

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
Programme « Boire moins c'est mieux »

Etude EIST
Efficacité de l'Intervention brève en Santé au Travail

Rapport final de l'étude
2004 - 2007

Dr Philippe Michaud, médecin alcoologue
Dr Gérard Demortière, médecin du travail
Dr Véronique Kunz, médecin du travail alcoologue
Gregg Lobban, Samir Toubal, assistants de recherche clinique
Virginie Dorvault, documentaliste

Sylvie Lancrenon, Agnès Carré, biostatisticiennes, Sylia-Stat®

Etude réalisée avec le soutien de la SMTOIF, de l'INPES, de la
Direction générale de la santé, de la MILDT
et de la Mutualité française.

EIST

Efficacité de l'Intervention brève en Santé au Travail

PLAN DU RAPPORT

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE EIST, PROTOCOLE ET ORGANISATION	p 4
○ Contexte : étendre aux médecins du travail la problématique du RPIB	
○ Objectifs de l'étude EIST	
○ Principaux points du protocole de l'étude EIST	
2. DEROULEMENT DE L'ETUDE	p 15
○ La participation des médecins et des assistantes des services de santé au travail	
○ Le flux des inclusions	
○ Les salariés inclus	
○ Les salariés revus à un an et les perdus de vue	
3. RESULTATS STASTITIQUES	p 18
○ L'échantillon des salariés ayant fait l'objet d'un repérage par l'AUDIT	
○ Les salariés inclus	
○ Les salariés revus à un an	
○ Résultat des interventions	
○ Facteurs prédictifs de réponse aux interventions	
4. DISCUSSION	p 52
5. CONCLUSION	p 57
6. REMERCIEMENTS	p 58
7. ANNEXES	p 61
8. BIBLIOGRAPHIE	p 78
9. RESUME	p 81

1. Objectif de l'étude EIST, protocole et organisation

1. 1. Cadre général.

L'étude EIST est un élément déterminant d'un projet général de recherche sur le **repérage et l'intervention brève en santé au travail** (RIB-SAT), visant à évaluer l'intérêt de la pratique du repérage et de l'intervention brève (RPIB) auprès des buveurs excessifs en santé au travail. Il est à la fois une réplique (partielle) en médecine du travail du programme « Boire moins c'est mieux », destiné aux médecins généralistes (MG) et un complément de ce programme visant à apporter les preuves scientifiques de l'intérêt de la démarche de repérage précoce et d'intervention.

Le programme « Boire moins c'est mieux » (BMCM) ¹ s'est formé comme la partie française de l'étude multicentrique de l'OMS dite de « phase IV », visant à étudier les conditions d'une généralisation de la pratique de la prévention secondaire des dommages liés à l'alcool en soin primaire. Elle fait suite à un travail international prolongé qui a permis (en phase I) de valider l'AUDIT comme un outil transculturel de repérage précoce des consommations dangereuses d'alcool ;² (en phase II) de montrer l'efficacité des interventions brèves pour réduire la consommation d'alcool chez les personnes peu ou pas dépendantes ;³ (en phase III) de mettre en lumière les obstacles et les moyens à prendre en compte pour diffuser auprès des professionnels du soin primaire la pratique professionnelle du RPIB.⁴ La phase IV a suivi un protocole rédigé par le Pr. Nick Heather ⁵ qui a été mis en œuvre par les centres participants, au nombre de 15 : Australie, Belgique (2 : Flandres et Wallonie-Bruxelles), Bulgarie, Danemark, Espagne (Catalogne), Finlande, France, Hongrie, Italie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Russie et Suisse (romande). Nick Heather, du centre des études sur l'alcool de l'Université de Newcastle-upon-Tyne, a été le « *technical focal point* » de ce projet, dont la réalisation a conduit à la rédaction d'un rapport final publié par l'OMS en 2006.⁶

En France, le programme « Boire moins c'est mieux »⁵ a été porté jusqu'en décembre 2006 par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). Il a été coordonné par le Dr Philippe Michaud. Les produits principaux du programme « Boire moins c'est mieux » sont la validation française du questionnaire AUDIT,⁷ la création et la validation du questionnaire FACE ^{8,9,10}, la collaboration avec le CFES puis l'INPES pour la création des outils d'intervention destinés au médecin généraliste,¹¹ sur la base de l'étude qualitative menée sur les besoins des médecins généralistes,¹² la comparaison, en faveur du dernier, de l'acceptabilité de l'AUDIT et du FACE en médecine générale,¹³ la démonstration de l'intérêt du marketing téléphonique, de la rémunération des médecins et de l'implication communautaire dans la stratégie de dissémination du RPIB.¹⁴ Il a contribué aux changements de représentation du risque alcool à travers ses publications et ses interventions dans le débat, notamment à la Société française d'alcoologie, dans la presse des médecins généralistes mais aussi dans la grande presse. Il faut rappeler qu'avant la création de ce programme, une seule étude avait été menée en France sur le RPIB, étude réalisée en 1995 et publiée en 2002.¹⁵

