation déclarée d'Alcool. Évaluation

- Verre standard
 - Unité Internationale d'alcool (UIA)
 - **10 grammes d'alcool pur** en moyenne par verre, en France
- Évaluation sur **la (ou les) SEMAINE(S)** précédant l'entretien, **incluant le week-end** en cas de consommation irrégulière, évaluer le nombre de verres par jour de consommation et le nombre de jours avec alcool
- Évaluation à **intégrer** dans l'Entretien et le repérage des différents facteurs de risque de santé (tabac, alcool, nutrition, antécédents...)

CONSUMMATEURS D'ALCOOL A RISQUE INTERVENTIONS BRÈVES .MÉTAANALYSE



Ballesteros Alcohol Clin Exp Res 2004;28:608-18

Test AUDIT -C

- 1) Combien de fois vous arrive t-il de consommer de l'alcool (par mois par semaine) ?
Jamais , une fois / m , 2 à 3 fois / m , 2 à 3 fois / sem , 4 fois ou + /sem
- 2) Combien de verres Standard buvez vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 ; 3 ou 4 ; 5 ou 6 ; 7 à 9 ; 10 ou plus
- 3) Combien de fois vous arrive t-il de boire 6 verres standard ou davantage au cours d'une même occasion ?
Jamais , moins d'une fois / m , une fois / m , une fois / sem , chaque jour ou presque

Cotation : 0 à 4

Risque de consommation excessive d'alcool
> 4 chez l'homme , > 3 chez la femme

ÉTUDE FRANCAISE (Huas et al . Rev Prat MG 2002 16 1343-1348)

- **Sept régions ; vingt médecins généralistes par région**
- **Randomisation:**
 - Groupe 1 Repérage**
(une soirée de formation)
 - Groupe 2 Intervention brève**
(deux jours de formation)
- **541 inclus ; 419 revus un an après**

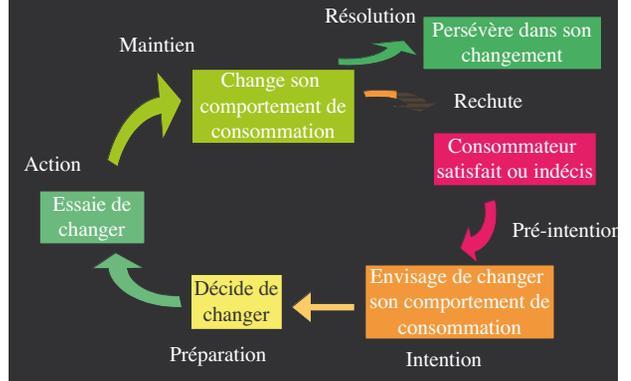


Groupe Intervention / Groupe Contrôle

- Diminution de 20% des passages aux urgences (302 vs 376) p <0.08
- Diminution de 37% des hospitalisations (420 vs 664) p <0.05
- Diminution de la mortalité: 3 vs 7 significatif à 36 semaines , NS à 48 semaines
- Coût efficacité: réduction des coûts ultérieurs de 43000 dollars pour 10.000 investis

FLEMING Alcohol Clin Exp Res 2002 ;26:36-43

Les Étapes du Processus de Changement



EVIDENCE BASED MEDICINE EBM

• DIAGNOSTICS PARACLINIQUES

EBM fortement recommandée
recommandation souvent suivie et enseignée

• TRAITEMENT MEDICAMENTEUX OU CHIRURGICAUX

EBM fortement recommandée
recommandation souvent suivie et enseignée

• TRAITEMENTS COMPORTEMENTAUX

EBM données existantes ,
souvent non prises en compte
????

Pourquoi cette rigueur scientifique sélective ??

REAGIR

plutôt que "FRAMES" : *Feed-back
Responsability
Advice
Menu
Empathy
Self efficacy*

- R** : **Repérer**
- É** : **Empathie**
- A** : **Avis**
- G** : **Gestion**
- I** : **Influence Positive**
- R** : **Responsabiliser**

P COUZIGOU Alcohol Addict 2006 ;28 :36

MÉDECIN ET INTERVENTION BRÈVE

1) INFORMATIONS SUR LE VERRE STANDARD

2) INFORMATIONS SUR LA NOTION DE

CONSOMMATION MODÉRÉE
(limites supérieures)_

- BROCHURE A DONNER A LA PERSONNE
INPES (www.inpes.santé.fr)