

Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ?

Dominique Huas¹, Bernard Rueff²

exercer 2010;90:20-3.

huasdom@orange.fr

Contexte. Depuis quelques années, les alcoologues se sont intéressés aux dommages potentiels (risque) ou immédiats (nocivité) de la consommation d'alcool. Il y a une grande ambiguïté entre les définitions utilisées par les alcoologues français et celles de la littérature internationale, ce qui aboutit à une divergence dans l'interprétation des résultats des études. En France, les autorités sanitaires ont repris les propositions de l'Organisation mondiale de la santé de réaliser un repérage précoce et une intervention brève (RPIB) auprès des consommateurs excessifs d'alcool en soins primaires. Ces propositions visent à diminuer la consommation déclarée d'alcool (CDA) sous le seuil de dangerosité chez les patients ou les malades qui « boivent trop » sans être alcoolodépendants. Cette recommandation est-elle pertinente et faisable en France ?

Méthode. Revue de la littérature ayant sélectionné les études randomisées comparatives mesurant l'effet d'un repérage précoce et d'une intervention brève versus le comportement habituel des problem drinkers.

Résultats. Un repérage précoce (RP) des consommateurs excessifs, suivi d'une unique intervention brève (10 à 45 min) est efficace sur le critère CDA, jusqu'à 36 mois après l'intervention brève (IB). L'analyse mélangeait des consommateurs à risque (non malades : efficacité de l'IB incertaine) et des consommateurs à usage nocif (malades : intervention indispensable).

Plusieurs méta-analyses ont conclu que le RPIB avait un impact sur la mortalité liée à l'alcool, mais n'en avait ni sur la mortalité totale ni sur la morbidité, bien que la majorité des essais aient montré une diminution plus importante de la CDA dans le groupe intervention brève que dans le groupe témoin. Ces études portaient toutes sur des consommateurs excessifs. Dans ces études, le repérage systématique n'était pas fait par le médecin, ce qui pose la question de sa faisabilité en soins primaires en France.

Conclusion. Le repérage précoce et l'intervention brève sur la consommation excessive d'alcool ne semblent pas dangereux mais simplement inutiles.

1. Département de médecine générale, UFR Tours
2. Alcoologue, bruefflrp@wanadoo.fr



Photo libre de droits

Mots-clés

Alcool

Repérage

Intervention brève

Introduction

Poser un diagnostic alcoologique est fondamental car une attitude médicale appropriée en découle, allant de l'absence d'intervention à une prise en charge pluridisciplinaire. Il est donc indispensable de préciser le statut alcoologique des patients. Depuis une vingtaine d'années, certains alcoologues se sont intéressés aux dommages potentiels (risque) ou immédiats (nocivité) de la consommation

d'alcool. Conseillées par ces médecins alcoologues, les autorités sanitaires ont repris les propositions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Union européenne (UE) sur la nécessité de faire un « repérage précoce et une intervention brève » auprès des consommateurs d'alcool à problème en soins primaires¹. Ces propositions avaient pour objectif de diminuer la consommation déclarée d'alcool (CDA) en dessous du seuil de

dangerosité (encadré 1) chez les patients ou les malades qui « boivent trop » sans être alcoolodépendants. En France, plusieurs études en médecine générale en ont mesuré la prévalence, qui est autour de 12 % chez les hommes et de 7,5 % chez les femmes adultes^{2,3}.

Cet article a un triple objectif.

- Rappeler les définitions diagnostiques alcoologiques officielles chez les personnes consommant de l'alcool.



Seuils de dangerosité

- À partir d'études épidémiologiques, l'OMS, puis la Société française d'alcoologie (SFA), ont proposé des valeurs seuil de dangerosité.
- Chez les consommateurs réguliers, buvant de l'alcool au moins 5 jours par semaine, le seuil a été fixé à une CDA supérieure à 210 g d'alcool pur par semaine (3 « verres » par jour) pour les hommes, et supérieure à 140 g (2 « verres » par jour) pour les femmes. Le « verre » ou « unité internationale d'alcool » correspond à la quantité d'alcool contenu dans un verre servi dans les cafés en France : environ 10 grammes d'alcool pur⁴.
- En l'état actuel des connaissances, ces valeurs seuil ne sont proposées ni pour les adolescents ni pour les personnes âgées.

