

Consommation d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves

MODULE 4

Philippe BATEL (1), Philippe MICHAUD (2)

(1) Unité de Traitement Ambulatoire des Maladies Alcooliques, Fédération Médico-Chirurgicale d'Hépatogastroentérologie, Hôpital Beaujon, 100 bd Général Leclerc, 92110 Clichy. ; (2) Médecin alcoologue, coordinateur du programme « Boire moins c'est mieux », CDPA 92, 8 bd Gallieni, 92000 Nanterre.

TABLE DES MATIÈRES

PRINCIPES DES INTERVENTIONS BRÈVES

LES INDICATIONS

LE REPÉRAGE ET SES OUTILS

RATIONNEL DE L'INTERVENTION BRÈVE

DESCRIPTION

ÉVALUATION

MISE EN PLACE ET GÉNÉRALISATION EN SOINS PRIMAIRES

CONCLUSION

CONTENTS

Brief interventions for drinking problem

PRINCIPLES OF BRIEF INTERVENTIONS

INDICATIONS

SCREENING AND TOOLS

RATIONALE

DESCRIPTION

EVALUATION

IMPLEMENTATION IN PRIMARY CARE

CONCLUSION

Le discrédit généralement porté par les soignants sur les prises en charge thérapeutiques des conduites d'alcoolisation est probablement autant lié au caractère hautement récidivant des troubles qu'à la multiplicité suspecte des options stratégiques ou à la rareté de l'évaluation de leur efficacité. La perception généralement rapportée par les médecins sur cette question est celle d'un traitement long, difficile, aux résultats toujours acquis laborieusement, souvent partiels et rarement définitifs. Cette vision peu encourageante des soins alcoologiques reflète toutefois la restriction de l'intérêt des soignants aux seuls malades les plus sévères : les sujets alcoolodépendants. La méconnaissance d'un risque alcool gradué entre les non-usagers et les usagers dépendants amène cependant à ignorer deux populations de niveau morbide intermédiaire : les consommateurs à risque et les consommateurs à problèmes. Ces catégories nosographiques de l'usage nocif constituant des « étapes » d'un processus pathogène continu, leur repérage à des stades précoces permet en effet de proposer systématiquement un conseil simple et codifié de réduction du risque alcool dans une optique de prévention secondaire. C'est l'objet même de ces interventions thérapeutiques dites « brèves » (IB) qui semblent s'opposer point par point aux traitements de l'alcoolodépendance ; elles constituent un traitement simple, court, à l'objectif clair et à la rentabilité démontrée. Nous proposons ici d'en préciser leurs indications, d'en écrire sommairement leur contenu et de rapporter les travaux d'évaluation dont elles ont fait l'objet.

Principes des interventions brèves

S'il est difficile de dater la première apparition du concept d'IB dans l'histoire de l'alcoologie moderne, l'émergence de celui-ci dans la littérature spécialisée est contemporaine des premières publications d'un groupe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui s'était constitué au début des années 80 pour réfléchir à une approche communautaire et internationale des consommations dommageables d'alcool [1]. Depuis, ce modèle s'est progressivement enrichi par une précision de ces indications, une validation de son contenu et une évaluation de ces résultats. Les recherches dans ce domaine se sont beaucoup développées au cours des 10 dernières années et sont synthétisées dans deux revues récentes [2, 3].

Les indications

Initialement développées chez des sujets au risque élevé de développer des dommages liés à la consommation d'alcool, les IB ont été validées dans un premier temps chez des individus repérés le plus souvent en médecine générale [4, 5]. Ce concept de risque alcool et la stratification de celui-ci en terme de populations est illustré par la pyramide adaptée de Skinner [6] (figure 1). Quatre niveaux de consommation sont identifiables :

1) L'usage « anodin » ou « à faible risque » sont ceux dont la consommation, qu'elle soit occasionnelle ou quotidienne, n'atteint pas le seuil de risque (voir plus bas) ni ne provoque de conséquence morbide ou relationnelle. Ce sont les plus

