

Le PEPra-Module "Alcool" a été développé par

Jean-Bernard Daepen et Nicolas Bertholet, 21/10/2021

## **Partie A3: INTERVENTION BREVE**

## **Partie A4: THÈMES TRANSVERSAUX**

## **BIBLIOGRAPHIE**

### A3 INTERVENTION BREVE

Si une consommation d'alcool à risque est détectée, une intervention brève est généralement ensuite proposée. Le terme « intervention brève » est un terme général qui inclut différents types d'interventions durant lesquelles le clinicien donne des conseils et/ou une aide psychologique visant à comprendre les risques et les effets négatifs de la consommation et explorer des manières de la diminuer (Beyer, Campbell et al. 2019). Les différents modèles d'intervention brève partagent pour la plupart les mêmes fondements théoriques, c'est-à-dire les théories sociocognitives et motivationnelles (Heather 1995). Ces différents modèles partagent également des modalités pratiques : elles sont conçues pour être effectuées lors de consultations régulières, qui durent souvent de 5 à 15 minutes. Bien que de courte durée, elles peuvent prendre une forme plus complexe et être dispensées en une à cinq séances. Finalement, elles comportent les mêmes composants structurels tel que : un *feedback* personnalisé sur l'usage d'alcool et les conséquences associées, une clarification de ce que constitue une consommation d'alcool à faible risque, des informations sur les risques associés à la consommation d'alcool, l'identification des situations à risques et des stratégies pour y faire face, les bénéfices attendus d'une réduction de la consommation, des conseils pour réduire la consommation, des techniques inspirées de l'entretien motivationnel visant à favoriser un changement, le développement d'un plan personnalisé de réduction de la consommation (Kaner, Beyer et al. 2018). De nombreux consommateurs d'alcool sont concernés par une intervention brève : 1) les personnes présentant une consommation d'alcool à risque pour les inciter à réduire leur consommation et surtout éviter le développement d'une dépendance ou d'autres conséquences sur la santé ; 2) les adolescents notamment à propos des risques de la consommation épisodique massive ; 3) les femmes notamment pour rappeler les risques de la consommation pendant la grossesse (Haute Autorité de santé 2014) ; 4) les personnes présentant une dépendance chez qui

l'intervention brève vis à proposer un travail plus complet, notamment de conseiller un centre spécialisé.

L'efficacité des interventions brèves portant sur la consommation d'alcool à risque dans les soins de santé primaires a été testée dans de nombreuses études et revues systématiques. Une revue systématique (O'Donnell, Anderson et al. 2014) montrait avec constance que l'intervention brève était efficace pour aborder la consommation à risque. Différentes études ont également montré le bon rapport coût-efficacité de l'intervention brève (Cobiac, Vos et al. 2009, Tariq, van den Berg et al. 2009, Purshouse, Brennan et al. 2013). Les revues de la littérature prenant en compte les différentes politiques étatiques pour diminuer le fardeau collectif lié à la consommation d'alcool placent l'implémentation de l'intervention brève dans les mesures les plus efficaces et les mieux soutenues par les données probantes (Babor, Caetano et al. 2010, Burton, Henn et al. 2017). Une analyse de l'OCDE avec des données obtenues au Canada, en République Tchèque et en Allemagne montrait également la place élevée de l'intervention brève par rapport à d'autres mesures de santé publique en terme de coût-efficacité (Sassi, Cecchini et al. 2015). Ces analyses montraient que si des interventions brèves étaient systématiquement proposées dans les structures de soins primaires, elles pourraient générer des bénéfices importants en termes de santé et d'espérance de vie. Elles auraient notamment la capacité de prévenir un grand nombre de cas de dépendance à l'alcool et auraient un impact significatif sur l'incidence du cancer.

En terme d'efficacité, l'étude la plus importante est la méta-analyse de Kaner et de ses collègues (2018), réalisée dans le cadre de la Collaboration Cochrane, agrège les données de 69 études incluant 33'642 participants, dont 38 études en médecine générale et 27 études dans des départements d'urgence. Les principaux résultats ont montré que les personnes recevant l'intervention brève buvaient alors significativement moins que les participants du groupe témoin. La réduction moyenne

était de 20 grammes d'alcool pur par semaine, ce qui représente environ 2 verres standards. Dans l'ensemble, les données probantes ont été évaluées comme étant pour la plupart de qualité moyenne, ce qui signifie que l'ampleur et l'orientation de l'effet rapporté sont susceptibles d'être proches de l'effet réel de ces interventions. L'étude montrait également que des interventions plus longues n'apportent probablement que peu d'avantages supplémentaires.