Encadré 1. Valeurs seuil de dangerosité

- Analyser les raisons scientifiques qui ont amené les autorités sanitaires mondiales, européennes et françaises à prôner le repérage précoce et l'intervention brève chez les « consommateurs d'alcool à problème ».
- S'interroger sur la pertinence d'une telle recommandation en médecine générale en France.

Définitions

Du fait de la multitude des formes de consommations d'alcool et des types de consommateurs, certaines définitions ont été proposées par la Société française d'alcoologie⁵ (SFA).

Usage à risque (consommateur à risque)

« Toute conduite d'alcoolisation où la consommation est 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 termes. » Les consommateurs à risque **ne sont pas malades** du fait de leur consommation d'alcool.

Usage nocif (consommateur à problème)

Chez un patient non dépendant à l'alcool : « Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par 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. » Ces consommateurs à problème **sont malades** du fait de leur consommation.

Par analogie avec « usage à risque » et « consommateur à risque », il eut été logique qu'un malade ayant un « usage

nocif » soit appelé « usager nocif ». Pour des raisons compréhensibles, la SFA a choisi la dénomination « consommateur à problème ». Malheureusement, cette appellation se télescope avec la dénomination anglo-saxonne « *problem drinkers* » dont le sens est différent puisque cette appellation associe les « consommateurs à risque » et les « consommateurs à usage nocif ».

Dans cet article, et pour éviter ces confusions, source d'ambiguïté voire d'incompréhension dans le message sur le repérage précoce et l'intervention brève, les consommateurs ayant un usage nocif de l'alcool seront appelés ici : « consommateurs à usage nocif » (tableau 1).

Le terme de « consommateur excessif » nommera les patients ayant un usage à risque ou un usage nocif.

Les différents programmes de repérage précoce et d'intervention brève, élaborés à partir d'études majoritairement anglo-saxonnes, s'adressaient aux consommateurs excessifs d'alcool, c'est-à-dire aux « *problem drinkers* » (tableau 1).

Essais cliniques sur l'efficacité de l'intervention brève chez les consommateurs excessifs

Une méta-analyse portant sur 34 essais contrôlés randomisés⁶⁻⁷, évaluant l'efficacité d'une intervention brève à échéance 6-12 mois, a révélé une diminution de la CDA dans le groupe intervention : taille d'effet = 0,26 ; IC95 = 0,20-0,32, $p < 0,001$.

En juin 2009, la *Cochrane collaboration* a publié une revue de la littérature sur l'efficacité d'une intervention brève relative à l'alcool chez les patients en soins primaires⁸. La méta-analyse de

cette revue a retenu 22 essais contrôlés randomisés, ayant inclus 7 619 patients. Les critères d'inclusion des études dans la méta-analyse étaient :

- les patients ne consultant pas nécessairement pour des problèmes d'alcool ;
- l'impact de l'intervention brève comme critère de jugement principal.

Après un suivi d'au moins un an, les patients ayant reçu une intervention brève avaient une CDA significativement inférieure à celle des témoins : différence moyenne : - 38 g/semaine, IC95 = - 23 à - 54, malgré une grande hétérogénéité entre les études ($I^2 = 57\%$). Dans les études analysées selon le sexe des patients, l'intervention brève était efficace chez les hommes mais pas chez les femmes.

En 2004, une méta-analyse des essais contrôlés randomisés sur le même thème avait montré que, si l'intervention brève avait un impact sur la mortalité liée à l'alcool, elle n'en avait ni sur la mortalité totale ni sur la morbidité⁹.

Toutes ces études portaient sur des consommateurs excessifs (*problem drinkers*). Elles ont été faites dans les pays scandinaves, au Royaume-Uni, en Espagne, aux États-Unis et en Australie. Le repérage systématique des patients a été fait par une « *practice nurse* », une secrétaire médicale ou un assistant de recherche clinique. Dans un deuxième temps, le médecin faisait l'intervention brève, avec ou sans remise d'un document explicatif. L'intervention consistait en un entretien expliquant les valeurs seuil d'alcool à ne pas dépasser et insistait sur l'utilité de revenir à une consommation maîtrisée inférieure à ces valeurs seuil. Les patients des groupes témoins participaient au repérage mais ne recevaient pas d'intervention brève. Par ailleurs, l'intervention brève ne concernait pas les malades alcoolodépendants, mais à la fois les « consommateurs à risque » (non malades) et les « consommateurs à usage nocif » (malades).

