Évolutions
RÉSULTATS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES EN PRÉVENTION ET EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ
N° 14 - Mai 2008

Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail

Premiers résultats de l'étude EIST

Philippe MICHAUD, médecin addictologue, Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (Ippsa)
Véronique KUNZ, alcoologue, médecin du travail
Gérald DEMORTIÈRE, médecin du travail, AMETIF, SMTOIF
Agnès CARRÉ, Sylvie LANCRENON, biostatisticiennes, Sylia-Stat
Colette MÉNARD, Pierre ARWIDSON, Direction des affaires scientifiques, Inpes

Résumé

Contexte
Les interventions brèves (IB) sont très efficaces pour diminuer le fardeau sanitaire lié à l'alcool, mais aucune étude n'a évalué jusqu'à ce jour leur efficacité en santé au travail.

Méthode
EIST est une étude randomisée contrôlée réalisée auprès de salariés suivis en santé au travail. Le repérage du mésusage d'alcool a été réalisé avec l'Audit en salle d'attente. L'inclusion a été proposée aux salariés ayant un score entre 6 et 12 pour les femmes, 7 et 12 pour les hommes. Après randomisation, les IB ont été réalisées par les médecins du travail (MT). Dans le groupe contrôle, l'assistante du MT se limitait à la remise d'un livret. L'évolution a été évaluée douze mois après inclusion.

Résultats
33 488 salariés ont été invités à remplir l'Audit. Un mésusage sans dépendance a été repéré chez 7,1 %. L'échantillon analysé comporte 787 personnes, dont 435 ont été revues à un an ; dans le groupe contrôle 44,8 % étaient selon l'Audit sorties du mésusage, et 51,6 % dans le groupe IB (p=0,15). Dans le groupe IB on constate une réduction plus marquée des scores Audit (p=0,0088) et des consommations (p=0,038). Les facteurs prédictifs de succès dans le groupe IB sont : être plus jeune, être une femme, ne pas présenter de critères DSM-IV de dépendance, et avoir reçu un ou deux livrets d'information lors de l'IB.

Discussion
Les IB sont efficaces en santé au travail, comparées avec une information écrite, qui a elle-même une influence sur les consommations. Les femmes et les plus jeunes répondent mieux aux IB.

Mots-clés : alcool, prévention, Audit, interventions brèves, santé au travail, étude randomisée contrôlée, facteurs prédictifs, efficacité.

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
inpes
www.inpes.sante.fr

INTRODUCTION

Les interventions brèves visant la réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs non dépendants sont aujourd'hui recommandées par les autorités sanitaires internationales et nationales dans de nombreux pays, car elles sont un moyen extrêmement efficace et coût-efficace de diminuer le fardeau sanitaire dû à l'alcool. Elles ont d'abord été développées pour être réalisées dans les lieux de soins primaires sous l'impulsion de l'OMS [1]. En France, ceci a nécessité la validation de l'Audit en français [2], puis la création du questionnaire d'entretien en 5 questions Face [3]. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a créé et mis gratuitement à la disposition des médecins généralistes deux livrets pour renforcer le contenu oral des interventions brèves [4].

À la demande d'une société savante de médecine du travail (la SMTOIF), qui avait déjà réalisé la première utilisation française de l'Audit [5], un groupe pilote de médecins a été formé au RPIB. Les résultats d'une étude initiale de l'impact de cette formation ont suscité le projet d'une étude randomisée contrôlée d'efficacité des IB en santé au travail.

En effet les avantages de donner aux médecins du travail (MT) un rôle comparable aux médecins généralistes (MG) pour le RPIB sont nombreux :

- 20 % des Français n'ont pas vu leur médecin généraliste dans l'année ;
- la population salariée est plus jeune que la clientèle des MG ;
- 28 % des 18 millions de salariés français qui sont suivis par leur MT ne voient que ce médecin dans l'année [6].