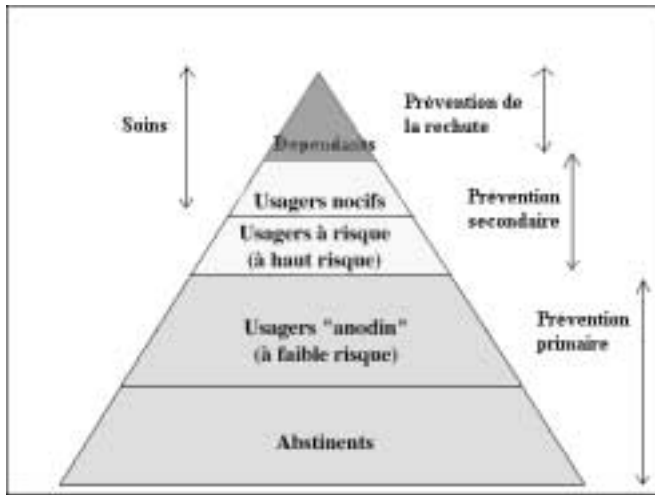


Fig. 1 – La pyramide adaptée de Skinner.
Skinner's pyramide.

nombreux parmi les buveurs : en France, 75 % des hommes et 90 % des femmes [7]. Pour ces personnes, la consommation d'alcool peut être considérée comme un usage social positif pour ses bénéfices gustatifs, de convivialité, et éventuellement sanitaires (à très petite dose — moins d'un verre par jour — la prise d'alcool semble être à l'origine d'un bénéfice cardio-vasculaire). Toutefois, certains risques existent lors de situations particulières (exemple : grossesse, conduite automobile).

2) *L'usage à risque*. Ils sont définis par des sujets dont la consommation est supérieure ou égale à un seuil au delà duquel le risque de développer un dommage est significativement augmenté. Ces seuils ont été calculés, après l'analyse d'études cas-témoins par un groupe de travail de l'OMS à 21 verres par semaine chez l'homme et 14 verres chez la femme [8], mais le message peut être modulé selon les populations [9, 10]. Dans ce cas, les dommages sont latents.

3) *L'usage nocif*. Ils sont définis par : a) l'existence d'au moins un dommage patent (et non seulement latent) d'ordre médical (clinique ou biologique), psychique ou social induit par l'alcool, et : b) l'absence de dépendance psychique ou physique à l'alcool.

4) *L'usage nocif avec dépendance* ou alcoolo-dépendants. Ils sont définis par des sujets présentant une conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de leur consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à des seuils de consommation ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés. L'usage avec dépendance, encore dénommé « alcoolo-dépendance » ou « dépendance à l'alcool », ne comporte pas dans sa définition de critère impliquant que la consommation soit quotidienne. Cette catégorie correspond à la définition du « syndrome de dépendance » du DSM-IV.

Théoriquement, les IB s'inscrivent dans une philosophie générale de la réduction du risque ; elles s'adressent donc à toutes les catégories définies ci-dessus. Si des travaux ont évalué leur indication chez les malades les plus sévères (alcoolo-dépendants) [11], les IB ont été néanmoins principalement validées chez les usagers à risque et les usagers nocifs sans alcoolo-dépendance. La définition de la cible pose le problème crucial de celui du repérage qui est intimement lié à celui de l'IB.

Le repérage et ses outils

Le repérage des consommateurs d'alcool à risque ou à problèmes se heurte dans la pratique quotidienne à trois obstacles principaux : la fréquence de ces situations, la faible spécificité des symptômes lorsqu'ils existent, et la contamination de l'alcoolo-dépendance dans les représentations qu'ont les soignants des conduites d'alcoolisations nocives. Pourtant, il est habituellement assez facile d'obtenir des réponses sincères concernant la consommation d'alcool de sujets qui n'ont pas un niveau élevé de dépendance ; les attitudes de dénégation étant essentiellement dues aux sentiments de honte et de culpabilité qui s'attachent à la perte de contrôle de la consommation. Une méthode de repérage simple des usagers à risque serait donc d'interroger systématiquement les malades sur leur usage de boissons alcooliques. Toutefois, les médecins ont beaucoup de difficultés à pratiquer ce repérage, redoutant de froisser leur clientèle et mal à l'aise pour conduire cette évaluation en formulant des questions claires. Des stratégies de repérage ont donc été proposées pour faciliter la tâche du soignant et rendre le questionnement acceptable par les malades.

