

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 041

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Valérie CARLIER

Née le 1^{er} septembre 1986 à CROIX (59)

Présentée et soutenue publiquement le 7 juillet 2016

**Efficacité d'interventions de repérage des consommations d'alcool à risque
et d'interventions brèves délivrées par des professionnels de soins primaires
non médecins : une revue systématique des essais contrôlés randomisés**

Président du jury Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse Monsieur le Docteur Cédric RAT

Membres du jury Madame le Docteur Caroline VICTORRI-VIGNEAU
Monsieur le Docteur Jean-Eric DIETLIN

REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Rémy SENAND,
Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et je vous en remercie.**

**A Monsieur le Docteur Cédric RAT,
Je vous remercie d'avoir accepté d'encadrer cette thèse, merci également pour vos
conseils avisés.**

**A Madame le Docteur Caroline VICTORRI-VIGNEAU,
Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury et je vous en remercie.**

**A Monsieur le Docteur Jean-Eric DIETLIN,
Vous me faites l'honneur de participer à ce jury et je vous en remercie.**

TABLE DES MATIERES

<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	4
<u>PREFACE</u>	5
<u>INTRODUCTION</u>	6
<u>METHODE</u>	9
<u>RESULTATS</u>	13
<u>DISCUSSION</u>	26
<u>CONCLUSION</u>	31
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	32
<u>ANNEXES</u>	36
<u>ANNEXE 1 : Tableau des résultats</u>	37
<u>ANNEXE 2 : La consommation d'alcool définie selon la SFA</u>	48
<u>ANNEXE 3 : Abus et dépendance à une substance : Critères selon le DSM-IV-TR</u>	49
<u>ANNEXE 4 : Comparaison entre le DSM IV et le DSM-5</u>	50
<u>ANNEXE 5 : Questionnaires de dépistage</u>	51
<u>ANNEXE 6 : Articles exclus après lecture et les raisons de leur exclusion</u>	54
<u>ANNEXE 7 : Articles inclus dans la revue</u>	56
<u>RESUME</u>	58

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé
ASAT : Aspartate aminotransférase
C : Groupe Contrôle
CDT : Carbohydate-Deficient Transferrin
CRCT : Cluster Randomized Controlled Trial
GGT : Gamma Glutamyl Transpeptidases
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : HyperTension Artérielle
I : Groupe Intervention
MeSH : Medical Subject Headings
NS : Non Significatif
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RCT : Randomized Controlled Trial
RPIB : Repérage Précoce et Interventions Brèves
SFA : Société Française d'Alcoologie
VGM : Volume Globulaire Moyen

PREFACE

Ce travail a débuté par un projet commun du Département de Médecine Générale (DMG) en partenariat avec l'Association des Pôles et Maisons de Santé en Pays de la Loire (APMSL) dont l'objectif était de créer un programme d'actions de prévention des conduites addictives destiné à tous les professionnels des maisons de santé pluridisciplinaires des Pays de la Loire. Ce projet s'est déroulé en plusieurs phases, la première a consisté, par l'intermédiaire d'une enquête auprès de 15 professionnels exerçant en maisons de santé, à recenser leurs motivations, attentes et freins à la mise en œuvre d'actions de prévention des addictions dans les maisons de santé pluridisciplinaires, cette partie a été réalisée par un étudiant dans le cadre d'un travail de thèse en Médecine. La seconde étape, correspondant à notre travail, a reposé sur l'identification d'actions évaluées efficaces dans la prise en charge des addictions en soins primaires au travers d'un travail de recherche bibliographique dans la littérature internationale. L'enquête, réalisée auprès des professionnels, a révélé que l'alcool est l'addiction qui les préoccupe le plus puisque c'est la seule addiction citée par l'ensemble des professionnels de santé interrogés et que le manque de temps et la peur du manque de réceptivité des patients sont les principaux freins au développement d'actions de prévention des addictions.

Dans ce contexte, pour ce travail de thèse, nous avons décidé de centrer notre travail de recherche bibliographique uniquement sur les articles randomisés contrôlés évaluant des interventions visant à réduire la consommation d'alcool à risque en soins primaires. Devant le nombre important de revues et méta-analyses mettant en évidence l'efficacité des interventions délivrées par les médecins, nous avons concentré notre recherche sur les articles impliquant des professionnels de soins primaires non médecins.

INTRODUCTION

La réduction de la consommation d'alcool est un enjeu de santé publique. L'OMS distingue consommation d'alcool « à risque » (entre 20 et 40 grammes par jour pour une femme ; entre 40 et 60 grammes par jour pour un homme) et consommation « nocive » (plus de 40 grammes par jour chez les femmes et plus de 60 grammes par jour chez les hommes). A l'échelle mondiale, 5.9% des décès étaient imputables à la consommation d'alcool en 2012, ce qui correspond à 3,3 millions de décès annuels(1). Il s'agit d'un des 5 principaux facteurs de risque de maladies, d'invalidités et de décès dans le monde (avec l'hypertension, le tabac, la pollution de l'air et l'alimentation). La consommation à risque d'alcool serait impliquée dans la survenue de plus de 200 pathologies, les principales étant les maladies cardiovasculaires, les cirrhoses, les cancers, les traumatismes, les troubles mentaux et les dépendances(1)(2). En 2010, la consommation annuelle d'alcool par habitant était estimée à 6,2 litres d'alcool pur, soit 13,5 grammes par jour. Toutefois, il existe de grandes disparités selon les pays : l'OMS a rapporté que la consommation moyenne fluctuait de 1.5 g/jour dans les pays de Méditerranée orientale, jusqu'à 23,7 g/jour en Europe(1). Outre l'impact en terme de mortalité et morbidité, il existe un coût économique important lié aux dépenses de santé mais aussi aux dépenses judiciaires (accidents de la route, agressions) et socio-professionnelles (baisse de la productivité, perte d'emploi, divorce, baisse de la qualité de vie)(1). Selon POIKOLAINEN, en 2007, la majorité des problèmes liés à l'alcool ne serait pas due aux consommateurs avec une dépendance à l'alcool mais résulterait des buveurs avec une consommation d'alcool à risque(3).

En France, la consommation moyenne d'alcool par habitant a diminué de moitié en 50 ans. Pourtant, elle reste plus élevée que la moyenne européenne. Elle était estimée à 26g d'alcool pur par jour par habitant en 2010 (1). En France, l'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabagisme, à l'origine d'un tiers des décès par cancers, d'un quart des décès par maladies cardiovasculaires, de 16% des décès par maladies digestives, ou encore de 10% des décès par maladies mentales et neurologiques(4). Le coût des séjours hospitaliers liés à l'alcool était estimé à 2,64 milliards d'euros en 2012 (5).

De nouveaux comportements d'alcoolisation sont apparus par ailleurs depuis quelques années, sous la forme d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante ou « binge drinking » selon le terme anglo-saxon (au moins 60g d'alcool pur, en une occasion pour les adultes et 50g pour les moins de 17 ans). La prévalence de ces comportements est élevée, 29,4% de la population générale française, en 2010, déclaraient avoir connu un tel épisode au cours du dernier mois(1). En 2014, 31 % des 18-75 ans, en France, sont des buveurs à risque ponctuel et 8 % des consommateurs à risque chronique(6).

Les seuils définis par l'OMS constituent de simples repères et ne garantissent pas l'absence de tout risque. La Société Française d'Alcoologie propose de classer les consommations d'alcool en 5 catégories : «le non-usage, l'usage simple ou à faible risque (consommation en-dessous des seuils recommandés) et le mésusage comprenant l'usage à risque (consommation dépassant les seuils recommandés susceptible d'entraîner des dommages), l'usage nocif ou abus comme désigné dans le DSM-IV-TR (présence de dommages sans signe de dépendance) et l'usage avec dépendance (perte de la maîtrise de sa consommation)(7) (ANNEXE 2). Le DSM-IV-TR décrit 4 critères pour définir l'abus à une substance, une réponse positive est évocatrice d'un abus et 7 critères pour définir la dépendance, trois réponses positives ou plus évoquent une dépendance(8) (ANNEXE 3). Dans le DSM V, publié en 2013, les notions d'abus de substance et de dépendance sont remplacées par «les troubles liés à l'usage d'une

substance » qui sont classés de légers à sévères et définis par une seule liste de 11 critères. Les troubles sont considérés comme légers si le patient présente 2 ou 3 critères positifs, comme modérés si présence de 4 ou 5 critères et sévère s'il existe au moins six critères(9)(ANNEXE 4).

Pour faire face à ce problème de Santé Publique, l'OMS demande donc à ses états membres, par le biais de sa « Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool de 2010 » d'élaborer des politiques publiques de prévention de lutte contre l'alcool(10). Un « Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 » (11), a donc été établi, demandant aux pays d'entreprendre des stratégies nationales de Prévention de lutte contre l'alcool. La France s'y est associée dans le cadre de son programme « Boire moins c'est mieux »(12). La mise en place en soins primaires de stratégies de Repérage Précoce généralisé et de l'Intervention Brève (RPIB)¹ se développe afin d'identifier les patients dont la consommation dépasse les seuils recommandés. Plusieurs méta-analyses internationales ont montré que le RPIB permet une réduction de la consommation d'alcool à court et à moyen terme chez les buveurs «à risque» en soins primaires. Une méta-analyse publiée en 2012 par *The United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* incluant 23 essais contrôlés randomisés a montré que les interventions brèves (10-15mn), délivrées en soins primaires, permettent une réduction significative de la consommation d'alcool à risque par rapport au groupe contrôle. Les interventions évaluées étaient délivrées le plus souvent par un médecin puisque 14 des 23 essais concernaient un médecin généraliste seul ou associé à une infirmière ou un éducateur pour le suivi, 3 étaient délivrées par une infirmière seule ou un médecin assistant, 1 par un psychologue, 2 par des chercheurs et 1 non spécifié(13). Une autre méta-analyse publiée par la Cochrane en 2007 incluant 25 essais randomisés contrôlés a montré également l'efficacité des interventions brèves dans la réduction de la consommation d'alcool à risque(14), la majorité des études incluses dans ce travail reposait également sur l'implication du médecin généraliste. Ces 2 méta-analyses rapportaient que des interventions plus intensives n'avaient pas une efficacité supérieure par rapport aux interventions brèves(13)(14).

Le repérage s'intéresse à la consommation déclarée d'alcool du patient en verres standards ou Unités Internationales d'alcool consommés par jour (Quelle quantité? Quelle fréquence?), il peut s'appuyer sur l'utilisation de questionnaires validés comme l'AUDIT, le FACE ou l'AUDIT-C (ANNEXE 5). Ce repérage devrait s'adresser à tous les patients de façon systématique une fois par an, ou devrait être réalisé dès lors qu'il existe des évènements particuliers (dommages physiques ou psychiques pouvant être liés à l'alcool, élévation des marqueurs biologiques tels que le VGM, GGT ou CDT lors d'un examen biologique de routine)(15). Le repérage aurait à lui seul une efficacité sur la réduction de la consommation d'alcool(16). Après ce temps de repérage, l'intervention brève précoce a pour objectif de modifier une trajectoire de consommation avant qu'elle ne devienne une dépendance. L'intervention brève s'adresse aux patients buveurs excessifs et vise à obtenir une réduction de la consommation d'alcool(15). Miller et Sanchez ont proposé de structurer ce type d'intervention autour de l'acronyme FRAMES : Feedback (restitution des résultats du test de repérage), Responsibility (il s'agit d'une décision personnelle du patient), Advice (informations sur l'alcool), Menu (proposer plusieurs objectifs au patient), Empathy (avoir une attitude empathique sans jugement), Self-efficacy (insister sur les capacités du patient pour renforcer sa motivation) (17). L'HAS recommande d'adapter l'intervention aux contraintes des consultations de soins primaires, l'HAS recommande donc de ne pas dépasser

¹ Screening, Breve Intervention and Referral to Treatment, SBIRT

5 minutes d'intervention pour être intégrée à une consultation(18). Ce type d'intervention n'est pas adapté pour des patients buveurs dépendants, la dépendance nécessitant elle une prise en charge plus complexe(15).

Malgré l'efficacité démontrée du RPIB et l'existence d'outils simples et validés, seulement 23% des médecins généralistes déclaraient effectuer un repérage au moins une fois par an pour chaque patient et 72,7% rapportaient effectuer ce repérage chez des patients jugés à risque(19). Le recours à des outils structurés reste marginal chez les médecins: seulement 12,9% des médecins généralistes déclaraient en utiliser en 2009(19). Une des raisons souvent évoquée par les médecins généralistes pour expliquer leur faible participation au RPIB est le manque de temps(20)(21)(22). Certains freins liés à la difficulté d'aborder le sujet de l'alcool, à un sentiment d'inefficacité et au déni du patient(20)(21)(22) pourraient relever de la formation mais les formations dans ce champ sont peu fréquentées par les médecins généralistes(18). Au moment où les autorités de santé françaises soutiennent l'organisation des soins primaires autour de maisons de santé pluri-professionnelles(23), un postulat est que l'implication d'autres professionnels de santé pourraient permettre un plus grand développement des stratégies de RPIB en population générale. D'un côté, de tels professionnels, formés au RPIB, investis d'un temps de soin dédié sur cette thématique, pourraient proposer des démarches de RPIB plus systématiques. La possibilité de travailler en équipe autour de ces patients pourrait permettre de diminuer le sentiment d'inefficacité ou d'épuisement et entretenir la motivation. D'un autre côté, aborder la thématique de l'alcool est intrusif et la relation de confiance développée au long cours a probablement un rôle important. Dès lors, il n'est pas certain que les résultats obtenus dans des études impliquant le médecin généraliste seraient retrouvés à l'identique si les stratégies de RPIB étaient menées par des professionnels paramédicaux.

Dans cette revue de littérature, nous avons tenté de répondre aux questions suivantes :

- Existe-t-il des essais contrôlés randomisés rendant compte d'interventions de RPIB menées par des professionnels de soins primaires autres que le médecin généraliste ? Quels impacts ? Quels critères de jugement ? Quels délais de suivi ?
- Existe-t-il des essais contrôlés randomisés rendant compte d'interventions de RPIB menées collectivement par des équipes de professionnels de soins primaires ? Quels impacts ? Quels critères de jugement ? Quels délais de suivi ?

METHODE

This systematic review was conducted according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines (24).

- Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion des études dans notre review étaient les suivants :

Design : essais randomisés contrôlés ou essais randomisés contrôlés en cluster,

Setting : recrutement en soins primaires et en population générale

Participants : patients dont la consommation d'alcool est identifiée comme au-dessus des limites recommandées et ne présentant aucune maladie physique grave, psychologique ou cognitive.

- Les interventions

Nous avons inclus tous les essais évaluant l'efficacité des interventions centrées sur la prise en charge des patients dont la consommation excède les limites recommandées. Les essais pouvaient inclure tous types d'interventions (interviews face à face, interviews par téléphone, par ordinateur, par papier) mais ces dernières devaient avoir lieu en soins primaires.

Nous avons inclus les essais dont l'intervention était délivrée par des professionnels de soins primaires non-médecins avec la participation ou non du médecin généraliste.

Nous avons exclu les études pilotes, les études portant sur des populations spécifiques (patients avec comorbidités, vétérans, aborigènes) non représentatives de la population générale, et les études non réalisées en soins primaires (par exemple les études réalisées dans des services hospitaliers d'addictologie).

- Les Critères de jugement

1/ Critère de jugement

Nous avons retenu les études dont le critère de jugement principal était

- soit la consommation d'alcool, définie par l'une des modalités suivantes :

- la quantité d'alcool consommée,
- la fréquence de la consommation d'alcool,
- l'intensité de la consommation (par exemple, nombre de verres lors d'une journée de consommation, nombre de consommations excessives),
- la consommation d'alcool en fonction des limites recommandées,
- le nombre d'abstinents,
- le score à un questionnaire de dépistage,
- le taux de certains marqueurs biologiques.

- soit la qualité de vie, évaluée à travers les champs suivants :

- dans les domaines physique et psychologique (vitalité, douleur, ressentis sur sa santé, état émotionnel),
 - dans le domaine socio-professionnel (relations avec les autres, perte d'emploi),
 - dans le domaine légal (conduite sous état d'ivresse, accidents de la route, agressions).
- soit un critère médico-économique (nombre de visites aux urgences, nombre d'hospitalisations et de jours d'hospitalisation, coût des soins).

2/ La durée de l'évaluation des critères de jugement

Les essais devaient évaluer l'effet des interventions au terme d'une durée d'au moins 3 mois.

- Identification des études

We conducted a systematic search of PubMed, Embase, and the Cochrane Central Register of Controlled Trials, not limited by dates of publication, on 31 décembre 2015 (Text box 1 et 2). We also hand searched reference lists of reviews and studies identified during the initial search.