Quoiqu'il y ait peu de raisons de douter *a priori* de l'efficacité des IB en santé au travail, il n'existe pas non plus jusqu'à présent de preuve que cette pratique soit transposable des soins primaires à la médecine professionnelle. Il faut aussi prendre en compte les interrogations

sur la légitimité et la faisabilité de cette démarche. Enfin, bien que la littérature internationale apporte une preuve abondante de l'efficacité des IB, la conviction de leur nécessaire diffusion est loin d'être acquise dans le monde médical français.

Ceci a conduit à proposer la réalisation d'une étude d'efficacité des IB en santé au travail (EIST). Cette étude donnait l'occasion d'aborder la question des facteurs prédictifs d'une réponse favorable à l'intervention brève, peu traitée jusqu'à présent dans les études internationales. Elle a été précédée d'une étude de faisabilité dont les résultats ont fait l'objet d'une publication dans la collection « Évolutions » en avril 2006.

MÉTHODOLOGIE

EIST est une étude longitudinale randomisée contrôlée. Les médecins ont été formés en une journée au repérage, à l'intervention brève, ainsi qu'au protocole de l'étude. Leurs assistantes ont été formées avec eux au repérage et au protocole sur une demi-journée.

L'échantillon patients a été constitué sur les critères d'inclusion suivants :

- être un salarié convoqué pour une visite obligatoire pendant les trois mois de la période d'inclusion ;
- avoir rempli un questionnaire de repérage Audit et présentant un score classant dans la catégorie « usage nocif sans dépendance » (de 6 ou 7, selon le sexe, à 12, bornes incluses, conformément à l'étude de validation de la version française de l'Audit) ;
- accepter d'être inclus(e) dans l'étude, ce qui impliquait une visite à un an, une prise de sang à l'inclusion et à la visite d'évaluation.

L'inclusion était rejetée si au moins un des critères suivants était présent :

- avoir moins de 18 ans ;
- être dans une instabilité professionnelle ne permettant la visite finale d'évaluation : retraite, fin de contrat ou congé prolongé prévus ;
- consulter pour une visite de reprise du travail ou toute autre visite occasionnelle, notamment celles sur l'initiative du salarié ;
- ne pas parler, comprendre ou lire le français ;
- travailler sur un poste de sécurité pour lequel la consommation dangereuse d'alcool pourrait être un motif d'inaptitude ;
- présenter une maladie somatique ou psychique sévère ;
- refuser de participer.

L'assistante proposait le remplissage de l'Audit en salle d'attente à tout salarié arrivant à la consultation. C'est elle qui calculait le score, vérifiait les critères d'inclusion et d'exclusion, recueillait le consentement et procédait à la randomisation. Dans le groupe contrôle, elle remettait sans commentaire un document d'information et de conseil pour la réduction du risque alcool édité par l'Inpes et destiné au grand public.

Dans le groupe « traité », l'assistante remettait le questionnaire de repérage au salarié pour transmission au médecin du travail ; celui-ci délivrait au cours de sa consultation une intervention brève réalisée selon les modalités mises au point par « Boire moins c'est mieux » et inspiré d'un modèle OMS (encadré). Après chaque intervention, le médecin du travail devait décrire *a posteriori* le contenu de l'IB réalisée et sa durée, puis coter de 0 à 10 l'accueil de son intervention, le niveau de motivation, et son pronostic sur l'évolution.

Dans les deux groupes une mesure de la GGT et du VGM était prescrite ou si possible réalisée sur place.

Contenu habituel d'une intervention brève alcool dans cette recherche

« Check-list »

1. Restituer le score Audit et sa signification
2. Informer sur le verre standard
3. Informer sur le risque alcool
4. Demander au patient ce qu'il pourrait tirer comme avantage d'une baisse de sa consommation
5. Résumer la première phase de l'entretien
6. Proposer des objectifs et poser une question-clé
7. Donner le menu des méthodes en option pour réduire sa consommation
8. Proposer un livret *Pour faire le point* et/ou *Pour réduire sa consommation*
9. Proposer un rendez-vous d'évaluation