Les méthodes biologiques (fondées sur les perturbations de la GGT, du VGM, ou plus récemment, de la CDT) ont en commun les défauts de faibles sensibilité et spécificité et de ne pas discerner les dépendants et les consommateurs à problèmes. L'immense majorité des buveurs à risque n'ont enfin aucune perturbation biologique.

La méthode alternative la plus rentable consiste en l'utilisation de questionnaires auto-administrés. Parmi ceux-ci, l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) a été le premier développé dans l'objectif spécifique de repérer non seulement les consommateurs dépendants, mais aussi ceux qui répondent le mieux aux IB, c'est-à-dire les consommateurs à risque ou à problèmes. Composé de 10 questions (3 portant sur la fréquence et la quantité et 7 sur les conséquences de la consommation d'alcool) ; son score permet de classer les sujets en trois groupes : 1) les abstinents ou usagers à faible risque ; 2) les usagers à risque ou à problèmes et 3) les usagers dépendants. La version initiale a été validée dans plus de dix langues (dont le français) et des variantes ont été développées dans des champs d'application divers comme une intégration dans un questionnaire de santé, une version raccourcie ou élargie à des évaluations sur les drogues illicites. Le bénéfice de ces différentes formes reste à évaluer. Dans son adaptation française, le groupe intermédiaire relevant de l'IB est défini par un score compris entre 6 à 12 pour les femmes et 7 à 12 pour les hommes [12]. Une version raccourcie destinée à une passation dans un entretien standardisé est en cours de mise au point. Elle permettrait de répondre au principal obstacle à une utilisation généralisée d'un repérage par l'AUDIT : l'absence de secrétaire dans de nombreux cabinets libéraux de médecine générale. Un intermédiaire non médecin pourrait jouer en effet un rôle important dans l'utilisation de cet outil.

La démarche de santé publique la plus rationnelle serait le repérage systématique en population générale puisqu'elle permettrait de repérer les personnes avant même qu'elles ne développent les moindres dommages consécutifs à leur consommation. L'approche préventive généralement adoptée est plus souvent de type secondaire, fondée sur le repérage précoce des dommages. Une telle attitude conduit à accroître la vigilance du soignant face à de nombreux troubles souvent attribuables à une consommation excessive d'alcool : surpoids, troubles du sommeil, dépression, anxiété, troubles caractériels, sexuels, diarrhée, hypertension artérielle, troubles du rythme, accidents, traumatismes, anomalies biologiques évocatrices (transaminases et GGT élevées, hyperuricémie, macrocytose, hypertriglycéridémie).

Tableau I. – Entretien « FRAMES ».*FRAMES: interview.*

FEED-BACK :	Restitution au patient de l'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d'alcool
RESPONSABILITY :	La responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et notamment pas au thérapeute
ADVICE :	Un conseil de modération est clairement donné au patient
MENU :	Un choix ou menu offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool est donné au patient
EMPATHY :	Le thérapeute fait preuve d'empathie, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts et les acquis du patient
SELF-EFFICACY :	Le patient est le chef d'orchestre de son traitement, dont le succès lui revient entièrement

L'imputabilité à l'alcool de ces symptômes non spécifiques peut s'effectuer en quatre temps : évaluer avec le malade sa consommation d'alcool en énonçant les objectifs de cette évaluation (supprimer un trouble pour lequel l'alcool est potentiellement responsable), vérifier l'absence d'une dépendance physique, faire un test de réduction radicale de la consommation d'alcool, et contrôler avec le malade l'amendement du trouble. Ces étapes constituent le schéma assez général d'une IB (cf paragraphe suivant) et rend compte du lien indissociable de filiation entre repérage et intervention.

Parfois ces deux fonctions se confondent et le repérage systématique protocole peut avoir un effet-intervention *per se*. Ce phénomène seul a été mis en évidence dans le groupe témoin des études randomisées ; il contribue d'autre part à la modification des représentations des malades exposés au risque alcool comme de leurs soignants.

