

questionnements du spécialiste, il choisit de continuer, de stabiliser, de ralentir, ou de cesser sa consommation, ce qu'il peut encore faire dans la mesure où il n'est pas dépendant.

C'est donc aussi un travail sur la motivation que suscite l'intervention précoce. Là encore, la démarche s'avère active voire incitative, dans la mesure où la dépendance ne lui oppose pas encore un frein. Il est encore temps, et c'est là une des qualités de l'intervention précoce, de déclencher un processus de diminution et/ou d'arrêt de la consommation qui ne soit pas empêché par les souffrances de la dépendance physique ou psychique.

L'obstacle que constitue la dépendance, en ce qu'elle contraint le sujet à persister dans un comportement d'usage, n'est pas encore érigé en un symptôme auquel le sujet tient et dont il serait psychiquement trop coûteux

de se défaire. Cette moindre prégnance de la magie chimique rend moins inaccessible l'idée d'y renoncer.

Conclusion

L'intervention précoce se situe donc entre la prévention et le soin.

Parce qu'elle est destinée à ceux qui usent de substances psychoactives sans en être dépendants, elle n'est plus tout à fait de la prévention (c'est trop tard), mais elle n'est pas encore du soin (c'est trop tôt).

Parce qu'elle est située à la croisée des chemins de ces deux registres (auquel il faut ajouter la réduction des risques) et y puise son efficacité, elle nécessite une posture particulière qui combine discours et attitudes préventives (information, travail sur les représentations, mobilisation de relais et de référents...), incitation au

Le repérage précoce de l'alcoolisation excessive et les interventions brèves

L'abus d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France, avec 45 000 décès annuels. Pendant très longtemps, les pouvoirs publics et les professionnels ne se sont préoccupés en priorité que des patients alcoolo-dépendants, au détriment des consommateurs à risque non dépendants, pourtant beaucoup plus nombreux et plus concernés par la surmortalité prématurée. La consommation à faible risque est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme :

- pas plus de 21 verres/semaine pour les hommes et pas plus de 14 verres/semaine pour les femmes ;
- pas plus de 4 verres par occasion ;
- pas d'alcool dans certaines circonstances (grossesse, conduite automobile, métiers ou sports dangereux, certaines pathologies, prise de certains médicaments) ;
- un jour sans alcool/semaine.

Au-dessus de ces seuils, on parle de consommation à risque quand il n'y a pas de symptôme, de consommation nocive quand il y a un ou plusieurs symptômes sans alcoolo-dépendance.

Le repérage précoce de l'alcoo-

lisation excessive peut se faire à partir de la consommation déclarée d'alcool et/ou de questionnaires validés tels l'Audit (*Alcohol Use Disorders Identification Test*, dix questions) et le Face (Formule pour apprécier la consommation en entretien, cinq questions). Si une consommation à risque/nocive est repérée, le soignant peut alors assurer une intervention brève. Celle-ci est destinée à aider le consommateur excessif – donc non dépendant – à revenir, s'il est volontaire, à une consommation à faible risque (en dessous des seuils de l'OMS). Elle peut être répétée autant que de besoin au cours de l'accompagnement.

Ces interventions brèves ont fait la preuve de leur efficacité — constatée par une baisse moyenne de la consommation d'alcool — à court et à moyen termes (entre 6 mois et 5 ans), à l'étranger comme en France. Ces interventions brèves reposent sur les composantes suivantes : s'adresser aux buveurs excessifs et viser en priorité la réduction de la consommation d'alcool, et non pas l'abstinence ; leur faire percevoir les bonnes raisons et les bénéfices de modifier leur comportement de consommation ; fonder l'attitude sur l'empathie, l'absence

de jugement et sur le respect de la responsabilité du consommateur vis-à-vis de son comportement. Sur un plan économique, les études réalisées font apparaître que le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) présentent un bon rapport coût/efficacité et que leur coût est compensé par les gains potentiels de réduction des coûts médicaux liés à la réduction des dommages alcoolo-induits.

De nombreux soignants peuvent être amenés à rencontrer des consommateurs à risque :

- les médecins généralistes qui voient chaque année en consultation près des trois quarts de la population française. 30 % des personnes qui consultent en médecine de ville ont une consommation d'alcool qui dépasse les niveaux de risques définis par l'OMS. Les patients estiment que les médecins généralistes sont légitimes et compétents pour aborder les problèmes d'alcool,
- les médecins spécialistes (notamment les médecins du travail),
- mais aussi les urgentistes, les infirmiers, les sages-femmes, etc.