Ce programme a pris l'initiative, approuvée par son comité de pilotage institutionnel, de rechercher comment l'application de la démarche de RPIB en santé au travail pouvait être complémentaire de la mobilisation des médecins généralistes, qui était au cœur de la démarche de santé publique proposée par l'OMS. La population salariée est en effet plus jeune que la clientèle des médecins généralistes, et 28 % des 14 millions de salariés qui sont suivis en santé au travail ne voit que cet interlocuteur médical dans l'année.¹⁶ Les précédentes collaborations entre BMCM et des services de médecine du travail, qui ont donné des résultats encourageants, ont servi d'amorce à la problématique ayant conduit à la réalisation de l'étude EIST.

1. 2. Problématique : objectifs généraux du programme RIB-SAT, objectifs opérationnels

Le programme RIB-SAT vise donc à étendre aux médecins du travail de nombreux aspects du programme BMCM :

- (i) il était déjà montré que les médecins du travail sont en capacité de repérer les consommateurs excessifs d'alcool parmi les salariés suivis,¹⁷ qui sont environ 10 % dans cette situation ;¹⁸
- (ii) les outils de repérage validés pour les médecins généralistes [l'AUDIT et le FACE] semblent pertinents pour l'activité de repérage en médecine du travail, d'après une étude qualitative préliminaire, et l'expérience des médecins du travail formés dans le cadre d'un projet mené avec l'ANPAA 95;¹⁹
- (iii) contrairement aux médecins généralistes, les médecins du travail sont habitués à une démarche systématique, ont une légitimité non contestée et ressentie pour la prévention secondaire, et disposent en général d'un(e) aide, secrétaire, infirmière ou autre personnel. L'ensemble offre ainsi les moyens d'une approche systématique du repérage ;
- (iv) les médecins du travail ont peu de « perdus de vue » et sont tenus d'organiser une visite annuelle ou biennale pour chaque salarié sous leur responsabilité ; ils sont donc dans une position idéale pour mesurer l'efficacité des interventions brèves. Par mesure d'économie, ce point (l'efficacité des IB) avait été jugé suffisamment démontré par les études internationales pour n'être pas repris par le programme BMCM. En outre, la recherche de facteurs prédictifs d'une réponse favorable à l'intervention brève a été peu abordée jusqu'à présent dans les études internationales, et cette nouvelle étude permettrait d'intégrer cet objectif dans le corpus de connaissance sur les résultats des interventions brèves.

Le programme RIB-SAT est donc une recherche-action dont les objectifs généraux sont ceux de l'étude de phase IV de l'OMS : (1) adapter le matériel de repérage et d'intervention aux conditions concrètes d'utilisation dans chaque pays ; (2) permettre un recadrage conceptuel, pour remplacer le concept binaire d' « alcoolisme » par celui de risque lié à l'alcool, risque progressif et concernant toute la société ; (3) créer des alliances stratégiques pour la diffusion de pratiques professionnelles nouvelles ; (4) mener à bien des études de démonstration.

Les objectifs opérationnels de ce programme au nombre de quatre :

- Etudier les différentes tactiques de repérage (acteurs, outils, moment) en santé au travail ;
- Adapter la pratique de l'intervention brève (acteurs, contenu, outils complémentaires, moment, méthodes de formation) en santé au travail ;
- Evaluer l'efficacité des interventions brèves en santé au travail ;
- Etudier les conditions de formation des médecins du travail et de leurs assistant(e)s.

Ces quatre points doivent aboutir à des recommandations en direction des médecins du travail, de leurs collaborateurs, des responsables des services de santé au travail, des organismes assurant la formation des médecins du travail, et, *in fine*, d'assurer la dissémination du RPIB en santé au travail.

La méthodologie s'est organisée autour de quatre phases :

- Réunir les acteurs de la recherche ;
- Etude sur les méthodes de repérage ;
- Etude sur l'efficacité des interventions brèves (avec sa phase de faisabilité) ;
- Diffusion et exploitation de l'enquête et de ses résultats pour la mobilisation des professionnels.