Rationnel de l'intervention brève

Comme la tactique de repérage, le contenu des interventions sera ainsi adapté à une stratégie globale qui vise à modifier en profondeur autant les représentations que les pratiques des soignants, pour leur permettre d'influencer le parcours alcoolique des malades et surtout de prévenir l'émergence de maladies secondaires à une consommation nocive d'alcool. L'objectif est d'atteindre le plus grand nombre possible de consommateurs excessifs, grâce au repérage, et de délivrer « facilement » une intervention efficace de conseil. L'enjeu est la réduction de cette part importante de la morbidité liée à l'alcool qui ne concerne pas seulement les alcoolo-dépendants : troubles psychiques, les violences, les suicides, les accidents, les cancers du carrefour aéro-digestif, les accidents vasculaires, les aggravations de pathologies concomitantes (virus des hépatites, par exemple).

Le principe très général d'une IB est d'apporter à un sujet en danger un conseil opérant dont l'effet à long terme devrait lui permettre d'induire un changement durable de son comportement vis-à-vis de l'alcool. La brièveté de l'intervention est imposée par une triple préoccupation : 1) clarté du message ; 2) acceptabilité du contenu pour l'émetteur (le soignant) et pour le receveur (le soigné), et 3) applicabilité pratique d'une démarche « systématique » dans les conditions d'exercice habituelles de la médecine (ou des soins primaires).

Description

Il existe donc une grande variabilité dans la littérature sur le contenu des IB, cette brièveté étant définie de façon relative (par rapport aux schémas du traitement de la dépendance alcoolique,

par nature complexe et prolongé) : on parle aussi bien dans ce cadre d'interventions « ultra-brèves » et d'interventions « minimales » que de sessions de trois ou quatre séances d'une demi-heure. Le tronc commun de ces modalités d'interventions est une approche cognitivo-comportementale qui fait du malade le principal acteur de son changement bien que l'initiative de la discussion conduisant au repérage revient au soignant.

Le contenu d'une IB, par nature variable d'une étude ou d'une pratique à l'autre, présente cependant de nombreux points permanents pour en assurer son acceptabilité par les soignants comme par les malades. Une IB comporte habituellement :

1) *Une évaluation de la relation du sujet à l'alcool* par l'AUDIT. Sans prétendre rivaliser avec une exploration plus complète d'un spécialiste de l'alcool, ce questionnaire relève au contraire le défi de la légèreté pour être reproductible. La suspicion d'une dépendance à l'alcool fait sortir le sujet du cadre d'application de l'IB.

2) *Une information sur les effets aigus et chroniques* de la consommation d'alcool sur la santé. Malgré le sentiment qu'éprouvent les soignants que les effets délétères de la consommation d'alcool sont connus de tous, la représentation du risque alcool dans la population générale se résume bien souvent à la cirrhose et aux troubles psychiatriques, alors que le risque de pathologies sévères, notamment néoplasiques pour de « faibles » quantités d'alcool, est méconnu.

3) *Des recommandations autour des seuils* de prudence après en avoir exprimé la rationalité. La notion de risque statistique est assez difficile à conceptualiser pour les malades. Il peut être utile de comparer la consommation excessive d'alcool et l'hypertension artérielle, facteur de risque probablement le mieux connu. La réduction de l'espérance de vie paraît curieusement une donnée plus accessible aux représentations. Il faut rappeler que la consommation moyenne d'alcool des adultes en France est supérieure à deux verres par jour, et que la consommation perçue comme « normale » va au-delà des seuils de prudence recommandés. Les recommandations ne s'appuient donc pas sur une normalité toujours relative et complaisante à l'égard de conduites dangereuses, mais sur une attitude de responsabilisation dans la gestion des risques attachés à la consommation d'alcool.