Durée habituelle : dix minutes

L'évolution était jugée dans les deux groupes à douze mois de l'inclusion, avec un nouveau recueil de données par l'assistant de recherche clinique (ARC) et le médecin du travail, utilisant un autoquestionnaire (incluant l'Audit), un entretien alcoologique structuré et quantitatif avec l'ARC, des données médicales et administratives fournies par le médecin du travail et de nouveaux VGM et GGT. Le questionnaire clinique comprenait notamment des données sur les éventuels facteurs prédictifs d'une réponse à l'intervention brève. Parmi les hypothèses testées figuraient la place d'une dépendance modérée (moins de trois critères DSM-IV) ou non détectée par l'Audit, l'âge, le sexe, le revenu, le niveau éducatif. Pour le groupe intervention brève, qui a fait l'objet d'une analyse séparée, le déroulement de l'IB tel que décrit par le médecin sur le compte rendu de son intervention devait être inclus dans le modèle explicatif.

La comparaison entre groupes devait être faite sur les critères de jugement suivants : score Audit, évolution de ce score et de la consommation déclarée d'alcool et dosages biologiques. Le critère de jugement définissant le succès est un score final à l'Audit en dessous des seuils de risque. L'analyse

des facteurs associés au succès a été faite dans les deux groupes réunis, l'analyse des facteurs prédictifs de réponse à l'intervention dans chacun des deux groupes, en analyse univariée puis en régression logistique.

RÉSULTATS

Quinze centres, 147 médecins et 157 assistantes ont participé à l'étude. Leur participation a duré en tout treize semaines. Pendant ces trois mois, 33 488 salariés ont été sollicités pour remplir un questionnaire Audit ; 32 591 Audit ont été recueillis, et 31 148 ont pu être exploités (56,7 % d'hommes). L'âge moyen est de 37,7 ans (± 11,2). Les salariés travaillant en Île-de-France représentent 39,8 % de l'échantillon total.

Le **tableau I** décrit les situations alcoologiques des salariés selon l'Audit. Le score moyen est de 1,75 chez les femmes et de 3,45 chez les hommes ($p<10^{-4}$). Nous n'avons pas trouvé de lien entre classes d'âge et niveaux de risque. Le lieu géographique influence la fréquence relative des situations vis-à-vis de l'alcool, avec un taux d'abstinents déclarés qui varie de 10,4 % à 29,9 %, et un taux des supposés « dépendants » (avec un score Audit supérieur à 12) qui varie de 0,2 % à 1,4 %. La fréquence des scores dits « à risque » varie quant à elle de 5,5 % à 9,6 % selon les régions.

Sur les 2 226 salariés présentant selon l'Audit une consommation à risque, 787 ont été inclus de façon appropriée et retenus pour l'analyse. Le *sex ratio* est plus en faveur des hommes parmi les personnes incluses que dans l'échantillon total (77,9 % des inclus contre 56,7 % dans l'échantillon total). La randomisation a constitué un premier groupe de 397 salariés ne recevant que le livret de *self-help* et un deuxième groupe de 390 salariés recevant l'intervention brève délivrée par le médecin du travail. Les deux groupes étaient identiques pour le *sex ratio* (21,4 % contre 22,8 % ; p=0,63), l'âge (38 ans contre 37,2 ; p=0,29), les motifs de consultation (p=0,63), le score Audit à l'inclusion (8,3 contre 8,2 ; p=0,55), la fréquence des GGT élevées (23,5 % contre 19,1 % ; p=0,28) ou des VGM élevés (1,9 % contre 2,9 ; p=0,50).

Tableau 1. Répartition des niveaux de risque

Niveau de risque	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	n	%	n	%	n	%
Abstinents	2663	15,1	3409	25,3	6072	19,5
Faible risque	12916	73,1	9648	71,6	22564	72,4
Risque (femme 6-12) (homme 7-12)	1833	10,4	393	2,9	2226	7,1
Dépendance (>12)	259	1,5	27	0,2	286	0,9
Total	17671	100,0	13477	100,0	31148	100,0

Les points abordés lors des IB sont présentés **figure 1**. La durée moyenne de l'intervention brève a été de 8,9 minutes. L'accueil de l'intervention et la motivation du patient après intervention ont été évalués par le médecin respectivement à 8,13/10 et 6,44/10. Le pronostic qu'il porte sur ses chances de succès est en moyenne de 6,38/10.