Text Box 1. Algorithme utilisé pour la recherche dans la base de données PubMed

((((("Alcohol-Related Disorders"[Mesh]) OR "Drinking Behavior"[Mesh])) AND ((("Patient Care Management"[Mesh]) OR "General Practice"[Mesh]) OR "Health Personnel"[Mesh])) AND (((("Counseling"[Mesh]) OR "Mass Screening"[Mesh]) OR "Psychotherapy, Brief"[Mesh]) OR "Education"[Mesh])) AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp]) AND (English[lang] OR French[lang])))

Text Box 2. Algorithme utilisé pour la recherche dans la base de données EMBASE

('alcoholism'/exp OR 'drinking behavior'/exp) AND ('patient care'/exp OR 'general practice' OR 'health care personnel'/exp) AND ('counseling'/exp OR 'mass screening'/exp OR 'psychotherpay' OR 'education'/exp) AND ([controlled clinical trial]/lim OR [randomized controlled trial]/lim) AND ('clinical trial'/de OR 'randomized controlled trial'/de) AND ([english]/lim OR [french]/lim)

- Collecte des données et analyses

1/ Sélection des études

Nous avons développé un formulaire standard pour reporter les détails de chaque étude et les raisons de leur inclusion ou exclusion.

Deux auteurs ont évalué, de façon indépendante, tous les titres et résumés des articles pour déterminer lesquels rencontrent les critères d'inclusion.

Les articles identifiés comme pertinents par au moins un des auteurs ont été lus par les deux auteurs de façon indépendante.

Les désaccords ont été résolus par la discussion.

Le résultat de cette sélection a été reporté sur un diagramme de flux PRISMA.

Nous avons listé toutes les études exclues après lecture (ANNEXE 5).

Nous avons utilisé la liste suivante pour déterminer l'éligibilité de chaque étude :

- 1- S'agit-il de données primaires ? EXCLUSION des revues de la Littérature, des études pilotes...
- 2- S'agit-il d'un essai randomisé contrôlé ou d'un essai randomisé contrôlé par cluster ? EXCLUSION des essais non RCT ou CRCT.
- 3- L'essai est-il conduit en soins primaires ? EXCLUSION s'il est conduit dans un service de spécialité, en médecine du travail...
- 4- L'essai évalue-t-il une intervention délivrée par un professionnel de soins primaires autre que le médecin généraliste ? EXCLUSION si l'intervention s'intéresse uniquement aux médecins généralistes.
- 5- Les participants ont-ils des consommations d'alcool à risque ? EXCLUSION si l'essai inclut des patients sans problème d'alcool.
- 6- L'échantillon est-il représentatif de la population générale ? EXCLUSION si l'essai inclut des populations spécifiques (Vétérans, Aborigènes) ou des patients avec des comorbidités (Diabète, HTA).
- 7- L'essai évalue-t-il l'efficacité d'une intervention sur la réduction de la consommation d'alcool chez des buveurs à risque? EXCLUSION s'il s'agit d'un essai sur les conséquences de l'alcool, les prévalences, la formation des professionnels...
- 8- L'intervention est-elle décrite? EXCLUSION si non.
- 9- Les critères de jugement sont-ils définis? EXCLUSION si non.

Les études ne rencontrant pas les critères précédemment décrits ont été exclues et les raisons de leur exclusion ont été reportées sur le diagramme de flux PRISMA.

2/ Extraction des données

Nous avons ensuite extrait les caractéristiques de chaque étude incluse.

Nous avons reporté, pour chaque étude incluse, les items suivants :

- 1- Identification : nom de l'étude, nom du journal, nom des auteurs, dates de publication.
- 2- Détails de l'étude : objectif de l'étude, méthode de randomisation, méthode de recrutement des participants, critères d'inclusion et d'exclusion, durée de l'étude.

- 3- Description des participants : localisation géographique, âge, sexe, origine ethnique, consommation d'alcool, conséquences médico-socio-professionnelles, principaux problèmes de Santé, traitements reçus, détails démographiques pertinents, nombre total.
- 4- Description des interventions : outils utilisés (interview face à face/téléphone/questionnaire), intervenants (médecin généraliste/ infirmière/ paramédicaux), contenu de l'intervention, objectif de l'intervention, durée, contenu des soins habituels ou du groupe contrôle.
- 5- Critères de jugement : critères de jugement principal et secondaires, temps de suivi, patients perdus de vue, évènements indésirables.
- 6- Notes: puissance, intention de traiter, approbation par un comité d'éthique.
- 7- Résultats: nombre de participants alloués à chaque groupe, résultats du groupe intervention comparés au groupe contrôle, significativité des résultats (valeur de p), taux de suivi.
- 8- Pertinence des résultats: existence de biais; résultats correspondant bien aux critères de jugement; extrapolation des résultats.
- 9- Commentaires des auteurs, références à d'autres études.

3/ Evaluation du risque de biais des études incluses

Nous avons évalué les biais potentiels pour chaque étude.

Pour chaque étude incluse, nous avons recherché les biais suivants selon l'outil « The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias », chapitre 8 du « Cochrane Handbook »(25):

- 1- Biais de Sélection : - Séquence de randomisation adéquate?
- Assignation secrète?
- 2- Biais de Performance : - Participants et personnels aveugles?
- 3- Biais d'Attrition : - Analyse en intention de traiter?
- 4- Biais de Détection : - Evaluateurs aveugles?
- 5- Biais de Report : - Publication de tous les résultats?

Pour chaque question, une réponse «Low» indiquait un risque de biais faible et une réponse «High» indiquait un risque de biais fort. Si les informations étaient insuffisantes pour répondre, le risque de biais était défini comme « Unclear ».

RESULTATS

Suite à notre recherche, 331 résumés ont été repérés, 38 articles ont été analysés, et 23 ont été inclus, rendant compte de 18 essais. Les publications de *OCKENE et al(2009)*, *REIFF-HEEKING et al(2005)* et *OCKENE et al(1999)* portaient sur le même essai (projet Health). Les publications de *MUNDT et al(2005)* et *FLEMING et al(1999)* appartiennent au projet GOAL. Les publications de *GROSSBERG et al(2004)* et *FLEMING et al(1997, 2000)* rendaient compte du projet TrEat. Ces articles ont été cités par la suite par leur nom de projet.

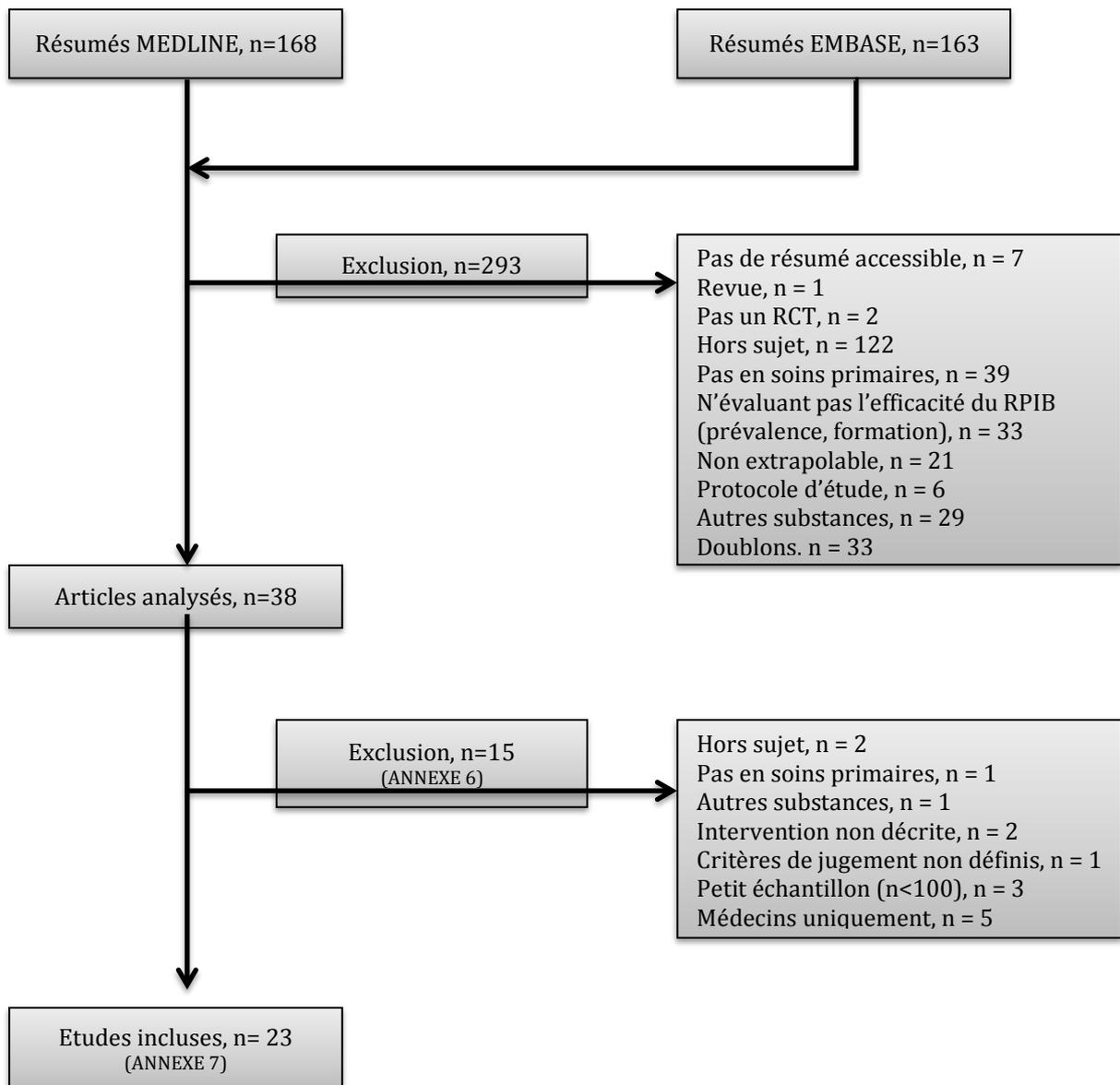


Figure 1 : Diagramme de flux pour la sélection des études incluses

- Présentation des études

Ces études ont eu lieu, en soins primaires, de 1996 à 2014, regroupant 10,347 participants répartis sur plusieurs pays : 2 essais ont eu lieu en Angleterre (*Kaner,2013;Lock,2005*), 1 en Angleterre et en Ecosse (*Watson,2013*), 2 au Canada (*McIntosh,1997 ; Israel,1996*), 1 en Espagne (*Rubio,2010*), 1 en Finlande (*Aalto,2001*), 2 en Nouvelle Zélande (*Kypri,2008 ; Kypri,2004*), 1 en Suède (*Tomson,1998*), 7 aux USA (*Ettner,2014 ; Moore,2011 ; Fleming,2010 ; Projet Health ; Brown,2007 ; Projet GOAL ; Projet TrEat*) et un essai se déroulant dans 8 pays (*WHO,1996* Australie, Kenya, Mexique, Norvège, le Royaume Uni, Russie, USA et Zimbabwe).

La population masculine était surreprésentée dans 8 essais, atteignant entre 52% et 80% de la population totale (*Ettner,2014 ; Watson,2013 ; Kaner,2013 ; Moore,2011 ; Rubio,2010 ; Projet Health ; Projet GOAL ; McIntosh,1997*) ; un essai incluait uniquement des hommes (*Aalto,2001*) ; un essai comptait 50% d'hommes (*Lock,2005*) et 3 essais incluaient moins de 50% d'hommes (*Fleming,2010 ; Kypri,2008 ; Brown,2007*). L'information n'était pas communiquée pour 5 essais (*Projet TrEat ; Kypri,2004 ; Tomson,1998 ; Israel,1996 ; WHO,1996*). La population incluse était majoritairement caucasienne pour 7 essais (entre 86% et 97%) (*Ettner,2014 ; Kaner,2013 ; Moore,2011 ; Fleming,2010 ; Projet Health ; Brown,2007 ; Projet TrEat*), information non précisée dans 11 essais. Parmi les 18 essais, 1 essai incluait uniquement des patients de 65 ans et plus (*Projet GOAL*), 1 essai comptait des patients de 60 ans et plus (*Ettner,2014*), 2 études des patients de 55 ans et plus (*Watson,2013 ; Moore,2011*) et 3 exclusivement des étudiants (*Fleming,2010 ; Kypri,2008 ; Kypri,2004*). Certaines études précisait le niveau d'études (*Ettner,2014 ; Watson,2013 ; Kaner,2013 ; Moore,2011 ; Rubio,2010 ; Projet Health ; Brown,2007 ; Projet GOAL ; Lock,2005 ; Projet TrEat ; Aalto,2001*), la proportion de patients fumeurs (*Kaner,2013 ; Rubio,2010 ; Fleming,2010 ; Projet Health ; Projet GOAL*), ou la proportion de patients chômeurs (*Rubio,2010 ; Brown,2007 ; Lock,2005 ; Projet TrEat ; Aalto,2001 ; McIntosh,1997*).

Nurse practitioner only
LOCK and al ; 2005 ; England = Nurse practitioner TOMSON and al ; 1998 ; Sweden = Nurse practitioner
Multidisciplinary Primary Care team
WATSON and al ; 2013 ; England and Scotland = Nurse practitioner+ trained therapist in the primary care environment + specialist MOORE and al ; 2011 ; USA = Primary Care Provider + health educator RUBIO and al ; 2010 ; Spain = Physician (Intervention) + Nurse (Call to reinforce) MUNDT and al ; 2005 ; USA (Projet GOAL) = Physician (Intervention) + Nurse (Call to reinforce) GROSSBERG and al ; 2004 ; USA (Projet TrEat) = Physician (Intervention) + Nurse (Call to reinforce) AALTO and al ; 2001 ; Finland = General practioner (4 sessions) + Nurse (3 sessions) FLEMING and al ; 2000 ; USA (Projet TrEat) = Physician (Intervention) + Nurse (Call to reinforce) FLEMING and al ; 1999 ; USA (Projet GOAL) = Physician (Intervention) + Nurse (Call to reinforce) FLEMING and al ; 1997 ; USA (Projet TrEat) = Physician (Intervention) + Nurse (Call to reinforce) ISRAEL and al ; 1996 ; Canada = Physician (1 ^{ère} assessment) + Nurse (2 nd assessment + Intervention)
Primary Care provider
KANER and al ; 2013 ; England = General Practitioner or Nurse Practitioner FLEMING and al ; 2010 ; USA = 13 physicians or 3 nurse practitioners or 1 physician assistant OCKENE and al ; 2009 ; USA (Projet Health) = Physician or Nurse REIFF-HEKKING and al ; 2005 ; USA (Projet Health) = Physician or Nurse OCKENE and al ; 1999 ; USA (Projet Health) = Physician or Nurse McINTOSH and al ; 1997 ; Canada = Physician or Nurse WHO group ; 1996 ; 8 countries = Nurse or Physician or Psychologist or Other
Others
ETTNER and al ; 2014 ; USA = Mailed + Health Educator KYPRI and al ; 2008 ; New Zeland = Computer BROWN and al ; 2007 ; USA = Phone (Counselor) KYPRI and al ; 2004 ; New Zeland = Computer

Tableau 1 : Présentation des articles inclus

- Identification des consommations d'alcool à risque

Selon les études, la consommation d'alcool à risque était définie soit par un nombre de verres ou une quantité d'alcool pur en grammes par jour (≥ 4 verres/jour pour *McIntosh,1997* ; >50 g/jour chez les hommes et 30g chez les femmes pour *WHO,1996*), soit par un nombre de verres ou une quantité d'alcool pur en gramme par semaine (> 11 verres/semaine chez les hommes et > 8 chez les femmes pour le *Projet GOAL* ; ≥ 12 verres/semaine chez les hommes et ≥ 9 chez les femmes pour le *Projet Health* ; > 14 verres/semaine chez les hommes et >11 chez les femmes pour le *Projet TrEat* ; ≥ 280 g/semaine pour *Aalto,2001*), soit par un nombre de verres par mois (≥ 50 verres/mois chez les hommes et ≥ 40 /mois chez les femmes pour *Fleming,2010* ; ≥ 56 verres/mois chez les hommes et 44 chez les femmes pour *Brown,2007* ; ≥ 90 verres/mois chez *Israel,1996*), soit par un nombre d'épisodes de forte consommation d'alcool au cours d'une période donnée (*Rubio,2010* ; *Fleming,2010* ; *Projet Health* ; *Brown,2007* ; *Projet GOAL* ; *Kypri,2004*), soit par le résultat du score d'un questionnaire de dépistage (score AUDIT ≥ 8 pour *Watson,2013* ; *Kypri,2008* ; *Lock,2005* ; *Kypri,2004* ; score CARET¹ compris entre 1 et 7 pour *Ettner,2014* ; *Moore,2011* , score CAGE ≥ 1 pour *McIntosh,1997* ; ≥ 2 pour le *Projet GOAL* ; *Israel,1996* ou ≥ 3 pour *Aalto,2001* ; score FAST ≥ 3 pour *Kaner,2013*) ou soit par le dosage des GGT (GGT > 0.89 mkat/l pour *Tomson,1998*). Certaines études fixaient plusieurs critères d'inclusion. Pour repérer les critères d'inclusion, 6 essais avaient utilisé des questionnaires sur la santé en générale, intégrant des questions sur la consommation d'alcool comme le « Heath Habit Survey » (*Fleming,2010* ; *Projet Health* ; *Brown,2007* ; *Projet GOAL* ; *Projet TrEat* ; *WHO,1996*). Dans 7 études, le dépistage était réalisé en salle d'attente, proposé soit par la secrétaire (*Watson,2013* ; *Projet TrEat* ; *Aalto,2001*), soit par un chercheur (*Brown,2007*), ou soit par une infirmière (*McIntosh,1997*) et non précisé pour 2 essais (*Projet GOAL* ; *Fleming,2010*). Pour les autres études, le dépistage était réalisé par courrier (*Ettner,2014* ; *Tomson,1998*), par ordinateur (*Kypri,2008* ; *Kypri,2004*) ou par téléphone (*Moore,2011*). Un essai (*Projet Health*) avait accompli le dépistage par téléphone, par courrier ou dans la salle d'attente. Pour 3 études, le dépistage était directement effectué en consultation par l'infirmière ou le médecin de l'étude (*Rubio,2010* ; *Lock,2005* ; *Israel,1996*). Deux études ne précisaient pas le déroulement du dépistage (*Kaner,2013* ; *WHO,1996*).