4) *Des suggestions pour diverses tactiques* tendant à réduire la consommation d'alcool en-dessous des seuils de prudence. L'établissement d'un plan de réduction passe par un journal tenu par le malade qui vise à repérer dans une approche comportementale-cognitive les situations les plus alcoolisées et les modes d'alcoolisation. Dans un deuxième temps, on l'aide à construire des stratégies de réduction, visant soit à éviter les « situations à risque », soit à développer des comportements alternatifs à la prise d'alcool dans ces situations.

5) *Une valorisation du rôle du malade* dans cette entreprise de réduction. On a pu donner un modèle d'attitude pour favoriser un rapport thérapeutique efficace dans le cadre général des IB, il s'agit d'une technique d'entretien dénommée

par l'acronyme « FRAMES » par leurs auteurs [13] (tableau I). Il s'agit plus d'un procédé mnémotechnique que d'une vraie méthode de travail visant à guider l'entretien dans une dynamique motivationnelle. Une expérience pratique d'adaptation de ces « principes » à sa situation professionnelle permet de vérifier rapidement qu'elle est de réalisation aisée et bien acceptée par sa patientèle. Des « outils » d'intervention existent en français, grâce à une collaboration entre le CFES, l'ANPA et l'assurance maladie (ils peuvent être demandés auprès des deux premiers).

Evaluation

Les IB sont très probablement la technique de soins alcooliques qui a le plus fait l'objet d'évaluation. L'importance de celle-ci tient probablement aux pionniers de ces techniques qui ont d'emblée associé à leur développement des travaux de validation [14]. Si l'importance des populations à qui elles s'adressent est un atout majeur pour un travail d'évaluation, trois principaux obstacles méthodologiques ont été souvent rencontrés : 1) le critère de jugement principal (le pourcentage de réduction de la consommation) est d'appréciation parfois difficile, 2) le nombre important de perdus de vue (10 à 50 % selon les travaux) [15] diminue la puissance de significativité statistique et 3) l'importance de « l'effet repérage » sur la réduction de la consommation augmente considérablement le bénéfice du groupe témoin dans les essais randomisés [16]. Toutefois, de nombreux travaux randomisés ont été effectués [5, 17-23] dans des populations aussi diverses que spécifiquement des femmes [24, 25], des femmes enceintes [26], des sujets recrutés par média [27], des malades recrutés chez des médecins généralistes [14, 21, 24, 28] ou en population générale [29, 30]. Deux meta-analyses récentes concluent globalement à leur efficacité pour réduire la consommation d'alcool à 6 mois chez les femmes avec une homogénéité acceptable [16, 31]. Les résultats chez l'homme sont d'interprétation plus difficile, principalement liés au défaut d'uniformité des études analysées. De plus, des études de coût-bénéfice sont venues renforcer le concept en validant sa rentabilité [32-34] en soins primaires.

Mise en place et généralisation en soins primaires

Après avoir beaucoup contribué au développement du repérage précoce (AUDIT) et à celui de l'IB et de son évaluation, l'OMS a cherché à éclaircir la problématique de la diffusion de la pratique de l'un et de l'autre à travers plusieurs études qualitatives et quantitatives portant sur les représentations, les attentes, les freins et les méthodes de stimulation des soignants. Plusieurs travaux ont comparé l'efficacité et le coût de méthodes de motivation des médecins à se lancer dans le repérage et l'IB. Des trois méthodes les plus souvent testées, courrier, visite au cabinet et démarchage téléphonique, la deuxième semble la plus efficace et la troisième présente le meilleur rapport coût-efficacité [35]. Il semble cependant qu'une formation proposée à des médecins qui se sont déjà essayés à l'IB est un bon moyen de fixer les nouvelles pratiques.

L'OMS promeut à l'heure actuelle, en lien avec une douzaine d'équipes de recherche, le développement et la généralisation à l'échelle des pays participants du travail de repérage précoce et d'IB en soins primaires. C'est notamment le cas en France par le programme « boire moins c'est mieux » porté par l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme et dans d'autres pays européens francophones, Belgique et Suisse romande. Il a en

effet déjà été démontré qu'au-delà de la pertinence de l'AUDIT pour le repérage et de l'IB comme moyen thérapeutique, le faible niveau de connaissance des praticiens sur ces techniques constituait le principal obstacle à leur pratique en routine, renforcé par le peu de crédit prêté aux malades pour modifier leur parcours. D'autres réticences concernent la question du temps et de la faible valorisation des actes de prévention que les médecins sont amenés à accomplir. Des études sont donc en cours pour tester différentes stratégies de dissémination de ces pratiques. Elles s'appuient sur des recommandations qui vont pour certaines au-delà des soignants, puisqu'elles impliquent l'ensemble du corps social. Les soignants sont cependant le « cœur de cible » et les acteurs principaux.