Résultats à un an

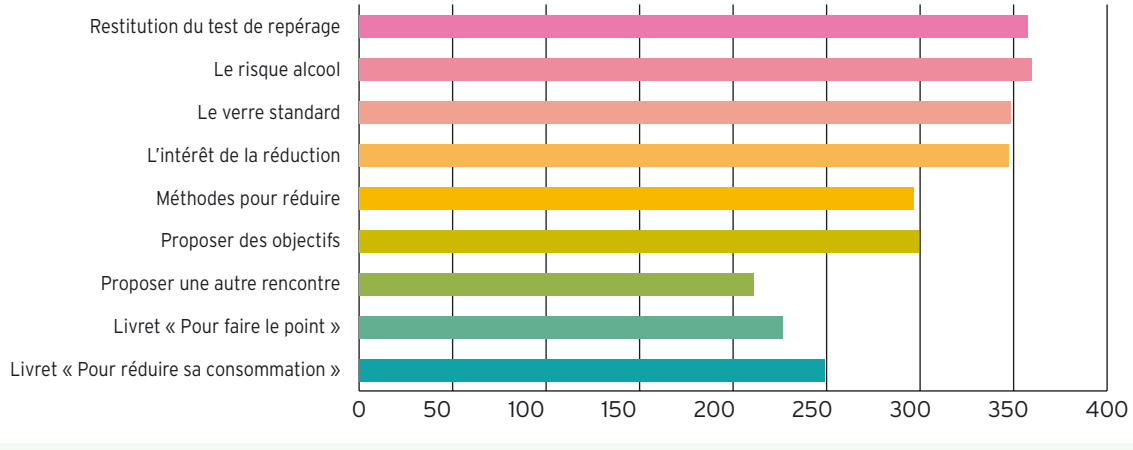
Trois cent cinquante-quatre salariés inclus ne se sont pas présentés au rendez-vous d'évaluation à un an (44,7 %). La mobilité géographique et/ou professionnelle est la cause de l'absence de 122 personnes (34,5 % des perdus de vue), le refus de l'employeur explique 23,1 % des absences et l'incapacité de se déplacer 9,3 %. Pour un tiers des perdus de vue nous n'avons pas obtenu d'explication. La phase d'évaluation porte ainsi sur 435 dossiers.

On ne retrouve pas de différence entre les salariés du groupe « livret » et ceux du groupe « intervention brève » pour l'âge, le sexe, le statut marital, la présence d'enfants et le nombre moyen d'enfants au foyer, le niveau scolaire, le niveau de ressources, les consommations de café et de tabac, l'activité sportive.

Évaluation addictologique

Les critères de dépendance et d'abus ont été évalués par l'assistant de recherche clinique à partir des critères DSM-IV. Parmi les personnes incluses et revues à un an 14 % présentaient ou avaient présenté une dépendance à l'alcool, sans différence entre les groupes.

Figure 1. Points de cheklist traités pendant l'intervention (N=364)



Toutes les données alcoologiques portant sur la période de l'inclusion sont identiques dans les deux groupes : modalités de consommation et consommation déclarée moyenne (195 g par semaine chez les témoins contre 199 g/sem. dans le groupe intervention ; p=0,19). La consommation de substances illicites concerne 11 % des répondants pour l'usage actuel de cannabis, 24,9 % pour l'usage passé ; moins de 1 % pour l'usage actuel de l'ensemble des autres drogues, y compris les médicaments détournés de leur usage ou les opiacés prescrits. Il n'y a pas de différences entre les deux groupes.