8 études excluaient les patients avec une trop forte consommation d'alcool (quantité d'alcool pur par jour supérieure à 120g, nombre de verres par semaine supérieur à 50, nombre de verres par mois supérieur à 200, score AUDIT supérieur à 15 (*Fleming,2010* ; *Rubio,2010* ; *Lock,2005* ; *Projet GOAL* ; *Projet TrEat* ; *Tomson,1998* ; *WHO,1996* ; *Israel,1996*).

- Les critères de jugement

Les critères de jugement identifiés étaient soit la quantité totale d'alcool consommée, en nombre de verres (14 essais : *Ettner,2014* ; *Watson,2013* ; *Moore,2011* ; *Rubio,2010* ; *Fleming,2010* ; *Projet Health* ; *Kypri,2008* ; *Brown,2007* ; *Projet GOAL* ; *Projet TrEat* ; *Kypri,2004* ; *Aalto,2001* ; *Israel,1996* ; *WHO,1996*) ou en quantité d'alcool pur (2 essais : *Lock,2005* ; *Tomson,1998*) ; soit la fréquence de la consommation d'alcool, en nombre de jours de consommation d'alcool sur une période définie et/ou en nombre d'épisodes de forte consommation (10 essais : *Moore,2011* ; *Rubio,2010* ; *Fleming,2010* ; *Projet Health* ; *Kypri,2008* ; *Brown,2007* ; *Projet GOAL* ; *Projet TrEat* ; *Kypri,2004* ; *Aalto,2001*) ; soit le pourcentage de buveurs à risque (8 essais : *Ettner,2014* ; *Moore,2011* ;

¹ Le questionnaire CARET (The Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool) permet de dépister les consommations d'alcool à risque chez les plus de 50 ans.

Rubio,2010 ; Fleming,2010 ; *Projet Health* ; *Projet GOAL* ; *Projet TrEat* ; WHO,1996) ou présentant des épisodes de forte consommation (5 essais : Ettner,2014 ; Rubio,2010 ; *Projet Health* ; *Projet GOAL* ; *Projet TrEat*) ; l'utilisation de la Santé (6 essais : Ettner,2014 ; Fleming,2010 ; *Projet GOAL* ; *Projet TrEat* ; Tomson,1998 ; Israel,1996) ; les scores des questionnaires de dépistage (5 essais : Watson,2013 ; Kaner,2013 ; Moore,2011 ; Kypri,2008 ; Lock,2005) ; les marqueurs biologiques (3 essais : Aalto,2001 ; Tomson,1998 ; Israel,1996) ; les conséquences médico-socio-professionnelles et légales (11 essais : Ettner,2014 ; Watson,2013 ; Kypri,2008 ; Lock,2005 ; *Projet TrEat* ; Kypri,2004 ; Aalto,2001 ; Tomson,1998 ; McIntosh,1997 ; Israel,1996 ; WHO,1996) ; la qualité de vie (3 essais : Watson,2013 ; Kaner,2013 ; Lock,2005) ; la motivation à changer sa consommation (Kaner,2013) et le rapport bénéfice/coût de la prise en charge (3 essais : Watson,2013 ; Lock,2005 ; *Projet TrEat*).

- Durée de suivi

Les durées de suivi étaient variables selon les études : 48 mois (*Projet TrEat* ; *Projet Health*) ; 36 mois (Aalto,2001) ; 24 mois (*Projet GOAL* ; Tomson,1998) ; 12 mois (10 études : Ettner,2014 ; Watson,2013 ; Kaner,2013 ; Moore,2011 ; Rubio,2010 ; Fleming,2010 ; Kypri,2008 ; Lock,2005 ; McIntosh,1997 ; Israel,1996) ; 9 mois (WHO,1996) ; 6 mois (Kypri,2004) et 3 mois (Brown,2007).

- Les interventions

La majorité des interventions était des interview face à face délivrée soit par l'infirmière seule (Lock,2005 ; Tomson,1998), soit par une équipe pluridisciplinaire travaillant en équipe, chacun ayant, une mission définie (7 études : Watson,2013 ; Moore,2011 ; Rubio,2010 ; *Projet GOAL* ; *Projet TrEat* ; Aalto,2001 ; Israel,1996), soit par différents professionnels de soins primaires, chacun ayant la même mission dans l'étude (5 essais : Kaner,2013 ; Fleming,2010 ; *Projet Health* ; McIntosh,1997 ; WHO,1996). Pour les 4 dernières études, l'intervention était réalisée par l'intermédiaire d'un ordinateur (Kypri,2008 ; Kypri,2004), de courrier postal (Ettner,2014) ou par téléphone (Brown,2007).

- Intervention effectuée par l'infirmière seule

L'intervention menée par LOCK *et al*(26) reposait sur 5 à 10 minutes de conseils associant informations sur le nombre d'unités d'alcool contenues dans un verre standard, sur les limites recommandées, sur les bénéfices de l'arrêt, des conseils pour y arriver et la définition d'objectifs. Dans le groupe contrôle, une infirmière donnait des conseils non pré-définis, et une brochure sur l'alcool. Les résultats montraient une diminution de 3 points du score AUDIT dans le groupe intervention contre une augmentation de 0.3 point dans le groupe contrôle et une diminution de la consommation hebdomadaire de 7 unités d'alcool dans les 2 groupes. Aucun impact significatif n'a été démontré, que ce soit sur le score AUDIT ou la consommation hebdomadaire.

L'intervention menée par TOMSON *et al*(27) reposait sur 3 sessions d'informations et conseils abordant les habitudes de vie et la consommation d'alcool, délivrées par une infirmière au cours de 12 mois de suivi. Dans le groupe contrôle, les patients bénéficiaient d'une consultation avec leur médecin pour discuter des causes de l'augmentation des GGT

mais aucune information sur l'alcool n'était délivrée par le médecin. L'évaluation à 24 mois montrait une réduction significative de la consommation hebdomadaire d'alcool dans le groupe intervention ($p=0.02$) (sans comparaison possible avec le groupe contrôle puisqu'il n'y avait pas eu de recueil initial de la consommation d'alcool dans ce groupe). Il n'y avait par contre pas de différence significative entre les 2 groupes s'agissant du taux des GGT, du nombre de jours d'arrêt de travail (qui avait diminué dans les 2 groupes), ou du nombre de patients hospitalisés (qui avait augmenté de 7% dans les 2 groupes).

○ **Intervention effectuée par une équipe pluridisciplinaire**

10 articles, publiés de 1996 à 2013 et incluant 3245 participants, évaluaient 7 essais (Watson,2013 ; Moore,2011 ; Rubio,2010 ; Projet GOAL ; Projet TrEat ; Aalto,2001 ; Israel,1996) dans lesquels l'intervention était délivrée par une équipe pluridisciplinaire de soins primaires où chaque professionnel avait un rôle défini.

Dans l'étude de *RUBIO et al,2010* (28), l'intervention se composait de 2 sessions, à un mois d'intervalle, d'une durée de 10 à 15 minutes pendant lesquelles le médecin rappelait les méfaits de l'alcool, informait sur les prévalences des consommations d'alcool à risque, proposait des méthodes pour réduire la consommation et formulait des objectifs. Chaque session était suivie d'un appel par une infirmière pour renforcer l'intervention. Le groupe contrôle ne bénéficiait d'aucune intervention, les 2 groupes recevaient une même brochure sur la santé.

Les résultats à 12 mois indiquaient une réduction significative, en faveur de l'intervention, chez les hommes comme chez les femmes, du nombre de verres dans les 7 derniers jours (-30% vs -17%, $p<0.001$) ; du nombre d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante au cours du dernier mois (-61% vs -47%, $p<0.001$) ; de la proportion de patients avec une consommation excessive (>18 verres/semaine chez les hommes et > 13 chez les femmes) au cours des 7 derniers jours (-52% vs -33%, $p<0.001$) et de la proportion de patients avec des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (≥ 5 verres/occasion chez les hommes et ≥ 4 chez les femmes) (-48% vs -33%, $p<0.001$).

Dans le *projet GOAL*, l'intervention reposait également sur 2 séances de conseils d'une durée de 10 à 15 minutes, à un mois d'intervalle, délivrées par le médecin. Le médecin revenait sur les résultats du dépistage de la consommation d'alcool, sollicitait le patient sur les raisons de sa consommation, rappelait les limites recommandées, les méfaits de l'alcool et la prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool. L'intervention prévoyait la planification d'objectifs. Chaque patient du groupe intervention recevait un journal des boissons et une brochure sur la santé. Chaque session était suivie d'un appel téléphonique par une infirmière pour renforcer l'intervention. Le groupe contrôle ne recevait que la brochure. *FLEMING et al,1999* (29) ont évalué l'efficacité de cette intervention sur la réduction de la consommation d'alcool à 12 mois chez des patients de plus de 65 ans. *MUNDT et al,2005* (30) ont évalué l'impact de cette même intervention à 24 mois.

L'impact de l'intervention était statistiquement significatif à 12 mois sur les critères suivants : nombre de verres consommés dans les 7 derniers jours (-36% vs -2%, $p<0.001$) ; nombre d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante au cours du dernier mois (-46% vs +29%,

$p < 0.005$) ; proportion de patients avec une consommation excessive (> 20 verres/semaine chez les hommes et > 13 chez les femmes) au cours des 7 derniers jours (-48% vs $+15\%$, $p < 0.005$), et proportion de patients avec des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (≥ 4 verres/occasion chez les hommes et ≥ 3 chez les femmes, au moins deux fois au cours des 3 derniers mois) (-37% vs $+22\%$, $p < 0.025$). L'utilisation des services de santé n'avait pas été évaluée devant le faible nombre d'évènements.

A 24 mois, l'effet de l'intervention était uniquement significatif sur la baisse du nombre de verres consommés dans les 7 derniers jours (-32% vs -12% , $p < 0.05$). Il existait, dans le groupe intervention, une légère augmentation du nombre d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante au cours du dernier mois et de la proportion de patients avec une consommation excessive par rapport aux résultats à 12 mois, non présente dans le groupe contrôle mais ces valeurs restaient inférieures à celles du départ et celles du groupe contrôle. L'impact sur le coût total des soins et les conséquences sociales n'était pas significatif.

Dans le projet TrEat, l'intervention consistait en 2 sessions de conseils centrés sur la consommation d'alcool du patient, la fréquence de la consommation d'alcool à risque dans la population générale, ses méfaits, les avantages de réduire sa consommation, la définition d'objectifs, les méthodes pour atteindre ses objectifs, et la délivrance d'un journal des boissons. Les conseils étaient délivrés par un médecin pendant une durée de 10 à 15 mn, à un mois d'intervalle. Chaque session était ensuite suivie d'un appel par une infirmière pour renforcer l'intervention. Le groupe contrôle ne recevait aucune intervention particulière, hormis la possible remise d'une brochure. *FLEMING et al, 1997* (31), 2000(32) ont évalué l'efficacité de cette intervention sur la réduction de la consommation d'alcool à 12 mois chez des patients de 18 à 65 ans et le coût de cette intervention à 12 mois. *GROSSBERG et al, 2004*(33) ont rapporté l'efficacité de cette intervention sur la réduction de la consommation à 48 mois, mais uniquement chez les patients âgés de 18 à 30 ans.

Les auteurs démontraient un impact significatif de cette intervention, à 12 mois, chez les hommes comme chez les femmes sur les critères suivants : nombre de verres consommés dans les 7 derniers jours (-40% vs -18% , $p < 0.001$) ; nombre d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (> 5 verres/occasion chez les hommes et > 4 chez les femmes) au cours du dernier mois (-46% vs -21% , $p < 0.005$) ; proportion de patients avec une consommation excessive (> 20 verres/semaine chez les hommes et > 13 chez les femmes) au cours des 7 derniers jours (-63% vs -32% , $p < 0.001$) ; proportion de patients avec des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (-35% vs -18% , $p < 0.001$) ; nombre de jours d'hospitalisations (-23% vs $+200\%$, $p < 0.001$) ; coût des hospitalisations ($p < 0.05$) et coût total des soins par patient (421% vs 943% , $p < 0.05$). Le nombre de visites aux urgences diminuait au sein des 2 groupes sans différence significative.

A 48 mois, chez les 18-30 ans, les auteurs retrouvaient un impact significatif de l'intervention sur la proportion de patients avec des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (-31% vs -16% , $p = 0.01$). De plus, il existait une baisse de 42% des visites aux urgences ($p < 0.01$) et une réduction de 23% de l'ensemble des accidents de la voie publique ($p < 0.05$) dans le groupe intervention comparé au groupe contrôle. Les autres variables étaient améliorées dans le groupe intervention comme dans le groupe contrôle, mais sans différence significative entre les 2 groupes : nombre de verres/semaine ; nombre d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante/mois ; proportion de patients avec une consommation excessive sans différence significative.

Dans l'étude d'*ISRAEL et al,1996,(34)*, tous les patients étaient évalués à 2 reprises sur leur consommation, successivement par le médecin pour le repérage puis par l'infirmière, une fois randomisés dans chaque groupe. Ils recevaient tous une même brochure sur l'alcool. L'intervention était ensuite délivrée par l'infirmière, les patients recevaient plusieurs fois dans l'année les conseils : une première session durait 30 minutes et reposait sur les techniques cognitivo-comportementales, dans le but d'atteindre l'abstinence ou une consommation à faible risque. Des sessions de 20 minutes étaient ensuite dispensées par l'infirmière tous les 2 mois pendant 1 an, (soit 6 sessions au total) avec analyse du dosage des GGT et explications sur les relations existantes entre ce taux et la consommation d'alcool du patient. Dans le groupe contrôle, suite à l'évaluation, l'infirmière recommandait aux patients de réduire leur consommation d'alcool. Les résultats du dosage des GGT leur étaient transmis ainsi que des informations sur les relations entre ce taux et leur consommation d'alcool mais aucune autre information ou conseil sur l'alcool n'était délivré.

L'intervention montrait un impact significatif à 12 mois, comparé au contrôle, sur la consommation en nombre de verres/mois (-70% vs -46%, $p<0.05$) et le taux de GGT (-32% vs -10%, $p<0.05$), et à 24 mois sur le nombre de consultations chez le médecin traitant (1 visite par an vs 3.6 ; $p<0.02$).

Dans l'étude de *MOORE et al,2011(35)*, l'intervention reposait sur la remise d'un rapport personnalisé abordant les résultats du dépistage pour le patient et les conséquences de sa consommation d'alcool. Ce rapport était remis au patient et au professionnel de soins primaires avant la consultation. Le professionnel était invité à s'appuyer sur ce document lors de sa consultation. Un éducateur en santé recontactait ensuite le patient par téléphone à 2, 4 et 8 semaines, pour faire le point sur sa consommation d'alcool et renforcer l'intervention en fournissant des conseils selon les techniques de l'entretien motivationnel (raisons de cette consommation, motivation pour changer, encouragements pour atteindre les objectifs). Le groupe contrôle recevait seulement une brochure sur les addictions.

Les résultats à 12 mois indiquaient un impact significatif de l'intervention sur le nombre de verres consommés par semaine (-38% vs -30%, $p<0.05$). Aucun impact significatif n'était retrouvé s'agissant de la proportion de patients avec une consommation excessive dans les 7 derniers jours (≥ 4 verres/jour), de la proportion de patients avec une consommation à risque et du score CARET mais une réduction des taux était présente dans les 2 groupes.