Les composantes de la stratégie recommandée par l'OMS sont :

1) Créer un matériel de repérage et d'intervention adapté aux conditions d'exercice des soins primaires dans le pays. C'est ce que s'efforcent en France de mener le CFES et l'ANPA, en tenant compte des recherches qualitatives menées par leur soin avec des médecins généralistes sur le thème de l'IB.

2) Donner un cadre nouveau à la compréhension des données sur l'alcool. La presse médicale, les facultés, les organismes de formation médicale continue ont bien sûr leur responsabilité dans cette évolution des concepts et des perceptions, afin de faire reconnaître la place des « non dépendants » dans la pathologie liée à l'alcool. Mais il convient aussi d'influencer le grand public, et les changements dans le corps médical doivent s'accompagner d'un mouvement parallèle dans les représentations des malades. Les grands médias, mais aussi tous les relais d'opinion doivent être sollicités, afin qu'au-delà des « campagnes médiatiques », il y ait une « mobilisation communautaire » autour du risque alcool.

3) Mettre en place des organisations locomotives et nouer des alliances stratégiques. De tels changements doivent être portés non par des spécialistes mais par des alliances et des réseaux dans lesquels les organisations locomotives doivent rapidement perdre leur rôle.

4) Etablir et évaluer des lieux d'expérimentation. C'est actuellement le cas en Ile-de-France dans quatre villes nouvelles où sont testées plusieurs méthodes de diffusion de l'IB dans la population médicale. Les résultats seront présentés lors d'une conférence de consensus prévue pour mars 2003.

Conclusion

Les IB sont intimement liées à deux notions essentielles : a) le repérage des individus chez lesquels la consommation d'alcool expose à des risques importants ou provoque des problèmes pour la santé ou le fonctionnement, b) la réduction de ce risque au moyen d'un conseil standardisé court et généralement applicable. Pour réaliser ce double objectif dans un souci de rentabilité, des interventions diverses ont été développées depuis une vingtaine d'années. Ces interventions préviennent la survenue de dommages, notamment en soins primaires, ou spécifiquement chez les individus à risque, mais peuvent être curatives sur des dommages déjà induits. Leur efficacité a été très largement testée par des essais dont certains sont randomisés. Malgré une hétérogénéité des résultats liés à la variabilité des contenus (intensité, durée, objectifs), les IB peuvent être considérées comme efficaces pour réduire durablement la consommation d'alcool, donc les dommages qui y sont liés. Des études de coût-efficacité plaident en faveur de leur intérêt en validant leur rentabilité (effet conséquent sur un grand nombre avec un investissement relativement faible). Cependant, la diffusion de ces techniques se heurte à la résistance des soignants à s'emparer de ces outils thérapeutiques. Les Hépatogastroentérologues sont

d'importants « leaders et relais d'opinion » dans la stratégie de dissémination de ces pratiques. Il est essentiel que les médecins qui assurent les soins chez les malades de l'alcool diffusent les notions de prévention secondaire de ces maladies qui sont la deuxième cause de mortalité prématurée évitable dans ce pays. Ces techniques validées sont dotées d'instruments disponibles. Il reste à convaincre que leur utilisation est rentable du point de vue de la santé publique.