Résultats un an après interventions sur la consommation d'alcool

Selon le critère retenu pour définir le succès, 107 des 207 patients revus à un an dans le groupe « intervention brève » (51,6 %) et 98 des 219 patients du groupe « livret » (44,8 %) sont des succès. La différence n'est pas significative (p=0,15). Les comparaisons quantitatives montrent cependant des différences marquées entre les deux groupes : la diminution de la consommation déclarée d'alcool un an après l'inclusion est significativement supérieure dans le groupe intervention brève (– 60 grammes par semaine dans le groupe IB, contre – 44 g/sem. ; p=0,038). L'Audit à un an est en moyenne inférieur dans le groupe intervention (6,59 contre 7,55 ; p=0,01), sa réduction entre inclusion et évaluation finale également (– 1,51 contre – 0,71 ; p=0,009). On retrouve ces différences dans les analyses par sexe, mais elles ne sont statistiquement significatives que chez les hommes. Les tests biologiques finaux ni leurs évolutions ne montrent de différences significatives entre groupes.

Facteurs associés aux succès de l'intervention

Pour les résultats qui suivent nous avons comparé, parmi les personnes ayant bénéficié de l'une ou l'autre des interventions, deux nouveaux groupes, les « succès » et les « échecs », définis comme ci-dessus.

La GGT et le VGM lors de l'évaluation finale sont plus et plus souvent perturbés dans le groupe échec que dans le groupe succès. Cette différence est non significative pour la GGT (p=0,14). Elle est significative pour le VGM (effectif 274 patients, VGM moyen 90,4 μ^3 dans le groupe succès contre 91,7 μ^3 dans le groupe échec ; p=0,018).

La pression artérielle est plus basse dans le groupe succès, de façon très significative pour la diastolique (74,6 contre 77,1 mmHg ; p=0,0053).

De façon parallèle, l'état de santé ressenti au moment de l'évaluation finale (et coté de 0 à 10) est meilleur s'il s'est produit une réduction de la consommation d'alcool (7,90 contre 7,46 ; p=0,0004). Le score global de l'échelle HAD d'anxiété et de dépression est inférieur dans le groupe succès (9,42 contre 10,82 ; p=0,03) ; il en est de même pour sa dimension dépression (2,83 contre 3,78 ; p=0,002).

Certaines modalités de boire sont significativement liées à l'appartenance au groupe « succès » : boire seul (p=0,014), boire à table au déjeuner (p=0,036) ou au dîner (p=0,011). Ce n'est pas le cas pour d'autres : boire à l'apéritif (p=0,096) et boire en fête, en boîte (p=0,074) pendant le travail, après le travail, avec son conjoint, avec des amis ou de la famille. Il en est de même pour la présence d'un ou plusieurs critères DSM-IV de dépendance : la perte de contrôle de la quantité bue ($p<10^{-4}$), les échecs de tentative de contrôle (p=0,0003), la poursuite de la consommation malgré dommages ($p<10^{-4}$), le temps passé à consommer ou à récupérer (p=0,0134). L'existence d'une dépendance (3 critères ou plus) est très liée à l'échec des interventions (p=0,0007).

Facteurs prédictifs d'une réponse favorable à l'intervention brève

Une analyse univariée a été préalablement menée, qui a montré l'absence de lien du succès de l'intervention brève avec de nombreux critères candidats pour jouer le rôle de critères prédictifs de succès. Parmi ceux-ci figurent les caractéristiques du travail, certains des critères alcoologiques disponibles (questions de l'Audit, critères DSM-IV de dépendance, modalités d'alcoolisation) et la durée de l'intervention. Eu égard au fait que pour l'analyse en régression logistique l'ensemble des données doit être présent dans chacun des dossiers, l'effectif pour l'analyse est de 129 patients.