Ces soignants sont souvent insuffisamment formés, manquent de temps ou ne connaissent pas

Benoît Fleury
Gastro-entérologue, praticien hospitalier, Elsa, CHU de Bordeaux, vice-président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

changement (évaluation des consommations, travail sur la motivation...) et intentions et disponibilité « soignante » quand cela est nécessaire.

De l'intervention précoce peut émerger la conscience d'un comportement, celle de ses causes et de ses inconvénients, naître le désir d'aller mieux et/ou de se « soigner ».

Là où la prévention s'arrête, l'intervention précoce favorise et fait lien avec l'engagement dans une démarche thérapeutique, qu'elle soit brève ou non. En effet, toutes les consommations ne nécessitent pas une démarche longue. Parfois il suffit de quelques rencontres pour que les consommations diminuent, se stabilisent et/ou s'arrêtent.

D'autres fois, par contre, lorsque la consommation a pour fonction de calmer, d'apaiser une profonde douleur

psychique, plusieurs mois peuvent s'avérer nécessaires pour que le changement s'opère et soit durable. C'est pour cette raison qu'il est important que ces interventions soient faites avec ou en lien avec des soignants à même de relayer les demandes de soins.

Enfin, cette stratégie, développée ici à destination des jeunes consommateurs, peut tout à fait être modélisée pour des publics plus âgés dont les consommations ne sont « que » problématiques et ne donnent pas encore lieu à une dépendance.

L'intervention précoce ne s'adresse donc pas à une tranche d'âges — les jeunes —, mais plutôt à un public dont le mode de consommation (et ce quel que soit le produit) rend possible la réduction des conséquences, l'atténuation des effets néfastes et l'engagement dans une démarche de changement.

l'enjeu majeur que représente ce problème de santé publique.


Ce projet de RPIB est la déclinaison française d'un programme de l'OMS de lutte contre les alcoolisations excessives. Il a été initié en France par l'équipe de « Boire moins, c'est mieux » (BMCM) de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), avec le soutien de l'État, de l'assurance maladie, de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), du conseil régional d'Ile-de-France et d'autres partenaires associatifs comme la Ligue contre le cancer.

Après un premier bilan d'expériences variées dans différentes régions (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Ile-de-France et Rhône-Alpes¹), la Direction générale de la santé a mis en place, en 2006², une stratégie de diffusion nationale du RPIB en matière d'alcool auprès des médecins généralistes, avec un financement spécifique dans

cinq régions volontaires (Aquitaine, Bretagne, Centre, Ile-de-France et Midi-Pyrénées). Les formations des médecins généralistes se font soit en soirée, par un binôme médecin généraliste/alcoologue, soit sous la forme d'une visite au cabinet du médecin généraliste par un médecin addictologue (visite confraternelle – Aquitaine — resapsad@wanadoo.fr), une animatrice de prévention (Bretagne — comite29@anpaa.asso.fr), ou par une déléguée santé prévention (Aquitaine — reseau.agir33@wanadoo.fr). Ces formations peuvent, dans certains cas, entrer dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) avec acquisition de crédits, comme dans le cadre du projet porté par le département EPP-FMC du groupe Huveaux-France³ cofinancé par l'Institut national du cancer et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Des évaluations ont déjà été réalisées par quelques équipes : évaluation de la faisabilité du RPIB chez les médecins généralistes et chez les médecins du travail, évaluation pratique du RPIB chez les médecins généralistes un an après

leur formation (resapsad@wanadoo.fr); évaluation à moyen terme de l'impact des interventions brèves sur la consommation des buveurs excessifs (reseau.agir33@wanadoo.fr et reseau.alcool.savoie@ch-chambery.fr). Par ailleurs, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies a mis en place un registre national, actualisé en continu, des formateurs (www.ofdt.fr/rpib), ainsi qu'une évaluation nationale sur le nombre de médecins généralistes formés, sur les caractéristiques des formations dispensées et sur l'évolution des perceptions « alcool » et des pratiques RPIB des médecins généralistes formés.

Les perspectives comportent la diffusion de cette stratégie auprès d'un maximum de médecins généralistes en France, mais également aux autres médecins, et à tout soignant susceptible de rencontrer des buveurs à risque, ainsi que lors des formations initiales des soignants. Son extension à l'abus d'autres substances psychoactives (tabac, cannabis) est en cours d'expérimentation par certaines équipes, notamment dans le cadre de réseaux de santé en addictologie. 

1. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcdk4.pdf>; <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxmmm3.pdf>.

2. Circulaire n° DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie.

3. <http://www.egora.fr/efmc/epp/rpib/rpibbis.asp>.