L'étude de *WATSON et al,2013(36)* comparait l'efficacité de 2 interventions dans la réduction de l'alcool chez les plus de 55 ans : la « Minimal Intervention » correspondant à 5 minutes de conseils brefs délivrés par une infirmière avec retour sur la consommation du patient, ses conséquences et son score AUDIT et la « Stepped Care Intervention », basée sur une première session de 20 minutes dispensée par une infirmière et fondée sur l'entretien motivationnel, suivie si le patient conservait une consommation à risque au bout d'un mois, de 3 sessions de 40 minutes par un soignant formé. Les patients qui n'atteignaient pas les limites recommandées au terme d'un mois étaient, ensuite, adressés à un médecin spécialiste des addictions.

Dans les 2 groupes, les résultats au terme de 12 mois de suivi montraient une baisse du nombre moyen de verres par jour (-0.82 verre/jour vs -0.92), du score AUDIT-C (-1.19 point vs -1.29), et du score DPI¹ sans différence significative entre les groupes. Aucun impact

¹ Score DPI (Drinking Related Index) est un score obtenu à partir de 17 items pour évaluer les problèmes liés à la consommation d'alcool chez les personnes âgées, le meilleur score est un score proche de 0.

significatif n'a été retrouvé sur le coût total des soins ou sur la qualité de vie mesurée par le score SF-12¹.

L'étude de *AALTO et al,2001(37)* était une étude en 3 bras parallèles. Dans un premier groupe intervention, les patients recevaient, en plus d'une brochure sur l'alcool, des conseils centrés sur les résultats des marqueurs biologiques de l'alcool, les effets secondaires de l'alcool, la comparaison de la consommation du patient par rapport aux limites recommandées, les bénéfices de réduire sa consommation et une brochure sur l'alcool. Les sessions de 10 à 20 minutes étaient menées soit par un médecin généraliste à 0, 2, 12 et 24 mois, soit par une infirmière, à 6, 18 et 30 mois. Dans le deuxième groupe intervention, les patients recevaient seulement les conseils délivrés par le médecin généraliste à 0, 12 et 24 mois, et une brochure sur l'alcool. Dans le groupe contrôle, les patients étaient simplement incités à réduire leur consommation d'alcool et à contacter leur médecin généraliste au moindre problème de santé. A 36 mois, *AALTO et al,2001* montraient une baisse significative des valeurs de VGM dans les 3 groupes sans différence significative entre ces groupes. De façon surprenante, l'étude montrait une augmentation, dans les 3 groupes, de la quantité et de la fréquence de la consommation d'alcool par semaine, et des valeurs des ASAT sans différence significative entre les groupes. La seule différence significative concernait la santé mentale, meilleure dans le groupe avec seulement 3 interventions, comparativement au groupe avec 7 interventions ($p<0.05$).

- **Intervention identique effectuée par différents professionnels de soins primaires**

7 publications incluant au total 3990 participants, rapportaient les résultats de 5 essais (Kaner,2013; Fleming,2010 ; Projet Heath ; McIntosh,1997 ; WHO,1996) dans lesquels la même intervention était délivrée par différents professionnels de soins primaires (Médecin ou Infirmière ou Psychologue ou Médecin Assistant...) au sein de chaque étude.

Dans le projet Heath, l'intervention d'une durée de 5 à 10 minutes était réalisée par une infirmière ou par un médecin. Le professionnel délivrait des conseils brefs centrés sur le patient, en sollicitant sa participation active, en abordant sa consommation d'alcool et ses ressentis, en proposant l'instauration d'objectifs. Une brochure sur la santé était remise. Les patients du groupe contrôle recevaient la même brochure et étaient encouragés à poser des questions au professionnel de soins primaires sur leur santé. Trois publications ont évalué la même intervention à 6 mois *OCKENE et al,1999(38)* ; à 12 mois *REIFF-HEKKING et al,2005(39)* et à 48 mois *OCKENE et al,2009(40)*.

A 6 mois, les auteurs retrouvaient un impact significatif de l'intervention sur la réduction du nombre de verres par semaine (-31% vs -21%, $p=0.001$) et sur la proportion de patients avec une consommation excessive (>12 verres/semaine chez les hommes et >9 chez les femmes) au cours des 7 derniers jours (-54% vs -39%, $p=0.01$). Une amélioration des variables suivantes était constatée par rapport au début de l'étude, mais sans différence

¹ Le questionnaire SF-12 a pour but d'évaluer les perceptions des patients sur leur santé mentale et physique, il détermine donc la qualité de vie, plus le score est haut, meilleure est la qualité de vie.

significative entre les 2 groupes : nombre d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante et proportion de patients présentant de tels épisodes.

Au terme de 12 et 48 mois, une amélioration des critères suivants a été constatée par rapport au début de l'étude, mais sans différence significative entre les 2 groupes : nombre de verres consommés par semaine ; proportion de patients avec une consommation excessive ; nombre d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante ; proportion de patients présentant ces épisodes.

Dans l'article de *FLEMING et al ;2010(41)*, l'intervention, menée auprès d'étudiants, reposait sur 2 temps d'échanges de 15 minutes, réalisés à 1 mois d'intervalle soit par le médecin, soit par l'infirmière, soit par le médecin-assistant suivis d'un appel ou d'un mail à 2 et 8 semaines. Les temps d'échanges abordaient la consommation d'alcool de chaque participant, les conséquences, les raisons de cette consommation, les prévalences parmi les étudiants, leur alcoolémie estimée lors des jours de forte consommation. Ces sessions se terminaient par la définition d'objectifs, la remise d'un journal des boissons et d'une brochure sur la santé. Le groupe contrôle ne recevait que la brochure.

A 12 mois, un impact significatif de l'intervention était observé sur les variables suivantes : nombre de verres consommés par mois (-27% vs -21%, p=0.018) et score RAPI¹ (-49% vs -43%, p=0.03). Une amélioration des variables suivantes était constatée par rapport au début de l'étude, mais sans différence significative entre les 2 groupes : nombre d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (≥ 5 verres/occasion chez les hommes et ≥ 4 chez les femmes) dans les 28 derniers jours ; nombre de jours de consommation d'alcool au cours des 28 derniers jours et, utilisation de la santé.

Les 3 études suivantes évaluaient plusieurs interventions.

KANER et al ;2013(42) réalisaient une étude en 3 bras parallèles. Le groupe contrôle recevait une brochure d'information sur l'alcool et un retour sur les résultats de son dépistage. Le groupe intervention « Brief advice Group » obtenait les mêmes informations, associées à 5 minutes de conseils structurés délivrés par un médecin ou une infirmière en s'appuyant sur la brochure (conséquences médicales et sociales de l'alcool à risque, comparaison de leur consommation à celle de la population à l'aide de graphiques, bénéfices de l'arrêt, objectifs définis, méthodes pour les atteindre). Le groupe intervention « Brief lifestyle counseling Group » expérimentait la même intervention que le « Brief advice Group » suivie, dans les 2 semaines, d'une consultation de 20 minutes avec un médecin ou une infirmière, basée sur une forme condensée d'entretien motivationnel (description d'une journée de consommation d'alcool, évaluation de la motivation à changer, aides pour réduire cette consommation).

A 12 mois, les auteurs montraient une augmentation de la proportion des patients ayant la volonté de changer leur consommation dans les 3 groupes. L'impact était toutefois significativement plus important dans le groupe « Brief Lifestyle Counseling Group », comparativement au groupe contrôle (+48% vs +32%, p=0.001). La proportion des patients ayant un score AUDIT négatif avaient aussi augmenté dans les 3 groupes, sans différence significative entre les groupes.

¹ Score RAPI (Rutger Alcohol Problem Index) permet d'évaluer les problèmes liés à la consommation d'alcool

McINTOSH et al ;1997(43) comparaient l'efficacité de 3 interventions chez des patients de 15 ans et plus. L'intervention «Simple advice» comportait 5 minutes de conseils brefs délivrés par un médecin. Il abordait les méfaits de l'alcool, les limites recommandées, la contenance d'alcool d'un verre standard et des conseils pour éviter les situations à risque. Une brochure était également remise. L'intervention «Physician intervention » comportait 2 sessions de 30 minutes, à 2 semaines d'intervalle, menées par un médecin délivrant les mêmes conseils, associés à l'élaboration d'un plan d'action avec la définition d'objectifs, les stratégies pour les atteindre et la fourniture d'un journal des boissons et de la brochure. L'intervention «Nurse practitioner intervention» comprenait la même intervention que dans le groupe précédent mais délivrée par une infirmière.

A 12 mois, une amélioration de la quantité et de la fréquence de la consommation d'alcool par mois était constatée par rapport au début de l'étude, mais sans différence significative entre les 3 groupes.

L'article du *WHO group ;1996(44)* rendait compte d'une étude en 3 bras parallèles. Les interventions étaient menées soit par une infirmière, soit par un médecin, soit par un psychologue, soit par d'autres professionnels de soins primaires. Dans le bras «Simple advice», l'intervention consistait en 5 minutes de conseils brefs sur l'importance de réduire sa consommation d'alcool, sur la relation entre les problèmes de santé du patient et sa consommation. Dans le bras «Brief counseling», l'intervention reposait sur 15 minutes de conseils, abordant la consommation d'alcool et ses conséquences, les bénéfices d'arrêter ou de réduire, et les méthodes pour éviter les situations à risque. Les patients du bras contrôle recevaient simplement une brochure sur la santé, qui était remise dans les 3 groupes.

A 9 mois, les auteurs retrouvaient un impact significatif des interventions sur les variables suivantes : intensité de la consommation d'alcool lors de journées de consommation typique, tant chez les hommes ($p<0.001$) que chez les femmes ($p<0.05$) ; consommation d'alcool moyenne quotidienne au cours des 6 derniers mois ($p<0.001$ chez les hommes, non significatif chez les femmes) ; proportion des patients avec une consommation au dessus des limites recommandées ($p<0.05$ chez les hommes, non significatif chez les femmes). Aucune différence significative n'était retrouvée entre les interventions.

- Interventions n'impliquant directement les professionnels de soins primaires

4 articles, publiés de 2004 à 2014, incluant 2763 participants, évaluaient 4 essais (Ettner,2014 ; Kypri,2008 ; Brown,2007 ; Kypri,2004) dont l'intervention n'était pas sous forme de conseils en face à face.

L'intervention de *ETTNER et al,2014(45)* consistait à envoyer un rapport personnalisé sur la consommation d'alcool du patient et ses conséquences par courrier postal, avec une brochure éducative sur l'alcool et un journal des boissons. Six mois plus tard, un nouveau rapport personnalisé était adressé après une nouvelle évaluation. Un éducateur en santé appelait les patients après l'envoi de chaque rapport pour discuter des résultats, négocier et fixer des objectifs et encourager l'auto-efficacité. Le groupe contrôle ne recevait aucune intervention.

A 12 mois, les auteurs ont rapporté un impact significatif de l'intervention sur les variables suivantes : nombre de buveurs à risque (-44% vs -33%, $p<0.01$) ; nombre de verres consommés par semaine (-29% vs -16%, $p<0.01$) ; nombre d'épisodes d'alcoolisation

ponctuelle importante (>4 verres/occasion) (-47% vs -20%, $p<0.01$) ; consommation d'alcool avec comorbidités (-45% vs -34%, $p=0.03$) ; consommation d'alcool avec symptômes (-51% vs -32%, $p<0.01$) ; nombre de consultations chez le médecin dans l'année (7.93 visites/an vs 9.07, $p=0.03$) ; nombre de visites aux urgences dans l'année (16% vs 25%, $p<0.01$) ; nombre de discussions sur l'alcool avec le médecin au cours des 12 derniers mois (23% vs 13%, $p<0.01$).

Dans la publication de *BROWN et al,2007*(46), l'intervention reposait sur 6 temps d'échanges téléphoniques, au rythme d'une fois par semaine. L'intervention était menée par un conseiller en santé, et basée sur les techniques de l'entretien motivationnel (retour sur la consommation du patient et ses conséquences, discussion des aspects positifs et négatifs de boire, gestion des situations à risque, entretien de la motivation). Chaque session était renforcée par l'envoi d'un courrier résumant l'entretien téléphonique. Le groupe contrôle recevait une brochure sur la santé.

A 3 mois, les auteurs rapportaient un impact significatif de l'intervention, chez les hommes, sur le nombre de verres consommés par mois (-17% vs -13%, $p=0.001$) et sur le nombre de jours de consommation à risque (>4 verres/jour chez les hommes) au cours des 28 derniers jours (-30% vs -8%, $p<0.001$). Réduction non significative chez les femmes.

Par ailleurs, l'évolution de 2 variables était corrélée au nombre d'échanges téléphoniques : le nombre de verres consommés par mois et le nombre de jours de consommation à risque.

L'étude de *KYPRI et al,2008*(47) était une étude en 3 bras parallèles menée chez des étudiants. Dans un premier groupe intervention dit « intervention non répétée » (INR), les patients, par l'intermédiaire d'un ordinateur, remplissaient une évaluation concernant leur consommation d'alcool et leurs perceptions des normes recommandées. Cette évaluation était suivie d'un rapport personnalisé en fonction des réponses, avec estimation de leur alcoolémie les jours de forte consommation, les conséquences, une comparaison de leur consommation avec celle des autres étudiants et avec les normes recommandées. Le deuxième groupe intervention recevait la même intervention répétée (IR) à 1 et 6 mois. Une simple brochure d'information était remise au groupe contrôle.

A 12 mois, les auteurs rapportaient un impact significatif des interventions (comparativement au groupe contrôle) sur les variables suivantes : score AUDIT (-2.9(INR) vs -2.7(IR) vs -1.1 (contrôle), $p<0.001$) ; conséquences scolaires liées à la consommation d'alcool ($p = 0.02$ (INR), $p=0.002$ (IR)) ; nombre de verres consommés au cours des 2 dernières semaines ($p=0.01$ (INR)). La répétition de l'intervention n'améliorait pas l'efficacité.

Dans la publication de *KYPRI et al ;2004*(48), l'intervention consistait en une évaluation de la consommation d'alcool des patients et de leurs perceptions des normes recommandées, sur ordinateur, immédiatement suivie d'un retour personnalisé de leur consommation et de ces conséquences associés à une estimation de leur alcoolémie les jours de forte consommation, une comparaison de leur consommation avec celle des autres étudiants et avec les normes recommandées. Le groupe contrôle ne recevait pas d'intervention.

Les auteurs mettaient en évidence, à 6 mois, une réduction significative en faveur de l'intervention, des conséquences sociales et personnelles de l'alcool ($p=0.03$). L'intervention avait un impact sur le nombre de jours de consommation d'alcool, le nombre de verres consommés au cours des 2 semaines, le nombre d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (>120g d'alcool pur pour les hommes et >80g pour les femmes) et sur les conséquences scolaires, sans différence significative avec le contrôle.

- Evaluation des biais

L'évaluation des biais s'est faite selon l'outil « The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias », chapitre 8 du "Cochrane Handbook"(25). La nature des interventions ne permettait pas aux patients et aux professionnels de santé d'être aveugles mais plusieurs études avaient limité le biais de performance en intégrant les questions sur la consommation d'alcool au sein de questionnaires sur la Santé globale associant également des questions sur le tabac, l'exercice physique, le poids, l'alimentation (*Fleming,2010 ; Projet Health; Brown,2007 ; Projet GOAL ; Projet TrEat ; WHO,1996*). Pour 14 articles, la randomisation était décrite clairement et de façon adéquate (Ettner,2014; Watson,2013; Kaner,2013; Moore,2011; Rubio,2010; Fleming,2010; Kypri,2008; Brown,2007; Reiff-Hekking,2005; Lock,2005; Kypri,2004; Ockene,1999; Fleming,1997; Israel,1996). Le nombre de sujets nécessaires afin d'obtenir une puissance suffisante n'avait été calculé que pour 9 études (Watson,2013; Kaner,2013; Moore,2011; Rubio,2010; Kypri,2008; Brown,2007; Lock,2005; Kypri,2004; McIntosh,1997). L'évaluateur était en aveugle dans 14 publications (Ettner,2014; Kaner,2013; Moore,2011; Rubio,2010; Fleming,2010; Kypri,2008; Brown,2007; Grossberg,2004; Kypri,2004; Lock,2005; Fleming,2000; Ockene,1999; Fleming,1997; Israel,1996). Enfin, 3 publications présentaient un biais de report (Israel,1996; Aalto,2001; McIntosh,1997).

DISCUSSION

- Réponse à la problématique de notre travail

Notre recherche bibliographique identifie 23 articles concernant 18 essais.