Cette étude présentait également des résultats par sous-groupes. L'environnement de l'intervention montrait des résultats significatifs allant dans le même sens, même si la différence moyenne était supérieure en médecine générale (-26 g/semaine) qu'aux urgences (-10 g/semaine). L'effet significatif aux urgences est intéressant, car les résultats des méta-analyses préalables montraient des résultats contrastés, minimaux ou non significatifs (Landy, Davey et al. 2016, McGinnes, Hutton et al. 2016, Schmidt, Schulte et al. 2016). L'inclusion de nouvelles études semblent donner du poids à l'efficacité de l'intervention dans cet environnement. Une autre étude récente montrant des résultats significatifs (Barata, Shandro et al. 2017) semble confirmer cette tendance.

Les résultats en fonction du genre montrent également des résultats similaires et significatifs pour les hommes (- 42 g/semaine) et les femmes (- 30 g/semaine). L'efficacité démontrée chez les femmes est également importante car de précédentes revues systématiques montraient un manque de données probantes pour ce sous-groupe (O'Donnell, Anderson et al. 2014). L'efficacité en fonction de l'âge est plus contrastée (Kaner, Beyer et al. 2018). La plupart des études étaient menées avec des adultes et l'efficacité dans ce sous-groupe est donc similaire à l'échantillon global (-22 g/ semaine). Seulement 3 études méta-analysées comprenaient des adolescents ou des jeunes adultes et l'effet n'est pas significatif (-7 g/semaine, intervalle de confiance de -17 à +3 g/semaine). La plupart des études dans ce sous-groupe montrent de la même manière des effets inférieurs, contrastés, voire non significatifs (Diestelkamp, Drechsel et al. 2016, Foxcroft, Coombes et al. 2016). Une large méta

analyse (185 échantillons d'étude analysés) a néanmoins montré des effets significatifs sur la consommation d'alcool et les problèmes liés (Tanner-Smith and Lipsey 2015). Les effets étaient plus élevés chez les adolescents (11-18 ans) que chez les jeunes adultes (19-30 ans). Les auteurs concluaient que si ces effets restaient modestes, leur potentiel en terme de santé était profitable vu la brièveté et le faible coût de l'intervention. Une revue systématique a testé l'efficacité de mesures pour diminuer la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées (Kelly, Olanrewaju et al. 2018). Malgré l'hétérogénéité des 8 études retenues, les effets étaient significatifs et montraient notamment que des interventions brèves pouvaient avoir un effet positif.

Une revue systématique montrait des données probantes prometteuses pour le petit nombre d'études ayant testé une intervention brève en face-à-face pour maintenir l'abstinence durant la grossesse (Gilinsky, Swanson et al. 2011). Dans le milieu des hôpitaux généraux, une revue Cochrane a montré que l'intervention brève était bénéfique au niveau de la consommation d'alcool et du taux de mortalité (McQueen, Howe et al. 2011). Cependant ces résultats étaient limités à des études ayant inclus principalement des hommes. Concernant l'efficacité des interventions brèves électroniques, les données probantes montrent des effets dans la communauté (Bewick, Trusler et al. 2008, Kaner, Beyer et al. 2017), mais également en médecine de premier recours (Kypri, Langley et al. 2008, Nair, Newton et al. 2015, Ramsey, Satterfield et al. 2019). Cette dernière étude montrait que si les interventions basées sur la technologie en médecine de premier recours semblaient être largement bénéfiques, les résultats pourraient être améliorés par l'implication des cliniciens et par l'utilisation de stratégie d'implémentation (Ramsey, Satterfield et al. 2019).

Malgré les informations fournies pour différents sous-groupes, quelques zones d'ombre demeurent encore, notamment l'efficacité de l'intervention brève chez les personnes présentant une dépendance à l'alcool ou présentant une consommation très importante (Saitz 2010, Glass, Andreasson et al. 2017).