La sélection pas à pas des critères prédictifs de réponse à l'intervention brève menée par le médecin du travail a mis en évidence cinq facteurs : deux sont des critères sociodémographiques, l'âge et le sexe, deux sont issus des critères alcoologiques de dépendance DSM-IV (la difficulté de contrôler la quantité d'alcool consommé et le temps passé à consommer ou à récupérer) ; le dernier est lié à la réalisation de

Tableau 2. Odds Ratios des différents facteurs prédictifs

Critère	Référence	Rang (p)	Effet	OR estimé	Intervalle de confiance 95 %	
Remise des deux livrets	Pas de livret donné	1 (0,004)	positif	9,98	2,53	39,42
Remise du livret *Pour réduire*				5,58	1,10	28,44
Remise livret *Faire le point*				10,02	1,34	74,72
3e critère DSM présent	absent	2 (0,005)	négatif	0,24	0,09	0,60
6e critère DSM présent	absent	3 (0,014)	négatif	0,09	0,01	0,57
Âge : un an de plus	1 an de moins	4 (0,021)	négatif	0,93	0,89	0,97
Sexe masculin	féminin	5 (0,046)	négatif	0,27	0,09	0,82

l'intervention elle-même : la remise d'un ou deux livrets d'accompagnement. Le « poids » de chacun de ces facteurs est indiqué dans le **tableau II**.

DISCUSSION

Les refus du questionnaire Audit par les salariés sont extrêmement rares : 1,8 % des consultants n'ont pas rendu l'Audit, dont moins de la moitié par rejet de la démarche. Cette étude confirme donc le caractère adapté de l'Audit pour le repérage des consommations dangereuses d'alcool en santé au travail. On confirme également les très médiocres résultats des tests biologiques, perturbés parmi les inclus dans 21,3 % des cas pour la GGT et 2,4 % pour le VGM : ces tests biologiques étaient normaux pour les trois quarts des personnes détectées par l'Audit.

L'étude a permis de confirmer à plus grande échelle les conclusions de l'enquête de faisabilité sur les dimensions respectives du mésusage sans dépendance et de l'alcoolodépendance dans la population des salariés consultant en médecine du travail.

Le caractère non strictement représentatif de l'échantillon (du fait de la surreprésentation de l'Île-de-France) ne provoque pas de biais dans les résultats sur l'efficacité ni sur les facteurs prédictifs. Le nombre de femmes incluses dans l'échantillon est faible du fait de la plus grande rareté du mésusage chez les femmes, mais l'analyse finale en régression logistique sur les facteurs prédictifs a cependant permis de montrer l'efficacité supérieure de l'IB chez les femmes.

La qualité des IB n'a pas été vérifiée par enregistrement, mais les comptes rendus qui en ont été faits par les médecins eux-mêmes montrent un taux de réalisation de la « check-list » très élevé : dans 40 % des cas, le médecin annonce qu'il a réalisé tous les points qui constituent l'IB. « Offrir la possibilité d'un deuxième rendez-vous » est le point le plus souvent non réalisé (un tiers des cas). Un livret (ou les deux) est délivré dans plus de 80 % des cas. L'accueil a été jugé « bon » à « très bon » dans l'immense majorité des cas.

Pour répondre à la question d'un possible biais lié au taux de perdus de vue plus élevé qu'attendu, nous avons examiné la répartition des perdus de vue entre les deux groupes IB et livret (même taux), et comparé l'ensemble des caractéristiques indépendantes de la consommation d'alcool. Nous avons constaté que les deux groupes finaux (209 patients « IB » et 217 patients « livret ») sont identiques pour l'ensemble des données socio-démographiques et professionnelles : ces absences ont réduit la puissance statistique mais n'ont vraisemblablement pas introduit de biais dans les deux groupes « intervention » et « livret ».