En France, il n'y a qu'un seul essai randomisé comparatif ayant cherché à mettre en évidence l'efficacité d'une intervention brève auprès des consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale¹⁰. L'objectif principal était la

Type de consommation	Usage à risque	Usage nocif
Type de consommateurs Selon la SFA	Consommateurs à risque	Consommateurs à problème
Pas de dénomination		
Type de consommateurs Selon les Anglo-saxons	<i>At risk drinkers</i>	<i>Harmful drinkers</i>
Problem drinkers		
Type de consommateurs Dans cet article	Consommateurs à risque	Consommateurs à usage nocif
Consommateurs excessifs		

Tableau 1. Différences entre les définitions désignant les consommateurs non alcoolodépendants

diminution de la CDA à un an. En une ou deux consultations, les médecins généralistes faisaient le repérage et l'intervention brève. À 1 an, il n'y a pas eu de différence statistiquement significative sur la diminution de la CDA entre les patients du groupe intervention et ceux du groupe témoin. Il y a eu une amélioration de la CDA, dans le groupe témoin, sans doute liée au « repérage » des patients ayant un « mésusage » (terme qui regroupe la consommation à risque, nocive, et la dépendance), à une régression vers la moyenne* et à un effet Hawthorne.

Pratiquer ou non l'intervention brève ?

En France, en médecine générale, faut-il faire le repérage précoce et l'intervention brève sur les « *problem drinkers* » (selon la définition anglo-saxonne) ou les consommateurs excessifs (selon la définition de cet article), tels qu'ils sont recommandés par l'OMS ou le ministère de la Santé ?

D'un point de vue scientifique, les études n'ont pas démontré d'efficacité, ni sur la mortalité totale ni sur la morbidité⁹. À un niveau individuel, le potentiel impact de l'intervention brève repose sur le postulat que la diminution de la CDA, observée sur une durée relativement brève, aboutit à une réduction de la morbidité. C'est possible mais, à l'heure actuelle, non prouvé. Par ailleurs, les études souffrent d'une équivoque majeure : l'amalgame des sujets à

risque et des malades ayant une consommation nocive alors que les prises en charge sont (devraient être) très différentes.

Pour un consommateur à usage nocif, l'objectif est de faire comprendre le lien possible ou probable entre sa plainte, les dommages physiques, psychiques ou sociaux observés et sa consommation d'alcool, puis de préconiser une diminution franche, voire un arrêt temporaire de toute consommation d'alcool pendant environ 1 mois. Cette durée suffit pour vérifier ou rejeter l'hypothèse d'un usage nocif grâce à la régression, voire à la disparition des symptômes. Si la diminution ou l'arrêt est impossible, l'hypothèse diagnostique d'alcoolodépendance est à vérifier.

La prise en charge est bien différente pour les consommateurs à risque. Dans aucun essai, y compris l'essai français, ces derniers n'étaient séparés des consommateurs à usage nocif. Ils n'étaient pas malades, et les motifs de consultation étaient le plus souvent sans rapport avec l'alcool. Pour ces patients, il s'agit donc de dépister et, si besoin, de faire une intervention brève en « *addon* » à la réponse à apporter à leur(s) motif(s) de consultation.

À l'occasion d'une consultation pour un problème bénin, il est de bonne pratique de faire des dépistages et de donner des conseils. La question est de savoir lesquels sont prioritaires. Des médecins généralistes américains ont calculé que, pour appliquer toutes les recommandations de prévention dont ils ont la charge, 85 % de leur exercice devraient y être exclusivement consacrés¹¹. Le repérage précoce et l'intervention brève chez les consommateurs d'alcool à risque sont-ils une priorité ? Les études

disponibles montrent que, même en y associant les consommateurs (malades) à usage nocif, l'intervention est d'une efficacité limitée, uniquement sur un critère intermédiaire (CDA) et à échéance relativement brève compte tenu de la durée habituelle de consommation. En pratique, le médecin hiérarchise ses actes de « prévention-dépistage » avec 4 critères : la gravité du problème, sa prévalence, l'efficacité démontrée de l'intervention et ses compétences personnelles.