## A4 THÈMES TRANSVERSAUX

En Suisse, le dépistage systématique du mésusage d'alcool est peu pratiqué. En conséquence le nombre de personnes avec mésusage d'alcool recevant une intervention brève est faible. En l'absence de systèmes incitatifs forts, les taux de dépistage et d'intervention restent faibles. La Suède, avec une campagne forte d'implémentation a pu augmenter le taux de dépistage de 13 à 32% (Lundin, Danielsson et al. 2017). Malgré l'augmentation des taux de dépistage, la proportion de personnes avec mésusage recevant une intervention reste limitée (4%). Une étude anglaise montre que 10% des personnes avec mésusage reçoit un conseil (Brown, West et al. 2016). Dans des systèmes centralisés tels le système de la Veterans Health Administration (VA) aux USA, associés au déploiement de mesures de performances, il est possible d'atteindre des taux de dépistage de 90% avec un taux de 54% d'intervention brève chez les personnes avec mésusage (Lapham, Achtmeyer et al. 2012). Toutefois, en dehors de systèmes centralisés et intégrés, le taux de dépistage reste bas (Edlund, Unutzer et al. 2004, Rehm, Anderson et al. 2016).

La mise à disposition de questionnaires pouvant être remplis directement par le patient, sous forme papier ou électronique pourrait augmenter les taux de dépistage. Toutefois, ces mesures doivent être accompagnées d'un encouragement à remplir le questionnaire (Bertholet, Cunningham et al. 2020). L'usage de questionnaires intégrés, comprenant le dépistage de plusieurs comportements représente un avantage notable, permettant de limiter les contraintes temporelles (McNeely, Strauss et al. 2015, McNeely, Haley et al. 2018, McNeely, Kumar et al. 2018). Le temps passé en salle d'attente représente une opportunité pour impliquer le patient dans des démarches de dépistage et de prévention (Elley, Dawes et al. 2014, McNeely, Kumar et al. 2018) (Bertholet, Cunningham et al. 2020). Les AM et CMA peuvent donc être appelés à jouer un rôle crucial dans l'augmentation des taux de dépistage en proposant cette démarche en salle d'attente par exemple. Toutefois, les

patients indiquent que ces démarches doivent être faite dans un contexte minimisant la stigmatisation et que les raisons du dépistage doivent être explicitées (McNeely, Kumar et al. 2018).

La pratique de l'intervention brève par du personnel formé n'est en aucun cas limité aux médecins.

Dans de nombreux pays, ces interventions sont effectuées par du personnel de santé non-médecin (voir modèle SBIRT américain). Si une formation est nécessaire afin de pouvoir disposer de bonnes connaissances et d'une bonne pratique des éléments motivationnels nécessaires, AM et CMA sont, tous comme les médecins, des ressources cruciales pour pouvoir effectuer des interventions brèves.

Ces interventions peuvent aussi être réalisées sous forme électronique et de bonnes preuves d'efficacité sont disponibles en la matière (Kaner, Beyer et al. 2017, Riper, Hoogendoorn et al. 2018).

## BIBLIOGRAPHIE

- Aalto, M., et al. (2009). "AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey." Drug Alcohol Depend **103**(1-2): 25-29.
- Aalto, M., et al. (2011). "The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly." Int J Geriatr Psychiatry **26**(9): 881-885.
- Ames, G. M. and J. B. Bennett (2011). "Prevention interventions of alcohol problems in the workplace." Alcohol Res Health **34**(2): 175-187.
- Anderson, P., et al. (2016). "Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial." Addiction **111**(11): 1935-1945.
- Anderson, P., et al. (2004). "Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption: results of a meta-analysis." J Stud Alcohol **65**(2): 191-199.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Publishing.
- Association, B. M. (2016). Alcohol and pregnancy Preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders. B. M. Association.
- Babor, T., et al. (2001). AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. Geneva, World Health Organization.
- Babor, T. F., et al. (2010). Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford, Oxford University Press.
- Babor, T. F. and J. C. Higgins-Biddle (2000). "Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health." Addiction **95**(5): 677-686.
- Barata, I. A., et al. (2017). "Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review." The western journal of emergency medicine **18**(6): 1143-1152.
- Bertholet, N., et al. (2019). "Electronic screening and brief intervention for unhealthy alcohol use in primary care waiting rooms - A pilot project." Subst Abus: 1-9.
- Bertholet, N., et al. (2020). "Electronic screening and brief intervention for unhealthy alcohol use in primary care waiting rooms - A pilot project." Subst Abus **41**(3): 347-355.
- Bewick, B. M., et al. (2008). "The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption--a systematic review." Prev Med **47**(1): 17-26.
- Beyer, F. R., et al. (2019). "The Cochrane 2018 Review on Brief Interventions in Primary Care for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption: A Distillation for Clinicians and Policy Makers." Alcohol Alcohol.

Brown, J., et al. (2016). "Comparison of brief interventions in primary care on smoking and excessive alcohol consumption: a population survey in England." British Journal of General Practice **66**(642): e1-9.