Des résultats cohérents

On trouve un taux de succès très élevé dans les deux groupes, y compris chez les salariés qui ont reçu le livret d'information des mains de l'assistante du médecin du travail. Les raisons envisageables de la bonne réponse au livret d'information sont multiples et non exclusives : effets de régression à la moyenne (inévitable), d'entrée dans une étude, de réponse complaisante, d'une intervention non contrôlée de l'assistante, effet enfin du livret lui-même. La sous-déclaration de complaisance et l'effet étude sont vraisemblables, mais non mesurables. L'effet « intervention non contrôlée » est faible d'après les comptes rendus que nous avons collectés dans les services participants. Reste donc l'effet du livret. Une littérature aujourd'hui abondante montre l'influence des outils de *self-help*, notamment lorsqu'ils sont « interactifs » (Internet, livret de réponse automatique à une auto-évaluation). La conception des livrets de l'Inpes, fondée sur l'auto-évaluation, assure *a minima* cette interactivité. Nous avions choisi, pour des raisons éthiques, de comparer l'IB délivrée par le médecin du travail à une intervention minimale et non à l'absence d'intervention. Nos résultats sont en faveur d'un effet non négligeable de cette intervention minimale.

De ce fait, l'efficacité additionnelle de l'IB n'aura pas été établie sur la base de notre critère de jugement en deux classes succès/échec. Par contre, plusieurs critères de jugement secondaires, quantitatifs, étaient prévus au protocole. Ils ont montré des différences significatives, voire très significatives, ce qui permet donc d'affirmer que l'IB délivrée par le médecin du travail est plus efficace que la remise d'un livret d'information.

L'influence de la consommation d'alcool sur l'état de santé ressenti ou sur des données objectives comme la pression artérielle (PA) est connue. Nous avons montré que la PA et le VGM sont plus bas dans le groupe succès que dans le groupe échec et que l'état de santé ressenti est meilleur dans le groupe succès. On vérifie ici que la baisse de la consommation s'associe à l'amendement des facteurs de risque et potentiellement des dommages.

Les trois éléments de l'analyse des facteurs prédictifs de réponse favorable à l'IB sont à nos yeux importants :

- la réponse plus favorable des jeunes et des femmes à l'intervention permet d'apporter de nouveaux arguments en faveur d'une activité de repérage qui n'exclut pas ces catégories, que les médecins se représentent souvent comme indemnes de problèmes d'alcool (pour les femmes) ou rétifs aux conseils (pour les jeunes) ;
- les livrets qui renforcent les IB sont-ils actifs, ou leur délivrance est-elle le signe d'une IB qui s'est bien déroulée ? Il est vraisemblable que les deux explications sont acceptables et se recoupent. En tout cas, la place du support écrit dans les interventions, et l'approche motivationnelle qui doit inspirer tant l'intervention orale que l'écrit, se trouvent renforcées par nos résultats ;
- la dépendance est un phénomène d'apparition graduelle, et il va de soi qu'une réponse nulle ou insuffisante à l'IB peut être liée à une dépendance avérée, ou plus souvent débutante (dont elle peut témoigner).

CONCLUSION

L'ensemble de ces informations forme un tout cohérent qui permet d'envisager une reproductibilité très forte des dispositifs comparés dans l'ensemble des services de santé au travail :

- l'Audit est un outil facile et acceptable ;
- le repérage permet de conseiller les 6 à 10 % de salariés qui ont une consommation d'alcool à risque ;
- les outils de *self-help* sont fondamentaux, qu'ils soient délivrés de façon systématique aux consommateurs à risque par l'assistante ou au cours de la consultation où le médecin du travail réalise une IB ;
- les outils de l'Inpes réalisés pour le grand public ou pour les médecins généralistes ont semblé convenir parfaitement aux besoins pour l'étude et au-delà ;
- les effets des IB sont supérieurs à ceux des livrets, et l'IB est particulièrement active chez les jeunes et chez les femmes ;
- avec la consommation, c'est bien le risque qui se réduit, comme on le mesure avec les données biologiques, la réduction de la PA et de la dépressivité, ce dont on peut attendre une réduction des dommages.