Un des objectifs de notre revue de littérature était d'identifier l'existence d'études évaluant l'impact d'interventions menées par des professionnels de soins primaires non médecins :

Seuls 4 essais ont évalué l'efficacité d'une intervention délivrée uniquement par des professionnels de soins primaires autres que le médecin généraliste dans la réduction de la consommation d'alcool à risque (*ISRAEL,1996 ; McINTOSH,1997 ; TOMSON,1998 ; LOCK,2005*). *McINTOSH et al,1997* ont comparé l'impact d'une intervention délivrée par un médecin à celle délivrée par une infirmière. Leurs résultats ont montré une réduction de la quantité et de la fréquence de la consommation d'alcool à 12 mois dans les 2 groupes sans différence significative. *LOCK et al,2005 et THOMSON et al,1998* ont évalué l'impact d'une prise en charge par des infirmières uniquement, *LOCK et al,2005* proposant une session d'intervention unique et *THOMSON et al,1998*, 3 sessions d'intervention sur un an, et ont montré une amélioration des critères de jugement dans les groupes interventions sans différence significative avec les groupes contrôles. Seuls *ISRAEL et al,1996*, proposant 6 sessions d'intervention menées sur un an par des infirmières, ont retrouvé un impact significatif de l'intervention dans la réduction de la consommation d'alcool et ses conséquences.

Un autre objectif était d'identifier des interventions menées collectivement par des équipes de professionnels de soins primaires. Pour ces études, l'intervention était délivrée par une équipe associant des professionnels de soins primaires non médecins et des médecins généralistes. Selon les études, les professionnels pouvaient parfois avoir un rôle identique (réalisant alternativement l'intervention au gré des inclusions), ou parfois avoir un rôle spécifique dans le cadre d'une intervention coordonnée :

Sept essais évaluaient des interventions délivrées par une équipe pluridisciplinaire, le plus souvent médecins et infirmières (*RUBIO et al,2010 ; Projet GOAL ; Projet TrEat ; AALTO et al,2001 ; ISRAEL,1996*), dans le cadre d'une intervention coordonnée. Dans 3 études le médecin effectuait l'intervention initiale et l'infirmière les consultations de suivi (*RUBIO et al,2010 ; Projet GOAL ; Projet TrEat*). Dans l'étude de *ISRAEL et al,1996* le médecin s'occupait de l'évaluation et l'infirmière de l'intervention et dans celle de *AALTO et al,2001*, l'intervention initiale était réalisée par le médecin et les consultations de suivi étaient réparties entre le médecin et l'infirmière.

L'intervention dans l'article de *MOORE et al,2011* était menée par un professionnel de soins primaires (sans précision sur la profession) et les consultations de suivi par un éducateur. Dans l'étude de *WATSON et al,2013*, le patient du groupe intervention recevait l'intervention initiale par l'infirmière puis 3 sessions d'intervention par un soignant formé si le patient n'avait pas atteint les limites recommandées et enfin il était adressé à un médecin-spécialiste s'il n'avait toujours atteint une consommation saine.

La durée de suivi était de 12 mois dans 4 études, de 24 mois dans le projet *GOAL*, de 36 mois dans l'étude de *AALTO et al,2001*, et de 48 mois dans le projet *TrEat*. Six essais retrouvaient une amélioration significative d'au moins un des critères de jugement dans le groupe intervention. Seuls *WATSON et al* ne mettaient pas en évidence de résultat significatif à 12

mois mais leur étude comparait une intervention minimale à une intervention intensive (ils n'ont pas démontré la supériorité de l'intervention intensive par rapport à l'intervention minimale).

L'essai de *AALTO et al* était le seul comprenant 3 bras (2 groupes intervention et un groupe contrôle). Il retrouvait uniquement un résultat significatif concernant l'amélioration de la santé mentale en faveur du groupe intervention recevant 3 temps d'échange comparé au groupe recevant 7 temps d'échange et au groupe contrôle.

Cinq études incluaient des professionnels de soins primaires pourvus d'un rôle identique au sein d'un essai (*Kaner,2013; Fleming,2010; Projet Heath; McIntosh,1997; WHO,1996*). Tous impliquaient uniquement des médecins et des infirmières sauf l'article du *WHO group,1996* qui incluait des infirmières, des médecins, des psychologues ou d'autres professionnels de soins primaires. La majorité des études proposait un suivi de 12 mois excepté l'article du *WHO group* dont le suivi était de 9 mois et le projet *Heath* de 48 mois.

Deux études comptaient 3 bras (*KANER et al,2013; WHO group,1996*). *KANER et al* comparaient, une intervention de 5 minutes menée par un médecin ou une infirmière suivie d'une consultation de 20mn dans les 2 semaines, à une intervention initiale identique mais sans consultation de suivi. Le seul résultat significatif concernait la motivation à changer sa consommation d'alcool en faveur de la consultation de suivi. Les autres résultats montraient une amélioration de la consommation d'alcool dans les 3 groupes sans différence significative, ce manque de significativité peut s'expliquer par l'absence d'un véritable groupe contrôle puisque les patients de celui-ci recevaient un retour sur leur dépistage. L'étude du *WHO group* comparait une intervention de 5 minutes menée par un professionnel de soins primaires à une intervention de 15 minutes et montrait une amélioration significative de la consommation d'alcool dans les groupes interventions comparés au contrôle sans différence significative entre les 2 interventions. Cela conforte l'idée exprimée plus haut qu'une intervention plus intensive n'est pas plus efficace qu'une intervention plus brève. Enfin, *FLEMING et al,2010* retrouvaient, à 12 mois, une amélioration significative de la consommation d'alcool grâce à l'intervention, de même le projet *Health* à 6 mois uniquement.

D'autres études, réalisées en soins primaires, n'impliquaient pas directement des professionnels de soins primaires non médecins, mais ces interventions pourraient probablement être mises en œuvre par ces professionnels :

Pour 4 essais, l'intervention était délivrée soit par voie postale, soit par téléphone ou soit par ordinateur. La durée de suivi était de 3 mois pour *BROWN et al,2007*, de 6 mois pour *KYPRI et al,2004* et de 12 mois pour *ETTNER et al,2014* et *KYPRI et al,2008*. Une seule étude comportait 3 bras (*KYPRI et al, 2008*) et comparait une intervention non répétée à une intervention répétée à 1 et 6 mois, cette intervention comprenant une évaluation de la consommation d'alcool par ordinateur suivie immédiatement par un rapport personnalisé sur les résultats du dépistage. Les résultats montraient un impact significatif de l'intervention sur le score *AUDIT* et les performances scolaires comparé au contrôle sans différence significative entre les 2 interventions, la répétition de l'intervention n'a donc pas, cette fois-ci, amélioré les résultats. Le deuxième essai, du même auteur (*KYPRI et al,2004*), comparait la même intervention sans répétition à un groupe contrôle et retrouvait un seul résultat significatif, en faveur de l'intervention, concernant les conséquences médico-sociales liées à la consommation d'alcool à risque. Les publications évaluant une intervention délivrée par voie postale (*ETTNER et al,2014*) ou par téléphone (*BROWN et al,2007*) retrouvaient un

impact significatif de l'intervention sur la réduction de la consommation d'alcool et ses conséquences.

Dans notre revue, 6 articles évaluaient séparément l'efficacité de l'intervention chez les hommes et les femmes, 3 retrouvaient une réduction significative de la consommation d'alcool chez les hommes comme chez les femmes (*RUBIO et al,2010 ; FLEMING et al,1997 et le projet Health*), 2 articles montraient une réduction dans les 2 groupes mais uniquement significative chez les hommes (*WHO group,1996 et BROWN et al,2007*) et 1 article ne retrouvaient de significativité ni chez les hommes ni chez les femmes (*McINTOSH et al,1997*).

- **Implications**

Notre travail a montré qu'une prise en charge collective (chaque professionnel avec un rôle défini) est efficace sur la réduction de la consommation d'alcool à risque. Nous pouvons donc imaginer pour notre pratique une intervention complémentaire entre le médecin généraliste et les autres professionnels avec, par exemple, le personnel paramédical qui effectuerait le repérage des conduites à risque à l'aide d'outils validés ainsi que les consultations de suivi et le médecin qui délivrerait l'intervention initiale personnalisée, tout cela nécessitant des professionnels formés.

Notre travail a également inclus des études dans lesquelles la même intervention était délivrée par différents professionnels de soins primaires, cependant l'impact individuel de chaque formation professionnelle n'a pas été évalué, hormis pour un article (*McINTOSH et al,1997*). Devant la significativité des résultats de ces études, nous pouvons supposer que des interventions menées par ces professionnels non médecins seraient aussi efficaces mais cela nécessite d'autres travaux de recherche.

Notre revue s'est intéressée aux interventions menées par l'ensemble des professionnels de soins primaires pour la réduction de la consommation d'alcool à risque, or, la plupart des études pluri-professionnelles retrouvées n'a impliqué que des médecins et des infirmières, aucune publication n'a concerné des pharmaciens, des dentistes, des diététiciennes ou des kinésithérapeutes. Il est donc important que ces professionnels soient intégrés aux recherches futures.

Enfin, notre revue s'est également intéressée aux interventions proposées aux patients de soins primaires par des intervenants extérieurs qui n'impliquaient pas directement les professionnels de soins primaires mais que ces derniers pourraient proposer, à leur tour, à leurs patients.

- **Comparaison aux autres travaux de recherche**

La majorité des articles inclus dans notre travail et qui concernaient donc différents professionnels de soins primaires mais toujours en présence du médecin généraliste retrouvait donc un effet positif d'une intervention proposée par ces professionnels dans la réduction de la consommation d'alcool à risque, nos résultats sont donc en accord avec différentes méta-analyses comme celle de *BALLESTEROS en 2003*(49) qui met en évidence l'efficacité des interventions brèves, en soins primaires, dans la réduction de la consommation d'alcool aussi bien chez les hommes que chez les femmes, de même que celle de *BERTHOLET en 2005*(50) ou *KANER en 2007*(14) qui montre également qu'une intervention brève délivrée en soins

primaires permet une réduction significative de la consommation d'alcool/semaine mais uniquement chez les hommes, l'absence de significativité chez les femmes étant probablement liée à une faible puissance. Nos résultats sont également cohérents avec les recommandations de la *United States Preventive Services Task Force*(13). Beaucoup d'études incluses dans ce projet montraient une réduction de la consommation d'alcool dans le groupe contrôle, ces mêmes constatations ont été repérées dans d'autres revues comme celle de *BERTHOLET*(50) ou de *JONAS en 2012*(13) probablement liée à l'effet cumulatif des différentes évaluations au cours du suivi, à l'absence régulière de véritable groupe contrôle et à l'évolution naturelle de la consommation d'alcool.

Peu de revues et méta-analyses étudient spécifiquement l'efficacité des brèves interventions délivrées uniquement par des professionnels non médecins dans la réduction de la consommation d'alcool à risque. *SULLIVAN et al en 2011*(51) ont inclus, dans leur revue, des études dont l'intervention était délivrée par des professionnels de soins primaires non médecins en association ou non à des médecins généralistes. Faute d'informations suffisantes, seulement 7 articles étaient intégrés à leur méta-analyse qui retrouvait, en faveur de l'intervention, une réduction de 1.7 verres/semaine (IC95% ; -0.03 to 3.5) mais non significative ($p=0.054$) liée, probablement, à l'hétérogénéité des études et au faible nombre d'études incluses limitant la puissance. Cependant, en excluant de leur méta-analyse, l'étude la plus hétérogène (*ISRAEL et al,1996*), un résultat significatif est apparu mais faiblement, ils ont donc conclu à un effet modeste des interventions délivrées par les professionnels de soins primaires non médecins sur la réduction de la consommation d'alcool à risque. Parmi les 13 articles inclus dans leur revue, cinq le sont également dans notre travail (*LOCK et al,2005* ; *OCKENE et al,1999* ; *TOMSON et al,1998* ; *McINTOSH,1997 et ISRAEL,1996*) et correspondent, hormis *OCKENE et al,1999*, aux 4 articles de notre revue dans lesquels l'intervention s'intéressait uniquement à des professionnels de soins primaires non médecins. La revue de *SULLIVAN et al,2012* a inclus un article de *AALTO et al, 2000*(52) dans lequel l'intervention et la durée de suivi sont identiques à l'étude de *AALTO et al de 2001* de notre revue mais cet article n'inclut que des femmes. Parmi les articles restants, un n'aurait pas été inclus dans notre travail en raison de sa population spécifique non extrapolable (Américano-Hispaniques)(53) ; deux parce qu'ils n'avaient pas lieu en soins primaires (54)(55) et un en raison de la taille de son échantillon ($n=26$)(56). Les 3 articles restants, ainsi que celui de *AALTO et al,2000* auraient pu être inclus dans notre revue ; *SENFT et al,1997*(57), dont l'intervention comprenait des conseils brefs délivrés par un clinicien suivis de 15mn d'intervention par un conseiller, retrouvaient un impact significatif de l'intervention ; *BABOR et al,2006*(58) dont l'intervention délivrée par un médecin était comparée à celle délivrée par une infirmière, aucune différence significative n'était alors retrouvée entre les 2 interventions et *MAISTO et al,2001*(59) qui comparaient une intervention minimale à une intervention intensive délivrées par des soignants formés et montraient une réduction de la consommation d'alcool sans différence significative.

Une autre revue n'impliquait que des pharmaciens, celle de *WATSON et al en 2009*(60) qui a évalué la faisabilité et l'efficacité du RPIB effectué par des pharmaciens mais seulement 3 articles ont été inclus, de pauvres qualités (non contrôlés, petit échantillon, pas de calcul à priori) et sans résultat significatif.

- **Limites et forces de notre travail**

La principale limite de notre travail est le faible nombre d'articles présents dans la Littérature impliquant uniquement des professionnels de soins primaires non médecins nous obligeant à inclure des études évaluant des interventions menées en association avec des médecins généralistes. Une autre limite est l'hétérogénéité des études et l'absence de groupe contrôle standardisé limitant la comparaison entre les essais et ne permettant pas la réalisation d'une méta-analyse. Enfin, nous nous sommes limités aux moteurs de recherche Medline et Embase sans nous intéresser à la Littérature grise avec donc un risque de biais de publication.

Les forces de ce travail sont l'inclusion d'articles randomisés contrôlés englobant de nombreux centres de soins primaires différents permettant une généralisation aux autres centres de soins primaires et l'exclusion des articles incluant des populations spécifiques non représentatives de la population générale consultant en soins primaires. De plus, l'utilisation des termes [MeSH] et la participation de 2 évaluateurs dans le choix des articles à inclure ont permis de limiter les biais de sélection.