Photo libre de droits

La malheureuse, mais sans doute pas innocente, appellation « intervention brève » pour nommer un entretien de 10 à 45 minutes avec ou sans remise de documentation, renvoie à celle qui a démontré une faible efficacité chez les fumeurs¹². Chez ces derniers, le repérage se résume à 2 questions à réponse binaire, à la suite desquelles le médecin propose une aide au sevrage. La prise en charge des consommateurs d'alcool à risque est bien plus compliquée. En plus d'un dépistage qui prend du temps car les réponses ne sont pas binaires, l'intervention est toute en nuance : expliquer les valeurs seuil à ne pas dépasser, la façon de calculer les « verres », tout en précisant au patient qu'il n'en ressentira aucun avantage immédiat (puisqu'il ne se plaint de rien), et que le bénéfique attendu de la

* La régression à la moyenne est un phénomène statistique et spontané, lié à des facteurs indépendants de l'étude, qui intervient quoi qu'il arrive dès lors qu'un échantillon est sélectionné sur la base d'une limite quantitative.



réduction de sa consommation d'alcool est incertain.

Les études scientifiques sur lesquelles sont basées les recommandations des autorités sanitaires préconisant le repérage précoce et l'intervention brève ne sont pas des études pragmatiques. Elles ne tiennent pas compte de la faisabilité concrète de cette procédure qui est peu réaliste, car elle est très chronophage, et s'ajoute à la réponse à « l'autre » demande du patient. La durée de la consultation n'est pas extensible. En France, à l'inverse des études étrangères démontrant l'efficacité du repérage précoce et de l'intervention brève, seul le médecin peut faire le repérage puis l'intervention « brève » si elle est indiquée. À moins de proposer une consultation spécifiquement dédiée à la prévention-dépistage, il est irréaliste, dans un système de paiement forfaitaire à l'acte ne valorisant pas les actes de dépistage et de prévention, d'ajouter, à la résolution des motifs de consultation du patient, une intervention pas si brève que cela et dont l'efficacité est douteuse.

Au final, l'utilité d'une intervention, brève ou non, répétée autant de fois qu'il est nécessaire auprès des consommateurs d'alcool à « usage nocif » ne se discute pas. Ces patients sont malades, ont une plainte ou un dommage physique, psychique ou social relatif à leur consommation d'alcool. L'objectif

est de les informer, de les mettre en garde, et de leur conseiller de diminuer fortement leur consommation sur le long terme. Il ne s'agit pas d'un acte de prévention, mais d'un acte thérapeutique très différent de la prévention par intervention brève.

Il n'en est pas de même auprès des consommateurs à risque. La recommandation faite aux médecins généralistes de réaliser, auprès de leurs patients, un repérage précoce et une intervention brève, émane d'autorités ou de médecins qui ont confondu « consommateur à problème » et « consommateur à risque », et qui n'ont pas tenu compte des contraintes d'exercice de la médecine générale ambulatoire.

Le repérage précoce et l'intervention brève ne semblent pas dangereux, mais probablement inutiles, et certainement utopiques.

Références

1. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves (<http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/Du9/>). Consulté le 01/10/2009.
2. Huas D, Allemand H, Loiseau D, Pessione F, Rueff B. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. *La revue du praticien médecine générale* 1993;203:39-44.
3. Mouquet MC, Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. *DREES. Études et résultats* 2002;192:1-11.
4. Huas D, Rueff B. *Abord clinique des malades de l'alcool en médecine générale*. Paris : Springer, 2005.
5. Société française d'alcoologie. Les conduites d'alcoolisation. *Alcoologie et Addictologie* 2001;23(suppl4):1S-76S.
6. 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.
7. Prescrire rédaction. Alcoolisation excessive : des interventions brèves pour modérer la consommation. *Rev Prescr* 2005;262:450-7.
8. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
9. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effect on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* 2004; 99:839-45.
10. 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. *La revue du praticien médecine générale* 2002;16:1343-8.
11. Yarnall K, Pollak K, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003; 93:635-41.
12. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI:0.1002/14651858.CD000165.pub3.