EIST, première étude randomisée contrôlée sur l'efficacité des IB auprès des consommateurs excessifs d'alcool d'une population générale vue en santé au travail, a fait la démonstration de cette efficacité, comme elle donne aussi des arguments convergents en faveur de l'utilisation de livrets de *self-help*. Réalisée grâce à une collaboration de dix ans entre addictologues et MT, elle ouvre un nouveau champ d'activité pour la prévention en santé au travail.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] **Heather N.** *Development of Country-wide Strategies for implementing Early Identification ans Brief Intervention in Primary Heath Care*. Report on Phase IV. Available at : www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf

[2] **Gache P., Michaud P., Landry U., Accietto C., Arfaoui S., Olivier Wenger. *et al.*** *The alcohol use disorder identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care : reliability and validity of a French version*. Alcoholism : Clinical and experimental research 2005;29(11):2001-7.

[3] **Dewost A.V., Michaud P., Arfaoui S., Gache P., Lancrenon S.** *Fast Alcohol Consumption Evaluation : a screening instrument adapted for French general practitioners*. Alcoholism : Clinical and experimental research 2006;30(11):1-7.

[4] **Inpes.** *Alcool, ouvrons le dialogue : Pour faire le point et Pour réduire sa consommation*. Vanves : Inpes, 2002. 15 p. Available at : www.cfes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/474.pdf

[5] **Demortière G., Pessione F., Batel P.** *Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail, dépistage par l'utilisation d'autoquestionnaires : intérêt, faisabilité, limites*. Documents pour le médecin du travail, INRS, Paris, 2001, 193-200.

[6] **Fouriaud C., Jacquinet-Salord M.C., Mahé I., Ravelonanosy M.J., Lang T.** *Occupational medicine and general prevention*. Results of an epidemiological survey among 8 203 workers. Archives des maladies professionnelles, 1991;52(5):333-7.

REMERCIEMENTS

Le présent document résume les résultats soumis à publication par les mêmes auteurs dans la revue *Addiction*. L'étude EIST a été réalisée dans le cadre du programme « Boire moins c'est mieux », porté par l'Anpaa jusqu'en 2006. Elle a été financée par l'Inpes, la Direction générale de la santé, et la Société de médecine du travail de l'ouest de l'Île-de-France (SMTOIF), que nous remercions particulièrement. Nous remercions également les MT et les assistantes, qui ont contribué à la réalisation de l'étude, Virginie Dorvault, documentaliste et le Dr Dorothée Lécallier, de l'Ippsa, pour l'aide à la réalisation de cet article.

Summary

Background
Brief interventions (BIs) are very efficient to diminish alcohol-related harm. To date, no evaluation of their efficiency has been achieved in occupational medicine.

Method
A randomised controlled trial was carried out among employees consulting their occupational doctors. Audit in the waiting room was the screening method. The patients were eligible if their scores were [6-12] for women and [7-12] for men. After randomisation, BIs were performed by the doctors, the control group receiving information booklets given by their assistants. Situations were evaluated 12 months after inclusion.

Results
33,488 persons were invited to fill in Audit. Hazardous drinking without dependence was found in 7.1%. The analysed sample included 787 persons among whom 435 were met again 12 months later ; in the control group 44.8% reduced their Audit score under hazardous drinking thresholds, and 51.6% in the BI group (p=0.15). In the BI group we noted a higher reduction in Audit scores (p=0.0088) and in reported consumptions (p=0.038). The predicting factors of success in the BI group are : being younger, being a woman, no DSM-IV criteria of dependence, and having received one or two information booklets during the BI.

Comments
BIs are efficient in occupational medicine, in comparison with written information, which seems also to influence drinking behaviours. Women, youths respond better.

Key-words : alcohol, prevention, Audit, brief interventions, occupational medicine, randomised controlled study, predicting factors, efficiency.

135-08545-DE

Édition : Inpes
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex (France)
Tél. : 01 49 33 22 22

Directeur de la publication : Philippe Lamoureux
Maquette : Olivier Mayer
Réalisation : Parimage
Dépôt légal : mai 2008
ISSN : 1950-9480
Retrouvez "Évolutions" sur notre site internet :
www.inpes.sante.fr/evolutions/

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
inpes
www.inpes.sante.fr