RÉFÉRENCES

1. WHO. Problems related to alcohol consumption. Report of the expert committee. Geneva : World Health Organisation, 1980.
2. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. New therapies for alcohol problems : application to primary care. *Am J Med* 2000;108:227-37.
3. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention : dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 2000;95:677-86.
4. Huas D, Pessione F. Les consommateurs à problème. *Rev Prat* 1999;49:379-82.
5. 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;16:188-92.
6. Skinner H, Holt S, Israel Y. Early identification of alcohol abuse : 1. Critical issues and psychosocial indicators for a composite index. *Can Med Assoc J* 1981;124:1141-52.
7. Got C, Weil J. L'alcool à chiffres ouverts. Paris : Seli Arslan, 1997:78p.
8. Anderson P. Excess mortality associated with alcohol consumption. *Br Med J* 1988;297:824-6.
9. Bolumar F, Ferrer L, Rebagliato M, Perezhoyos S, Aytes AP, Monleon J. The effect of moderate intake of alcohol during pregnancy on the weight of the newborn. *Med Clin* 1994;102:765-8.
10. Goldberg RJ, Burchfiel CM, Reed DM, Wergowske G, Chiu D. A prospective study of the health effects of alcohol consumption in middle-aged and elderly men. The Honolulu heart program. *Circulation* 1994;89:651-9.
11. Mattick R, Jarvis T. Brief or minimal intervention for 'alcoholics' ? The evidence suggests otherwise. *Drug Alcohol Rev* 1994;13:144.
12. Gache P, Daeppen J, Michaud P. Evaluation de la traduction française de l'AUDIT pour le repérage des consommateurs à risque et à problèmes en soins primaires : Rapport pour le groupe de travail francophone de l'OMS ;2000.
13. Bien TH, Miller RW, Tonigan JC. Brief interventions for alcohol problems : A review. *Addiction* 1993;88:315-36.
14. Babor TF, Grant M. A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. *World Health Organization* 1992:1-266.
15. Higgins-Biddle JC, Babor TF, Mullahy J, Daniels J, McRee B. Alcohol screening and brief intervention : where research meets practice. *Conn Med* 1997;61:565-75.
16. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations : a meta-analysis. *Prev Medicine* 1999;28:503-9.
17. Burge S, Amodei N, Elkin B, Catala S, Andrew S, Lane P et al. An evaluation of two primary care interventions for alcohol abuse among Mexican-American patients. *Addiction* 1997;92:1705-16.
18. Cordoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers : a Spanish multi-centre study. *Family Practice* 1998;15:562-8.
19. Freeborn DK, Polen MR, Hollis JF, Senft RA. Screening and brief intervention for hazardous drinking in an HMO : effects on medical care utilization. *J Behav Health Serv Res* 2000;27:446-53.
20. Kristenson H, Ohlin H, Hulten-Nosselin M, Trelle E, Hood B. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men : results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls. *Alcohol Clin Exp Res* 1983;7:203-9.
21. McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ, Marmulak J. Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Can Fam Physician* 1997;43:1959-62, 65-7.
22. 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;84:1319-27.
23. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1988;297:663-8.
24. Aalto M, Saksanen R, Laine P, Forsstrom 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;24:1680-6.
25. Scott E, Anderson P. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug and Alcohol Rev* 1990;10:313-21.
26. Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA. Brief intervention for alcohol use in pregnancy : a randomized trial. *Addiction* 1999;94:1499-508.
27. Heather N, Robertson I, MacPherson B, Ailsop S, Fulton A. Effectiveness of a controlled drinking self-help manual : One-year follow-up results. *Br J Clin Psychol* 1987;26:279-87.
28. Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 1995;90:119-32.
29. Anonymous. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. WHO Brief Intervention Study Group. *Am J Public Health* 1996;86:948-55.
30. Nilssen O. The Tromso study : identification of and a controlled intervention on a population of early-stage risk drinkers. *Prev Med* 1991;20:518-28.
31. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997;12:274-83.
32. Fleming M, Mundt M, French M, Manwell L, Stauffacher E, Barry K. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000;38:7-18.
33. Gomel MK, Wutzke SE, Hardcastle DM, Lapsley H, Reznik RB. Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Soc Sci Med* 1998;47:203-11.
34. Wutzke SE, Shiell A, Gomel MK, Conigrave KM. Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Soc Sci Med* 2001;52:863-70.
35. Heather N. The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption : the British experience. *Addict Behav* 1996;21:857-68.