CONCLUSION

La prise en charge collective de la réduction de la consommation d'alcool à risque par des professionnels de soins primaires non médecins en partenariat avec les médecins généralistes est efficace. Il existe trop peu d'études impliquant uniquement des professionnels de soins primaires non médecins pour pouvoir conclure sur leur efficacité. Il y a donc une nécessité à entreprendre des études de bonnes qualités centrées sur l'efficacité des interventions délivrées exclusivement par des professionnels de soins primaires non médecins afin de promouvoir le Repérage Précoce et les Interventions Brèves parmi ces professionnels dans le but de permettre une meilleure prise en charge de la consommation d'alcool à risque parmi les patients de soins primaires, il faudra alors aussi évaluer l'adhérence des patients à cette prise en charge si celle-ci est proposée par des professionnels autres que leur médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chestnov O. WHO | Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. WHO. [cited 2016 Apr 15]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Lond Engl*. 2012 Dec 15;380(9859):2224–60.
3. Poikolainen K, Paljärvi T, Mäkelä P. Alcohol and the preventive paradox: serious harms and drinking patterns. *Addiction*. 2007 Apr 1;102(4):571–8.
4. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bull Epidémiologique Hebd*. 2013 Mai;(16-17-18):163–7.
5. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2015;(24-25):440–9.
6. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nezet O. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. (99):8p.
7. SFA. Les conduites d'alcoolisation Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? *Alcoologie et Addictologie*. 2001;23.
8. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé. Masson; 1066 p.
9. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*. 2013 Août;170(8):834–51.
10. OMS | Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool [Internet]. WHO. [cited 2016 Apr 15]. Available from: http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/fr/
11. World Health Organization, Regional Office for Europe. European action plan to reduce the harmful use of alcohol: 2012-2020. 2012. 75 p.
12. Benoit F. Les conduites d'alcoolisation: du repérage précoce au réseau de prise en charge. *John Libbey Eurotext*; 2004. 39-40 p.
13. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2012 Nov 6;157(9):645–54.
14. 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 Syst Rev*. 2007;(2):CD004148.
15. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.). *Alcool et Médecine Générale : recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. 2008.
16. Kypri K, Langley JD, Saunders JB, Cashell-Smith ML. Assessment may conceal therapeutic benefit: findings from a randomized controlled trial for hazardous drinking. *Addict Abingdon Engl*. 2007 Jan;102(1):62–70.
17. Miller WR. *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment* [Internet]. DIANE Publishing; 1999. 270 (24) p. Available from: https://books.google.fr/books?id=L1Y7w_cwBwIC&pg=PA24&lpg=PA24&dq=miller+and+sanchez+frames&source=bl&ots=q0MKfaTMre&sig=rUX5rWsi9pHfdLpw6Ksai3mz1T0&hl=fr&sa=X&ved=0CDcQ6AEwA2oVChMImoHk2-

- WZyQIVgg4aCh0VAgGS#v=onepage&q=miller%20and%20sanchez%20frames&f=false
18. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Novembre 2014.
 19. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011. (Baromètre santé).
 20. Groppi M, Geiger S, Lafortune J. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale Simple ou gênant ? *Médecine*. 2011 Feb 28;7(2):83–6.
 21. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA. Faculté de Nice; 2014.
 22. Naudet M. Prévention, Dépistage et Prise en charge précoce du problème d'alcool en Médecine Générale ; Essai d'analyse d'un déni collectif. Mémoire de fin d'études en Addictologie. Société Française de Médecin Générale; 2014.
 23. LOI n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
 24. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al., PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015;4(1):1.
 25. The Cochrane Collaboration. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. 2008. 672 p.
 26. Lock CA, Kaner E, Heather N, Doughty J, Crawshaw A, McNamee P, et al. Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2006 May;54(4):426–39.
 27. Tomson Y, Romelsjö A, Aberg H. Excessive drinking--brief intervention by a primary health care nurse. A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 1998 Sep;16(3):188–92.
 28. Rubio G, Jiménez-Arriero MA, Martínez I, Ponce G, Palomo T. Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers. *Am J Med*. 2010 Jan;123(1):72–8.
 29. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract*. 1999 May;48(5):378–84.
 30. Mundt MP, French MT, Roebuck MC, Manwell LB, Barry KL. Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. *J Stud Alcohol*. 2005 May;66(3):389–94.
 31. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*. 1997 Apr 2;277(13):1039–45.
 32. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care*. 2000 Jan;38(1):7–18.
 33. Grossberg PM, Brown DD, Fleming MF. Brief physician advice for high-risk drinking among young adults. *Ann Fam Med*. 2004 Oct;2(5):474–80.
 34. Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M, Booker S, Miller V, Gingrich R, et al. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996 Nov;20(8):1443–50.
 35. Moore AA, Blow FC, Hoffing M, Welgreen S, Davis JW, Lin JC, et al. Primary care-

- based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addict Abingdon Engl*. 2011 Jan;106(1):111–20.
36. Watson JM, Crosby H, Dale VM, Tober G, Wu Q, Lang J, et al. AESOPS: a randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2013 Jun;17(25):1–158.
 37. Aalto M, Seppä K, Mattila P, Mustonen H, Ruuth K, Hyvärinen H, et al. Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a three-year randomized controlled study. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs*. 2001 Jun;36(3):224–30.
 38. Ockene JK, Adams A, Hurley TG, Wheeler EV, Hebert JR. Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Arch Intern Med*. 1999 Oct 11;159(18):2198–205.
 39. Reiff-Hekking S, Ockene JK, Hurley TG, Reed GW. Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up. *J Gen Intern Med*. 2005 Jan;20(1):7–13.
 40. Ockene JK, Reed GW, Reiff-Hekking S. Brief patient-centered clinician-delivered counseling for high-risk drinking: 4-year results. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. 2009 Jun;37(3):335–42.
 41. Fleming MF, Balousek SL, Grossberg PM, Mundt MP, Brown D, Wiegel JR, et al. Brief physician advice for heavy drinking college students: a randomized controlled trial in college health clinics. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010 Jan;71(1):23–31.
 42. 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.
 43. McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ, Marmulak J. Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. 1997 Nov;43:1959–62, 1965–7.
 44. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. WHO Brief Intervention Study Group. *Am J Public Health*. 1996 Jul;86(7):948–55.
 45. Ettner SL, Xu H, Duru OK, Ang A, Tseng C-H, Tallen L, et al. The effect of an educational intervention on alcohol consumption, at-risk drinking, and health care utilization in older adults: the Project SHARE study. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014 May;75(3):447–57.
 46. Brown RL, Saunders LA, Bobula JA, Mundt MP, Koch PE. Randomized-controlled trial of a telephone and mail intervention for alcohol use disorders: three-month drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Aug;31(8):1372–9.
 47. Kypri K, Langley JD, Saunders JB, Cashell-Smith ML, Herbison P. Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Arch Intern Med*. 2008 Mar 10;168(5):530–6.
 48. Kypri K, Saunders JB, Williams SM, McGee RO, Langley JD, Cashell-Smith ML, et al. Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomized controlled trial. *Addict Abingdon Engl*. 2004 Nov;99(11):1410–7.
 49. 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. *Addict Abingdon Engl*. 2004 Jan;99(1):103–8.
 50. Bertholet N, Daeppen J-B, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2005 May 9;165(9):986–95.
 51. Sullivan LE, Tetrault JM, Braithwaite RS, Turner BJ, Fiellin DA. A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications

- for the patient-centered medical home. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict*. 2011 Aug;20(4):343–56.
52. Aalto M, Saksanen R, Laine P, Forsström R, Raikaa M, Kiviluoto M, et al. Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized, controlled study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000 Nov;24(11):1680–6.
 53. Burge SK, Amodei N, Elkin B, Catala S, Andrew SR, Lane PA, et al. An evaluation of two primary care interventions for alcohol abuse among Mexican-American patients. *Addict Abingdon Engl*. 1997 Dec;92(12):1705–16.
 54. Emmen MJ, Schippers GM, Wollersheim H, Bleijenberg G. Adding psychologist's intervention to physicians' advice to problem drinkers in the outpatient clinic. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2005 Jun;40(3):219–26.
 55. Wutzke SE, Conigrave KM, Saunders JB, Hall WD. The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addict Abingdon Engl*. 2002 Jun;97(6):665–75.
 56. Beckham N. Motivational interviewing with hazardous drinkers. *J Am Acad Nurse Pract*. 2007 Feb;19(2):103–10.
 57. Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, Hollis JF. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *Am J Prev Med*. 1997 Dec;13(6):464–70.
 58. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Dauser D, Burleson JA, Zarkin GA, Bray J. Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2006 Dec;41(6):624–31.
 59. Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Conigliaro RL, Kelley ME. Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *J Stud Alcohol*. 2001 Sep;62(5):605–14.
 60. Watson MC, Blenkinsopp A. The feasibility of providing community pharmacy-based services for alcohol misuse: A literature review. *Int J Pharm Pract*. 2009 Aug 1;17(4):199–205.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau des résultats

- Intervention effectuée par l'infirmière seule

Reference	Population	Size	Intervention	Number sessions	Duration (months)/ Follow-up rate	Outcomes	Comparaison/OR/D (I vs C)	p	Bias
LOCK and al ; 2005	16 years or more, in routine visit, AUDIT +	n=127	I =1x5-10mn session by nurse C = nurses' usual advice to cut down drinking + leaflet	1	12m 61% (p=NS)	-AUDIT score -Units of alcohol/week -Drinking Problem Index -Health-related Quality of Life (SF-12) -Cost	-3pt vs +0.3 D=-3.1(-8.54to2.34) -7UI/week vs -7UI D=-3.52(-19.34to12.8) D=-3.99(-12.55to4.56) D=-4.38(-9.69to0.92) for SF-12 physical health D=0.81(-3.16to4.79) for SF-12 mental health No statistically significant differences in costs between the groups	p=NS p=NS p=NS p=NS p=NS	-Selection bias : Low -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias : Low -Reporting bias : Low
TOMSON and al ; 1998	25 to 54 years with GGT above 0.89, no routine visit	n=222	I = 3 sessions in 1 year by nurse C= 1 session with their physician to discuss why GGT is high without comment	3	24m I=30% C=37%	-GGT -Self-reported alcohol consumption (g/week) - Sickness allowance - Health care utilization	-0.31 (p=0.02)vs +0.41 -109g/week (p=0.02) vs ? -4day/year vs -2.9 +7% vs +7% (Hospitalizations)	p=NS p= ? p=NS p=NS	-Selection bias : Unclear -Performance bias : Unclear -Attrition bias : High -Detection bias : High -Reporting bias : Low

• **Intervention effectuée par une équipe pluri-disciplinaire, chaque professionnel ayant un rôle défini**

Reference	Population	Size	Intervention	Number session	Duration (months)/ Follow-up rate	Outcomes	Comparaison/OR/D (I vs C)	p	Bias
WATSON and al ; 2013	55 years or more, AUDIT score = or > 8 ; in routine primary care visit	N=529	I = <u>Stepped care intervention group</u> = 1x20mn session by nurse + if at-risk drinking always = 3x40mn by trained therapist + if at-risk drinking always = specialist alcohol C = <u>Minimal intervention group</u> = 5-minute brief advice intervention by nurse + a brief self-help booklet	1 to 5	12m I = 86.8% C = 88.2%	- Average drinks per day -AUDIT-C score -Alcohol-related problems by DPI -Health-related quality of life by SF-12 -Quality adjusted life-year (QALYs) -Health and social care resource use	-0.82 drinks/day vs -0.92 D= 0.025 (-0.062 to 0.112) -1.19 pt vs -1.29 D= 0.160 (-0.250 to 0.569) D= -0.018 (-0.125 to 0.088) D = -0.478 (-0.809 to 1.766) SF-12 mental health D = -0.637 (-1.998 to 0.723) SF-12 physical health D = 0.0117 (-0.0084 to 0.0318) D = -191.74£ (-512.90 to 129.43)	p=NS p=NS p=NS p=NS p=NS p=NS	-Selection bias :Low -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias :Unclear -Reporting bias : Low
<u>MOORE and al ; 2011</u>	aged 55 years or more ; at-risk drinkers according to the CARET questionnaire	n=631	I = a personalized report handed, before consultation, patient and his provider primary care who give oral and written advice according the results + calls by the health educator at 2 (40mn),4 (20mn) and 8 (20mn) weeks C = a booklet with recommendations on behaviors	1 session + 3 calls	12m I = 72% C = 93%	-% of patients at-risk drinking -Number of drinks in past 7 days -Heavy drinking (4 or more drinks in a day) in the past 7 days -CARET risk score	-50% vs -39% at 3months OR=0.45 (0.25 to 0.81) -46% vs -40% at 12months OR =0.75 (0.42 to 1.36) -38% vs -30% at 12months (-5.6drinks/week vs -4.5) RR =0.86 (0.76 to 0.98) -70% vs -50% at 3months (from 34% to 10.3% vs from 34% to16.9%) OR=0.45 (0.21 to 0.96) -68% vs -61% at 12months OR=0.88 (0.41 to 1.90) -55% vs -45% at 3months(-1.6 point vs-1.3) RR=0.82 (0.68 to 0.99) -52% vs -46% at 12months RR=0.94 (0.78 to 1.13)	p<0.01 p=NS p<0.05 p<0.05 p=NS p<0.05 p=NS	-Selection bias :Low -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias : Low -Reporting bias : Low

RUBIO and al ; 2010	18-65 years, binge drinkers (5 or more standard drinks per occasion (or 4 for women) on 1 or more occasions in the previous month), no routine visit	n=752	I =2x 10-15 mn sessions 4 weeks apart by the physician + 2 calls by nurse 2 and 8 weeks after the baseline to reinforce the face-to-face sessions + Booklet of general health issues C = The same booklet	2 sessions + 2 calls	12m 89.6%	-Number of binge episodes in the previous month -% of bingers in the last 30 days -Number of drinks in the last 7 days -% of patients with excessive drinking in the previous 7 days (>18 drinks/week for men and >13 drinks for women)	-61% vs -47% (-1.8 episode vs -1.4) (significant for men and women) -48% vs -33% (significant for men and women) -30% vs -17% (-8.2 drinks/week vs -4.6) (significant for men and women) -52% vs -33% (significant for men and women)	p<0.001 p<0.001 p<0.001 p<0.001	-Selection bias : Low -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias : Low -Reporting bias : Low
MUNDT and al ; 2005	65 years or more, in routine visit, drinking more than 11 drinks/week for men and more than 8 for women	n=158	I = 2x10-15mn session with the physician, 1 month apart + 1 call by nurse 2 weeks after each visit + a general health booklet C = the same booklet	2 sessions + 2 calls	24m 88%	-Number of drinks/week -Heavy episodic drinking/month (>4drinks/episode for men and >3 for women) -% patient with excessive drinking (>20 drinks for men and >13 for women) during the past 7 days -Health care utilization	-32% vs -12% (-5drinks/week vs -2) -66% vs +18% at 12 months (-2.2 episode vs +0.8) -48% vs +15% at 12 months (from 29.5% to 15.4% vs from 30% to 34%) No significant difference in the health care utilization cost between groups No significant difference in the economic benefit measures between groups	p<0.05 p<0.001 p<0.01	-Selection bias : Unclear -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias : Unclear -Reporting bias : Low
GROSSBERG and al ; 2004	18 to 30 years, in routine visit, drinking more than 14 drinks/week for men (11 for women) in the previous 90 days	n=226	I = 2x 10-15mn sessions by the physician, 4 weeks apart + calls by nurse 2 weeks and 8weeks after the first session to reinforce the intervention C = No intervention	2 sessions + 2 calls	48m 88%	-% of patients who drink more than 3 drinks per day in previous 7 days -Average of number of drinks consumed in previous 7 days -% of participants drinking 6 or more drinks per occasion in the previous 30 days -Frequency of binge drinking in the previous 30 days -Health care utilization -Changes in alcohol-related events	-64% vs -24% at 36 months (from 39% to 14% vs from 46% to 35%) -42% vs -24% at 36 months (-6.8 drinks/week vs -4.4) -31% vs -16% at 48 months (from 96% to 66% vs from 96% to 81%) -29% vs -11% at 24months (-1.7episode vs -0.7) 42% fewer emergency department visits in the intervention group compared to control group at 48 months 55% fewer motor vehicle crashes associated with nonfatal injuries in the intervention group compared to control group at 48 months and 23% fewer total motor vehicle events	p=0.001 p=0.02 p=0.01 p=0.03 p<0.01 p<0.05	-Selection bias : Unclear -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias : Low -Reporting bias : Low

AALTO and al ; 2001	male aged 20–60 years in routine visit drinking at least 280 g of absolute ethanol per week and/or CAGE questionnaire with at least three affirmative answers	n=296	<u>Group A</u> = 1x10-20mn session at 0,2, 6, 12, 18, 24 and 30 months by general practitioner except for sessions at 6, 18 and 30 months + a self-help booklet at baseline <u>Group B</u> = 1x10-20mn at 0,12 and 24 months by general practitioner + a self-help booklet at baseline <u>Group C</u> = were advised to reduce drinking and to contact their GP in the event of any health problems	3 or 7 sessions	36 m	-MCV values -self-estimation scale of mental health -drinking amount per week - drinking times per week - usual drinking amount per occasion - self-estimation scale of physical health - CDT, ASAT, GGT values	significant decrease in all groups without significant difference between group 2,8(groupA) vs 3(group B) so in favor of group B Group A vs Group B vs Group C, no significant difference	p=NS p<0.05 p=NS p=NS p=NS p=NS	-Selection bias : High -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias : Unclear -Reporting bias : High
FLEMING and al ; 2000	18 to 65 years, in routine visit, more than 14 drinks/week for men (11 for women) in the previous 90 days	n=774	I = 2x15mn sessions by the physician, 4 weeks apart + calls by nurse 2 weeks after each session to reinforce the intervention C = No intervention	2 sessions + 2 calls	12m	-Number of drinks in previous 7 days -Number of binge drinking -Emergency department visits -Days of hospitalization -Cost of hospitalizations -Cost of emergency department visits - Cost of health care utilization per study patient - Costs of legal events and accidents - The benefit-cost ratio	-40% vs -18% (-7.6 drinks/week vs -3.4) -46% vs -21% (-2.6 episode vs -1.1) No significant effect -23% vs +200% for men 115 920\$ vs 299 920\$ D(95CI)=184 000 \$ (23 920 to 389 160) No significant difference 421\$ vs 943 \$ D(95CI) = 523(94 to 1093) 1206\$ vs 1834\$ D= 629(-488 to 1932) 5.6:1 (95% CI: 0.4, 11.0)	p<0.001 p<0.005 p=NS p<0.001 p<0.05 p=NS p<0.05 p=NS	-Selection bias : Unclear -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias : Low -Reporting bias : Low