Burns, E., et al. (2010). "Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review." Addiction **105**(4): 601-614.

Burton, R., et al. (2017). "A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective." Lancet **389**(10078): 1558-1580.

Bush, K., et al. (1998). "The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test." Arch Intern Med **158**(16): 1789-1795.

Campbell, C. E. and S. A. Maisto (2018). "Validity of the AUDIT-C Screen for At-Risk Drinking Among Students Utilizing University Primary Care." J Am Coll. Health: 1-28.

Cobiac, L., et al. (2009). "Cost-effectiveness of interventions to prevent alcohol-related disease and injury in Australia." Addiction **104**(10): 1646-1655.

Collaborators, G. B. D. A. (2018). "Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016." Lancet **392**(10152): 1015-1035.

Coultou, S., et al. (2018). "Opportunistic screening for alcohol use problems in adolescents attending emergency departments: an evaluation of screening tools." Journal of public health (Oxford, England): 1-8.

Coultou, S., et al. (2006). "Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study." BMJ **332**(7540): 511-517.

Curry, S. J., et al. (2018). "Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement." Jama-Journal of the American Medical Association **320**(18): 1899-1909.

Daeppen, J. B., et al. (2011). "Efficacy of brief motivational intervention in reducing binge drinking in young men: A randomized controlled trial." Drug Alcohol Depend **113**(1): 69-75.

Dawson, D. A., et al. (2005). "The AUDIT-C: screening for alcohol use disorders and risk drinking in the presence of other psychiatric disorders." Compr Psychiatry **46**(6): 405-416.

Day, N. L., et al. (1989). "Prenatal exposure to alcohol: effect on infant growth and morphologic characteristics." Pediatrics **84**(3): 536-541.

Derges, J., et al. (2017). "Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review." BMC Public Health **17**(1): 562.

Diestelkamp, S., et al. (2016). "Brief in Person Interventions for Adolescents and Young Adults Following Alcohol-Related Events in Emergency Care: A Systematic Review and European Evidence Synthesis." *Eur. Addict. Res.* **22**(1): 17-35.

Dreher-Weber, M., et al. (2017). "Screening for Hazardous Drinking in Nursing Home Residents: Evaluating the Validity of the Current Cutoffs of the Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption Questions by Using Ethyl Glucuronide in Hair." *Alcohol. Clin. Exp. Res.* **41**(9): 1593-1601.

Edlund, M. J., et al. (2004). "Clinician screening and treatment of alcohol, drug, and mental problems in primary care: results from healthcare for communities." *Med Care* **42**(12): 1158-1166.

Elley, C. R., et al. (2014). "Screening for lifestyle and mental health risk factors in the waiting room: feasibility study of the Case-finding Health Assessment Tool." *Can Fam Physician* **60**(11): e527-534.

Feldman, H. S., et al. (2012). "Prenatal alcohol exposure patterns and alcohol-related birth defects and growth deficiencies: a prospective study." *Alcohol Clin Exp Res* **36**(4): 670-676.

Federal Office of Public Health (FOPH) (2015). Strategie nationale - Addiction 2017 - 2024. Bern, Federal Office of Public Health (FOPH).

Foxcroft, D. R., et al. (2016). "Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults." *Cochrane Database Syst. Rev.* **7**: CD007025.

Fujii, H., et al. (2016). "The Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption (AUDIT-C) is more useful than pre-existing laboratory tests for predicting hazardous drinking: a cross-sectional study." *BMC Public Health* **16**: 379.

Gache, P., et al. (2005). "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* **29**(11): 2001-2007.

Gaume, J., et al. (2011). "Is brief motivational intervention effective in reducing alcohol use among young men voluntarily receiving it? A randomized controlled trial." *Alcohol Clin Exp Res* **35**(10): 1822-1830.

Gilinsky, A., et al. (2011). "Interventions delivered during antenatal care to reduce alcohol consumption during pregnancy: A systematic review." *Addiction Research & Theory* **19**(3): 235-250.

Glass, J. E., et al. (2017). "Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA)." *Addict Sci Clin Pract* **12**(1): 14.

Gray, R., et al. (2009). "Alcohol consumption during pregnancy and its effects on neurodevelopment: what is known and what remains uncertain." *Addiction* **104**(8): 1270-1273.

Gruenewald, P. J., et al. (1993). "Alcohol availability and the ecology of drinking behavior." *Alcohol Health & Research World* **17**(1): 39-45.