<u>FLEMING and al ; 1999</u>	65 years and more, in routine visit, more than 11 drinks/week for men (8 for women) or 2 or more positive responses to the CAGE questionnaire or binge drinking (>4 drinks/occasion for men 2 or more times in the last 3 months >3 drinks/occasion for women)	n=158	I = 2x10-15-minute session with the physician, 1 month apart + call by nurse 2 weeks after each visit + a general health booklet C = the same booklet	2 sessions + 2 calls	12m 92.4%	-Number of drinks during the past 7 days -Heavy episodic drinking during the past 28 days -% of patients with excessive drinking in previous 7 days (>20 drinks for men and >13 drinks for women) during the past 7 days -% of binge drinkers -Health care utilization	-36% vs -2% (-5.5 drinks/week vs -0.3) -46% vs +29% (-1.6 episode vs +1.2) -48% vs +15% (from 29.5% to 15%) vs from 30% to 34%) -37% vs +22% (from 49% to 31%) vs (from 40% to 49%) Health care utilization doesn't evaluate because of the small number of events	p<0.001 p<0.005 p<0.005 p<0.025	-Selection bias : Unclear -Performance bias : Unclear -Attrition bias : High -Detection bias : Unclear -Reporting bias : Low
<u>FLEMING and al ; 1997</u>	18 to 65 years, in routine visit, more than 14 drinks/week for men (11 for women) in the previous 90 days	n=774	I = 2x15mn sessions by the physician, 4 weeks apart + calls by nurse 2 weeks after each session to reinforce the intervention + a health booklet on general health C = the same booklet	2 sessions + 2 calls	12m 93%	-Number of drinks in previous 7 days -Number of binge drinking episode in previous 30 days -% of binge drinkers -Excessive drinking in previous 7 days (+20drinks/week for men and +13 for women) -Emergency department visits -Days of hospitalization -Changes in health status measures	-40% vs -18% (-7.6 drinks/week vs -3.4) significant decrease among men and women -46% vs -21% (-2.6 episode vs -1.1) significant decrease among men and women -35% vs -18% (from 85% to 56% vs from 87% to 71%) -63% vs -32% (from 48% to 18% vs from 48% to 33%) significant decrease among men and women No significant effect -23% vs +200% for men increase dor women No significant effect	p<0.001 p<0.005 p<0.001 p<0.001 p=NS p<0.001 p=NS	-Selection bias : Low -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias : Low -Reporting bias : Low
<u>ISRAEL and al ; 1996</u>	in routine visit, 90 drinks or more in the previous 4 weeks , or 5 or more drinks per day, 8 days or more in the previous 4 weeks or CAGE ≥ 2	n=105	1 ^{er} assessment by physician then : I = 1x30mn by nurse + follow-up 20mn sessions with nurse, every 2 months for 1 year + a pamphlet C = simple advice by nurse + the same pamphlet	6 sessions	12m 70%	-Number of drinks in previous 4 weeks -Alcohol-related psychosocial problems score -GGT values -Number of physician visits	-70% (p<0.0001) vs -46% (p<0.003) (-106drinks/month vs -64) -85%(p<0.001)vs -34% p=NS)(-15.6 vs -4.6) -32% (p<0.02) vs -10% (p=NS) (-19.8UI/L vs -5.2) -34% for I (p<0.05) at 24 mois, NS for C	p<0.05 p<0.05 p<0.05 p<0.02	-Selection bias : Low -Performance bias : unclear -Attrition bias : Unclear -Detection bias : Low -Reporting bias : High

• **Intervention effectuée par différents professionnels de soins primaires chacun ayant un rôle identique**

Reference	Population	Size	Intervention	Number sessions	Duration (months)/ Follow-up rate	Outcomes	Comparaison (I vs C)	p	Bias
KANER and al ; 2013	18 years or more in routine visit, screened positive for an alcohol use disorder	n=755	I = 5mn of structured advice by physician or nurse based on a leaflet (alcohol information) and feedback to screening II = the same intervention + a follow-up consultation within two weeks for a 20 minute session of brief lifestyle counselling based on a condensed form of motivational interviewing by physician or nurse C = the same leaflet+ feedback to screening	I = 1 Ibis = 2	12m I and II = 83% C = 79%	-% of patients with AUDIT score negative -Quality of life by the EuroQol -% of patient with motivation to change	<u>I vs C</u> : 35% vs 39% OR(95%CI)= 0.91 (0.53 to 1.56) <u>II vs C</u> : 36% vs 39% OR595%CI)= 0.99 (0.60 to 1.62) No significant difference between groups <u>I vs C</u> : 37% vs 32% OR (95%CI)= 1.24 (0.83 to 1.87) <u>II vs C</u> : 48% vs 32% OR (95%CI)= 1.86 (1.31 to 2.65)	p=NS p=NS p=NS p=NS p=0.001	-Selection bias : Low -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Unclear -Detection bias : Low -Detection bias : Low
FLEMING and al ; 2010	Students of 18 years or more ; in routine visit; at least 50 drinks or 8 heavy drinking episodes in the previous 28 days for male students and at least 40 or 6 for female students	n=986	I =2 x15-mn sessions, were scheduled 1 month apart by physicians (91%) or nurse practitioners or physician assistant + call or email from the primary care interventionist at 2 weeks after the first visit and 1 month after the second visit C = a health booklet on general health issues	2sessions + 2 calls or mails	12m 88%	-Number of drinks in the past 28 days -Number of heavy drinking days in the past 28 days -Number of drinking days in the past 28 days -Health care utilization -The RAPI score	-27% vs -21% (-19.3drinks/month vs-14.5) -26% vs -23% at 12months (-1.9days vs -1.6) -15.4% vs -12.6% (-1.8days vs -1.5) -37% vs -38% ((from 29% to 18.5%) vs (from 30% to 18%)) -49% vs -43% (-7.4 score vs -6.5)	p=0.018 p=NS p=NS p=NS p=0.03	-Selection bias : Low -Performance bias : Low -Attrition bias : Low -Detection bias : Low -Reporting bias : Low
OCKENE and al ; 2009	21 to 70 years ; in routine visit, screened positive for high-risk drinking (at least 12 standard drinks/week or 5 drinks per occasion for men and 9 per week or 4 per occasion for women	n=530	I = 5-10mn brief patient-centered counseling session by nurse or physician + a general health booklet C = the same booklet + to encourage to address any health questions to their provider	1 session	48m 63%	-Number of drinks per week -Number of episodes of binge drinking per month -% of patients with excessive weekly drinking	No significantly difference between both group at 48 months No significantly difference in both group at 48 months No significant difference between both group in the percentage of low-risk drinking at 48 months	p=NS p =NS p=NS	-Selection bias : High -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Unclear -Detection bias : Unclear -Reporting bias : Low

REIFF-HEKKING and al ; 2005	21 to 70 years, in routine visit, with high-risk drinking (more than 12 standard drinks/week or at least one binge drinking (at least 5 drinks)in the previous month for men (more than 9 drinks or at least one binge drinking (at least 4 drinks) for women)	n=530	I = 5-10mn brief patient-centered counseling session by nurse or physician + a general health booklet C = the same booklet + to encourage to address any health questions to their provider	1 session	12m I = 82.8% C= 85.8%	-Number of drinks per week -Change in the average number of drinks/week -Number of episodes of binge drinking per month -Change in the average number of episodes of binge drinking per month -% of patient with safe drinking -% of patient with no binge drinking	-31% vs -18% (-5.7drks/week vs -3) D (95%CI) = -2.6 (-4.53 to -0.27) -46% vs -37% (-2.2episode/months vs -1.4) D(95%CI)=-0.4(-1.33 to -0.45) OR(95%CI) = 1.6(1 to 2.54) OR(95%CI) = 1.37 (0.86 to 2.12)	p=NS p=0.03 p=NS p=NS P=NS P=NS	-Selection bias : Low -Performance bias : Unclear -Attrition bias : High -Detection bias :Unclear -Reporting bias : Low
OCKENE and al ; 1999	21 to 70 years, in routine visit, screened for high-risk drinking (more than 12 drinks/week or at least one binge drinking (at least 5 drinks)in the previous month for men and more than 9 drinks or at least one binge drinking (at least 4 drinks) for women)	n=530	I = 5-10mn brief patient-centered counseling session by nurse or physician + a general health booklet C = the same booklet + to encourage to address any health questions to their provider	1 session	6m 91%	-Number of drinks per week -Number of episodes of binge drinking per month -% of patients with excessive weekly drinking (>12 drinks/week for men and > 9 for women) -% of patients with binge drinking at 6 months	-31% vs -21% (-5.8drinks/week vs -3.4) Difference= -2.4 drinks/week (-4.20 to -2.60) significant decrease among men and women -1.8episode vs -1 -54% vs -39% OR(95%CI)= 1.83(1.20 to 2.78) -40% vs -35% OR(95%CI)= 1.24(0.80 to 1.90)	p=0.001 P=NS p=0.01 p=NS	-Selection bias : Low -Performance bias : Unclear -Attrition bias : High -Detection bias : Low -Reporting bias : Low
McINTOSH and al ; 1997	15 years or more, in routine visit, positively to 1 or more CAGE items or 4 or more standard drink on any day in the previous 28 days	n=159	I = <u>Physician intervention</u> : 2x30mn sessions, 2 weeks apart, by their physician + a booklet II = <u>Nurse practitioner intervention</u> : the same intervention than physician intervention but delivered by nurse C = <u>Simple advice group</u> : 1x5mn session by their physician	2sessions	12m 90%	-Monthly Quantity/Frequency of drinking -Problems related to drinking	I = -40% for men and -30% for women II = -55% for men and -56% for women C = -46% for men and -26 for women ?	p=NS	-Selection bias :Unclear -Performance bias : Unclear -Attrition bias : High -Detection bias :Unclear -Reporting bias : High

WHO group ; 1996	18 to 70 years, consuming more 50g alcohol/day for men (30g for women)	n=1559	I = <u>Simple advice group</u> : a 20- mn health interview + 5mn of advice + a pamphlet by Nurse (46.3% of patients) or Doctors (17.7%) or Psychologists (17.3%) or Other professionals (18.7%) II = <u>Brief counseling group</u> : a 20-mn health interview + the same pamphlet + 15mn of counseling +/-extended counseling to 5 centers (3 follow-up visits at 1, 3 and 6 months) by nurse or doctor or psychologist or others C = a 20-mn health interview by nurse or doctor or psychologist or others	1 session +/-3	9m 75%	-Average daily consumption in the previous 6 months -Intensity of drinking on typical drinking days -% of patients above recommended weekly limits -Alcohol-related problem	-40.8% (I) vs -40.3% (II) vs -29% (C) for men -43.2% (I) vs -45.1% (II) vs -35.7% (C) for women -43.5% (I) vs -46.4% (II) vs -32.9% (C) for men -42.3% (I) vs -51% (II) vs -29.8% (C) for women -27% (I) vs -23% (II) vs -16% (C) for men -32% (I) vs -29% (II) vs -17% (C) for women -24% (from 37% to 28%)(I) vs -10% (from 35% to 35%) (II) vs +16% (from 32% to 37%) (C) for male -6% (from 18% to 17%)(I) vs -48% (from 27% to 14%) (II) vs -64% (from 17% to 6%) (C) for female	p<0.001 (I/ II vs C) p=NS p<0.001 (I/ II vs C) p<0.05 p<0.05 p=NS p=NS p=NS	-Selection bias : Unclear -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias : Unclear -Reporting bias : Low
---------------------	--	--------	--	-------------------	-----------	---	--	--	---

• **Intervention n'impliquant pas directement les professionnels de soins primaires**

Reference	Population	Size	Intervention	Number session	Duration (months)/ Follow-up rate	Outcomes	Comparaison (I vs C)	p	Bias
ETTNER and al ; 2014	60 and older identified at-risk drinkers by the CARET	n=1186	I = a personalized patient report by mail + an educational booklet on alcohol and aging + a drinking diary to track alcohol consumption + new patient reports mailed at 6 months (Reports were placed on the front of the patient's medical record)+ calls by health educator at 2 weeks and 3 months after the baseline patient report and 2 weeks after the patient's 6 month patient report C = No intervention	2sessions + 4 calls	12m I = 80.4% C = 95.3% (p<0.01)	-% of at-risk drinkers - Number of drinks per week -Heavy episodic drinking (four or more drinks at least once a week) -Driving within 2 hours of having had three or more drinks -Concern from another person about the patient's drinking -Alcohol use with comorbidities -Alcohol use with symptoms -Alcohol use with medications -Alcohol-related discussions with the physician in the past 12 months - Number of physician visits in past year - emergency department visit in past year -Number of hospitalization -Nurse home visit	-44% vs -33% -29% vs-16% (-4.1drinks/week vs -2.3) -47% vs -20% (from 19% to10% vs from 20% to 16%) -65% vs -52% (from 31% to 11% vs from 33% to 16%) -21% vs -28% (from 29% to 23% vs from 29% to 21%) -45% vs -34% (from 38% to 21% vs from 41% to 27%) -51% vs -32% (from 45% to 22% vs 47% to 32%) -41% vs -25% (from 61% to 36% vs 61% to 46%) 23% vs 13% 7.93 vs 9.07 16% vs 25% 13% vs 16% 2% vs 3%	p<0.01 p<0.01 p<0.01 p=NS p=NS p=0.03 p<0.01 p<0.01 p<0.01 p=0.03 p<0.01 p=NS p=NS	-Selection bias : Low -Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias : Low -Reporting bias : Low
KYPRI and	17 to 29 years, in	n=576	I : Single-dose e-SBI group =	I : 1session	12m	-Number of drinking days in	I vs C : RR(95%CI) = 0.79(0.68 to	p=0.008	-Selection bias :Low

al ; 2008	routine visit, with positive AUDIT		Assessment + personalized feedback by email II : Multidose e-SBI group = the same intervention repeated 1 month and 6 month C = Information pamphlet	II:3sessions	Follow-rate : ?	the preceding 2 weeks) -Number of drinks consumed per typical drinking occasion in the preceding 4 weeks) -Number of drinks consumed in the preceding 2 weeks) -Number of heavy episodes in the preceding 2 weeks -Personal, social, sexual, and legal consequences of episodic heavy drinking (APS score) -Consequences related to academic performance -AUDIT score	0.94) at 6 months ,NS at 12 months <u>I vs C</u> : RR = 0.92 (0.79 to 1.07) <u>I vs C</u> : RR(95% CI) = 0.95(0.82 to 1.09) <u>II vs C</u> : RR(95% CI) = 0.85(0.73 to 0.98) at 6 month, NS at 12 months <u>I vs C</u> : RR(95% CI) = 0.77(0.63 to 0.95) <u>II vs C</u> : RR(95% CI) = 0.79(0.64 to 0.97) at 6 months,NS at 12 months <u>I vs C</u> : RR(95% CI) = 0.75(0.53 to 1.07) <u>II vs C</u> : RR(95% CI) = 0.65(0.45 to 0.93) at 6 months,NS at 12 months <u>I vs C</u> : RR(95% CI) = 0.82(0.67 to 1.01) <u>II vs C</u> : RR(95% CI) = 0.81(0.66 to 1.00) <u>I vs C</u> : RR(95% CI) = 0.80(0.66 to 0.97) <u>II vs C</u> : RR(95% CI) = 0.75(0.62 to 0.90) <u>I vs C</u> : RR(95% CI) = -2.17(-3.24 to -1.10) <u>II vs C</u> : RR(95% CI) = -2.02(-3.10 to -0.97)	p=NS p=NS p=0.02 p=0.01 at 12months p=0.02 p=NS p=0.02 p=NS p=NS p=0.02 p=0.002 p<0.001 p<0.001	-Performance bias : Unclear -Attrition bias : Low -Detection bias : Low -Reporting bias :Low
BROWN and al ; 2007	21 to 59 years ; in routine visit ; exceeded recommendations on low-risk drinking (56 drinks/month or more 4 drinks/occasion for men ; 44/month and 3/occasion for women) ; DSM-IV criteria for alcohol or dependence	n=897	I = 6 sessions by telephone (counselors) (1/week) based on motivational interviewing + personalized letter 2 days after each telephone counseling session with feedback on telephone session C = a 4-page pamphlet on healthy lifestyles	6sessions	3m I = 81,3% C = 86,7%	-Total consumption in the past 28 days (drinks/month) -Numbers of days of at-risk consumption in the past 28 days - Dose–Response Analysis for Experimental Subjects	-17.3% vs -12.9% (-12drks/month vs -10.6) for men -13.9% (p<0.001) vs -11% (p<0.001) (-7drks/month vs -4.9) for women -30% vs -8.3 (-1.9day vs -0.6)for men -17.2% (p<0.001) vs -11.5% (-1day vs -0.6) for women Total alcohol consumption by women and risky drinking days by men consistently declined with more sessions Total alcohol consumption by	p=0.001 p=NS p<0.001 p=NS p=0.003 P<0.001 P=0.001	-Selection bias :Low -Performance bias : Unclear -Attrition bias :Low -Detection bias :Low -Reporting bias :Low

							men and risky drinking days by women were consistently lower with more sessions, except in subjects who received 1 to 3 sessions versus 4 to 5 sessions	P=0.03	
KYPRI and al ; 2004	students aged 17 to 26 years, in routine visit, AUDIT score ≥ 8 and consuming more than 6 standard drinks for men (4 for women) on one or more occasions in the preceding 4 weeks	n=104	I = assessment + personalized feedback on computer + an « <i>Alcohol Facts and Effects</i> » leaflet C = the same leaflet	1 session	6m 92%	- Number of drinking days in the preceding 2 weeks) - Number of standard drinks consumed per typical drinking occasion in the preceding 4 weeks) -Number of standard drinks consumed in the preceding 2 weeks) -Number of episode of heavy drinking in the preceding 2 weeks with alcohol use > 120 g for men (80 for women) -Personal, social, sexual, and legal consequences of episodic heavy drinking (Alcohol Problems Scale) -Consequences related to academic performance	ratio of the geometric means (95%CI) = 0.84 (0.67–1.06) ratio of the geometric means (95%CI)=1.02 (0.81–1.27) ratio of the geometric means(95%CI)=0.74(0.56 to 0.96) at 6 weeks, NS at 6 months ratio of the geometric means(95%CI)=0.63(0.42 to 0.94) at 6 weeks, NS at 6 months ratio of the geometric means(95%CI)=0.76(0.60 to 0.97) at 6 months ratio of the geometric means (95%CI) = 0.72 (0.51–1.02)	p=NS p=NS p=0.03 p=0.02 p=0.03 p=NS	-Selection bias : Low -Performance bias : Unclear -Attrition bias : High -Detection bias : Low -Reporting bias : Low

ANNEXE 2 : La consommation d'alcool définie selon la SFA

La Société Française d'Alcoologie définit la consommation d'alcool en 5 catégories :

- Le non-usage est caractérisé par l'absence de consommation d'alcool, il est désigné comme primaire s'il s'agit d'un non-usage initial (enfants, choix personnels)ou comme secondaire s'il survient après une période de mésusage, il est alors souvent appelé abstinence.
- L'usage simple ou à faible risque correspond à une consommation asymptotique c'est-à-dire sans dommage et inférieure aux seuils recommandés en France.

Et le mésusage comprenant

- L'usage à risque est défini par une consommation dépassant les seuils recommandés, asymptotique mais susceptible d'engendrer des conséquences à court, moyen ou long terme
- L'usage nocif (désigné dans la Classification Internationale CIM 10 de 1992) ou Abus (selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DMS IV-TR de 1994) est une consommation inadéquate et répétée d'une substance au cours des 12 derniers mois induisant des préjudices physiques, psychiques et/ou socio-professionnels pour le sujet lui-même, son entourage et/ou la société mais cet usage n'entre pas dans les critères de dépendance.
- L'usage avec dépendance se caractérise par un désir puissant voire compulsif de consommer une substance, malgré la présence de dommages connus, afin de ressentir les effets psychiques de cette substance et aussi parfois, d'éviter un état de manque. Cet état peut s'accompagner d'une tolérance ou d'un syndrome de sevrage à cette substance.

ANNEXE 3 : Abus et dépendance à une substance : Critères selon le DSM-IV-TR

• Critères de l'abus d'une substance selon le DSM-IV-TR

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

• Critères de dépendance à une substance selon le DSM-IV-TR

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - la même substance (ou *une* substance très proche) est prise pour soulager éviter les symptômes de sevrage
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance

ANNEXE 4 : Comparaison entre le DSM IV et le DSM-5

	DSM-IV Abuse ^a		DSM-IV Dependence ^b		DSM-5 Substance Use Disorders ^c	
Hazardous use	X	} ≥1 criterion	-	} ≥3 criteria	X	} ≥2 criteria
Social/interpersonal problems related to use	X		-		X	
Neglected major roles to use	X		-		X	
Legal problems	X		-		-	
Withdrawal ^d	-		X		X	
Tolerance	-		X		X	
Used larger amounts/longer	-		X		X	
Repeated attempts to quit/control use	-		X		X	
Much time spent using	-		X		X	
Physical/psychological problems related to use	-		X		X	
Activities given up to use	-		X		X	
Craving	-		-	X		

DSM-IV and DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders

Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry. 2013 Août;170(8):834-51

ANNEXE 5 : Questionnaires de dépistage

- CARET questionnaire : Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool

Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool (CARET)

Item	Amount of drinking considered at-risk
<i>Alcohol use and behaviors in the last 12 months</i>	
Number of drinks and frequency of drinking	≥5/day at any frequency, 4/day at least 2 times/month, 3/day at least 4 times/week
Four or more drinks on one occasion (binge drinking)	At least 1 time/week
Driving within 2 hours of drinking three or more drinks	Any frequency
Someone concerned about participant's alcohol use	Any amount
Someone concerned about participant's alcohol use more than 12 months ago	≥4/day at any frequency, 2-3/day at least 4 times/week
<i>Alcohol use and medications taken at least 3-4 times per week currently</i>	
Medications that may cause bleeding, dizziness, sedation	≥4/day at any frequency, 2-3/day at least 4 times/week
Medications used for gastroesophageal reflux, ulcer disease, depression	≥4/day at any frequency, 2-3/day at least 4 times/week
Medications for hypertension	≥5/day at any frequency, 4/day at least 2 times/week, 3/day at least 4 times/week
<i>Alcohol use and comorbidities in the past 12 months</i>	
Liver disease, pancreatitis	Any amount
Gout, depression	≥4/day at any frequency, 3/day at least 2 times/week, 2/day at least 4 times/week
High blood pressure, diabetes	5/day at any frequency, 4/day at least 2 times/month, 3/day at least 4 times/week
Sometimes have problems with sleeping, falling, memory, heartburn, stomach pain, nausea, vomiting, or feel sad/blue	≥5/day at any frequency, 4/day at least 2 times/month, 3/day at least 2 times/week
Often have problems with sleeping, falling, memory, heartburn, stomach pain, nausea, vomiting or feel sad/blue	≥4/day at any frequency, 2-3/day at least 2 times/week

- FACE/FAST questionnaire (Source ANPAA)

					SCORE
① A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?					
Jamais <input type="checkbox"/>	une fois par mois ou moins <input type="checkbox"/>	2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/>	2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
② Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?					
Un ou deux <input type="checkbox"/>	trois ou quatre <input type="checkbox"/>	cinq ou six <input type="checkbox"/>	sept à neuf <input type="checkbox"/>	dix ou plus <input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	
③ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?					
Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
④ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?					
Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
⑤ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?					
Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
0				4	
TOTAL					

Interprétation :

Date :/...../.....

- ❖ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation à risque
- ❖ Pour les hommes, un score supérieur ou égal à 5 indique une consommation à risque.
- ❖ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.
- ❖ Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

- AUDIT-C questionnaire

Sur l'année écoulée (nombre de points attribués entre parenthèses) :

- Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- Jamais (0) 1 fois par mois (1) 2 à 4 fois par mois (2)
 2 à 3 fois par semaine (3) 4 fois ou plus par semaine (4)

- Combien de verres-standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 (0) 3 ou 4 (1) 5 ou 6 (2)
 7 à 9 (3) 10 ou plus (4)

- Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres-standard ou plus ?

- Jamais (0) Moins de 1 fois par mois (1) 1 fois par mois (2)
 1 fois par semaine (3) Chaque jour ou presque (4)

→ Mésusage probable : score ≥ 4 chez l'homme et ≥ 3 chez la femme.

→ Dépendance probable : score ≥ 10 quel que soit le sexe.

ANNEXE 6 : Articles exclus après lecture et les raisons de leur exclusion

- Articles hors-sujet
 - Barry KL, Fleming MF. Computerized administration of alcoholism screening tests in a primary care setting. *J Am Board Fam Pract Am Board Fam Pract*. 1990 Jun;3(2):93–8.
 - Hilbink M, Voerman G, van Beurden I, Penninx B, Laurant M. A randomized controlled trial of a tailored primary care program to reverse excessive alcohol consumption. *J Am Board Fam Med JABFM*. 2012 Oct;25(5):712–22.
- Article hors soins primaires
 - Hansen ABG, Becker U, Nielsen AS, Grønbaek M, Tolstrup JS. Brief alcohol intervention by newly trained workers versus leaflets: comparison of effect in older heavy drinkers identified in a population health examination survey: a randomized controlled trial. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2012 Feb;47(1):25–32.
- Article concernant d'autres substances
 - Haller DM, Meynard A, Lefebvre D, Ukoumunne OC, Narring F, Broers B. Effectiveness of training family physicians to deliver a brief intervention to address excessive substance use among young patients: a cluster randomized controlled trial. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2014 May 13;186(8):E263–72.
- Intervention non décrite
 - Purshouse RC, Brennan A, Rafia R, Latimer NR, Archer RJ, Angus CR, et al. Modelling the cost-effectiveness of alcohol screening and brief interventions in primary care in England. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2013 Apr;48(2):180–8.
 - Bertholet N, Horton NJ, Saitz R. Improvements in readiness to change and drinking in primary care patients with unhealthy alcohol use: a prospective study. *BMC Public Health*. 2009;9:101.
- Critères de jugement non définis
 - Reinhardt S, Bischof G, Grothues J, John U, Meyer C, Rumpf H. Gender differences in the efficacy of brief interventions with a stepped care approach in general practice patients with alcohol-related disorders. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2008 Jun;43(3):334–40.
- Petits échantillons, n<100
 - Kuerbis AN, Yuan SE, Borok J, LeFevre PM, Kim GS, Lum D, et al. Testing the initial efficacy of a mailed screening and brief feedback intervention to reduce at-risk drinking in middle-aged and older adults: the comorbidity alcohol risk evaluation study. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Feb;63(2):321–6.
 - Gordon AJ, Conigliaro J, Maisto SA, McNeil M, Kraemer KL, Kelley ME. Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. *Subst Use Misuse*. 2003 Jun;38(8):1017–35.

- Romelsjö A, Andersson L, Barrner H, Borg S, Granstrand C, Hultman O, et al. A randomized study of secondary prevention of early stage problem drinkers in primary health care. *Br J Addict.* 1989 Nov;84(11):1319–27.
- Interventions délivrées par des médecins exclusivement
 - Beich A, Gannik D, Saelan H, Thorsen T. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice--a pragmatic controlled trial. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs.* 2007 Dec;42(6):593–603.
 - Fink A, Elliott MN, Tsai M, Beck JC. An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Nov;53(11):1937–43.
 - Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract.* 1998 Dec;15(6):562–8.
 - Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addict Abingdon Engl.* 1995 Jan;90(1):119–32.
 - Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ.* 1988 Sep 10;297(6649):663–8.

ANNEXE 7 : Articles inclus dans la revue

• Intervention effectuée par l'infirmière seule

- Lock CA, Kaner E, Heather N, Doughty J, Crawshaw A, McNamee P, et al. Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2006 May;54(4):426–39.
- Tomson Y, Romelsjö A, Aberg H. Excessive drinking--brief intervention by a primary health care nurse. A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 1998 Sep;16(3):188–92.

• Intervention effectuée par une équipe pluri-disciplinaire, chaque professionnel ayant un rôle défini

- Watson JM, Crosby H, Dale VM, Tober G, Wu Q, Lang J, et al. AESOPS: a randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2013 Jun;17(25):1–158.
- Moore AA, Blow FC, Hoffing M, Welgreen S, Davis JW, Lin JC, et al. Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addict Abingdon Engl*. 2011 Jan;106(1):111–20.
- Rubio G, Jiménez-Arriero MA, Martínez I, Ponce G, Palomo T. Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers. *Am J Med*. 2010 Jan;123(1):72–8.
- Mundt MP, French MT, Roebuck MC, Manwell LB, Barry KL. Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. *J Stud Alcohol*. 2005 May;66(3):389–94.
- Grossberg PM, Brown DD, Fleming MF. Brief physician advice for high-risk drinking among young adults. *Ann Fam Med*. 2004 Oct;2(5):474–80.
- Aalto M, Seppä K, Mattila P, Mustonen H, Ruuth K, Hyvärinen H, et al. Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a three-year randomized controlled study. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs*. 2001 Jun;36(3):224–30.
- Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care*. 2000 Jan;38(1):7–18.
- Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract*. 1999 May;48(5):378–84.
- Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*. 1997 Apr 2;277(13):1039–45.
- Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M, Booker S, Miller V, Gingrich R, et al. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996 Nov;20(8):1443–50.

- **Intervention effectuée par différents professionnels de soins primaires chacun ayant un rôle identique**

- 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.
- Fleming MF, Balousek SL, Grossberg PM, Mundt MP, Brown D, Wiegel JR, et al. Brief physician advice for heavy drinking college students: a randomized controlled trial in college health clinics. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010 Jan;71(1):23–31.
- Ockene JK, Reed GW, Reiff-Hekking S. Brief patient-centered clinician-delivered counseling for high-risk drinking: 4-year results. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. 2009 Jun;37(3):335–42.
- Reiff-Hekking S, Ockene JK, Hurley TG, Reed GW. Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up. *J Gen Intern Med*. 2005 Jan;20(1):7–13.
- Ockene JK, Adams A, Hurley TG, Wheeler EV, Hebert JR. Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Arch Intern Med*. 1999 Oct 11;159(18):2198–205.
- McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ, Marmulak J. Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. 1997 Nov;43:1959–62, 1965–7.
- A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. WHO Brief Intervention Study Group. *Am J Public Health*. 1996 Jul;86(7):948–55.

- **Intervention n'impliquant pas directement les professionnels de soins primaires**

- Ettner SL, Xu H, Duru OK, Ang A, Tseng C-H, Tallen L, et al. The effect of an educational intervention on alcohol consumption, at-risk drinking, and health care utilization in older adults: the Project SHARE study. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014 May;75(3):447–57.
- Kypri K, Langley JD, Saunders JB, Cashell-Smith ML, Herbison P. Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Arch Intern Med*. 2008 Mar 10;168(5):530–6.
- Brown RL, Saunders LA, Bobula JA, Mundt MP, Koch PE. Randomized-controlled trial of a telephone and mail intervention for alcohol use disorders: three-month drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Aug;31(8):1372–9.
- Kypri K, Saunders JB, Williams SM, McGee RO, Langley JD, Cashell-Smith ML, et al. Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomized controlled trial. *Addict Abingdon Engl*. 2004 Nov;99(11):1410–7.

Titre de thèse : Efficacité des interventions délivrées par des professionnels de soins primaires non médecins dans la prise en charge de la consommation d'alcool à risque : une revue systématique d'essais contrôlés randomisés

RESUME

Introduction : Le Repérage Précoce et les Interventions brèves délivrés par les médecins généralistes ont montré leur efficacité dans la prise en charge de la réduction de l'usage nocif de l'alcool en soins primaires et sont recommandés par de nombreuses organisations (OMS ; U.S Preventive Services Task Force ; HAS), or peu de médecins généralistes les emploient dans leur pratique. Nous avons effectué une revue systématique de la littérature internationale des essais randomisés contrôlés examinant l'efficacité des interventions menées par des professionnels de soins primaires autres que le médecin généraliste dans la réduction de la consommation d'alcool à risque en soins primaires.

Méthode : A l'aide des banques de données MEDLINE et EMBASE, nous avons inclus, dans notre revue systématique de la littérature, les articles randomisés contrôlés, anglophones et francophones, évaluant, au sein des soins primaires, des interventions délivrées par les professionnels non médecins, visant à réduire la consommation d'alcool chez des patients qui en présentent un usage à risque. Cette revue a été réalisée en suivant les lignes directrices PRISMA-P et le « cochrane Handbook for systematic reviews of interventions » édité par la Collaboration Cochrane. Les détails de chaque étude et les raisons de leur inclusion ou exclusion ont été reportés.

Résultats : Vingt-trois articles concernant dix-huit essais répondaient aux critères d'inclusion. Seuls quatre essais impliquaient exclusivement des professionnels de soins primaires non médecins. Trois portaient sur l'efficacité des interventions menées par des infirmières mais un seul essai retrouvait un impact significatif de l'intervention. Le quatrième essai comparait l'efficacité d'une intervention délivrée par des médecins généralistes à une intervention menée par des infirmières et ne mettait pas en évidence de différence significative. Les autres essais portaient sur des interventions menées par des professionnels de soins primaires non médecins en association avec des médecins généralistes et retrouvaient un impact significatif de l'intervention sur l'amélioration de la consommation d'alcool à risque et ses conséquences.

Conclusion : Il existe trop peu d'essais randomisés contrôlés évalués dans la littérature internationale pour conclure à l'efficacité ou non des interventions délivrées par des professionnels non médecins dans le cadre des soins primaires dans la réduction de la consommation d'alcool à risque. Une prise en charge collective de la consommation d'alcool à risque entre les professionnels de soins primaires et les médecins généralistes semble être efficace en soins primaires. Des études centrées sur l'efficacité des interventions menées des professionnels de soins primaires non médecins seuls sont donc nécessaires dans les recherches futures pour promouvoir la diffusion du Repérage Précoce et des Interventions Brèves en soins primaires dans le cadre de la consommation d'alcool à risque et permettre une meilleure prise en charge.

Mots-clefs

Soins primaires ; Consommation d'alcool à risque ; Dépistage ; Interventions brèves