Réunir les acteurs de la recherche

Les acteurs de la recherche sont principalement les médecins du travail eux-mêmes, et les référents méthodologiques issus de la faculté, des organismes de prévention, INPES et ANPAA. Les médecins du travail sont apparemment très sensibles à la démarche du RPIB, qui leur semble combler une lacune dans leur pratique professionnelle. Pour valider le protocole de recherche, il était nécessaire d'arriver à un consensus sur les objectifs et les méthodes de l'étude EIST, et de l'étude de faisabilité qui devait la précéder. C'est ce à quoi s'est employé depuis 2003 l'équipe de « BMCM », avec l'aide très active de deux médecins du travail, cosignataires du présent rapport, les docteurs Gérard Demortière et Véronique Kunz. Leurs travaux antérieurs ont déterminé plusieurs équipes à se mobiliser sur la question du risque alcool en entreprise, notamment au sein de la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France (SMTOIF), qui a entrepris de favoriser les formations des médecins du travail membres de la Société à l'alcoologie, puis, pour un groupe pilote, au RPIB.

Résultats des études antérieures

Etude sur les formations et les méthodes de repérage (Demortière¹⁹)

Cette étude qualitative et quantitative a porté principalement sur l'acceptabilité du repérage, et a comparé l'action du médecin du travail utilisant le questionnaire d'entretien FACE, celle de son assistant(e) utilisant le même questionnaire et celle de l'AUDIT en salle d'attente, comme utilisé dans un précédent travail. Dans ce travail, le nombre de salariés ayant bénéficié d'un repérage s'élève à 3417 (en moyenne 126 par médecin) : 1768 avec l'AUDIT (19 refus de répondre, 1 %), 1054 avec les questions du FACE posées par le médecin du travail (2 refus, 0,15 %), 396 avec les questions du FACE posées par l'assistant(e) (19 refus, 5 %). Ont été délivrés 234 interventions brèves, 106 livrets INPES « pour faire le point », 70 livrets INPES « pour réduire sa consommation ». Vingt-trois salariés se sont vus proposer une nouvelle visite de suivi de l'intervention. Vingt-quatre médecins sur 27 se déclarent décidés à poursuivre la pratique du repérage systématique, 17 celle de l'intervention brève. Cette étude préalable a donc permis d'ouvrir la perspective d'une recherche sur l'efficacité de l'intervention brève en santé au travail, car elle avait montré l'acceptabilité globale des méthodes de repérage, et la congruence entre les besoins des médecins du travail et les outils d'intervention créés pour les médecins généralistes.

Etude de faisabilité d'EIST (Kunz²⁰)

Les résultats présentés par l'article de V. Kunz et repris dans la publication de l'INPES²¹ concernent essentiellement les informations portant sur la population étudiée. L'aspect « faisabilité » a cependant été essentielle, et les points ci-dessous en résument la portée.

Les questions posées concernant la faisabilité du protocole initial de l'étude portaient sur plusieurs points :

- faisabilité d'une formation brève (une demi-journée) au repérage, à l'intervention brève et au protocole ;
- acceptabilité du surcroît de travail lié à l'étude du point de vue des assistantes ;
- faisabilité du repérage par AUDIT en salle d'attente ;
- acceptabilité de la biologie ;
- pertinence des outils d'évaluation clinique en fin de période ;
- acceptabilité de la démarche de repérage systématique par les partenaires sociaux et les employeurs ;
- comment assurer la non stigmatisation des salariés participant à l'étude ;
- respect de l'anonymat.

Elle avait surtout pour but d'évaluer le flux d'inclusions, de circonscrire et d'analyser les non-inclusions pour déterminer la longueur prévisible de la période d'inclusion. Le deuxième objectif

était d'améliorer les modalités de formation des médecins du travail pour augmenter la probabilité de succès de l'étude en donnant aux médecins participants les moyens de réaliser au mieux les interventions brèves.

L'étude de faisabilité reprenait de la manière la plus fidèle le protocole de l'étude elle-même, à l'exception de la durée de suivi : 4 mois afin de permettre de raccourcir la durée de l'étude de faisabilité.

Le recrutement des médecins et des services participant à l'étude de faisabilité s'est faite sur sollicitation par le comité opérationnel de l'étude, sur la base initiale de l'annuaire de la Société française d'alcoologie et des médecins du travail qui y étaient identifiés.

Six sites ont été constitués : l'Oise (7 médecins et 9 assistantes) ; Paris et Ouest parisien (10 médecins et 13 assistantes) ; Bordeaux (3 médecins et 5 assistantes) ; Le Havre (3 médecins, 3 assistantes) ; Lille-Arras (8 médecins, 7 assistantes) et Fréjus-Puget (3 médecins du travail participants (mais 12 formés à l'intervention brève), et 3 assistantes). Pour chacun de ces sites était désigné un médecin du travail référent, respectivement les docteurs Kunz, Demortière, Tavart-Aranedert, Taleghani, Duquesne et Lafferairie.

Les médecins du travail participants ont été formés sans frais pour leur institution au repérage de la consommation d'alcool, à l'intervention brève et au protocole de l'étude EIST-f. Toutes les formations ont été assurées sur sites entre décembre 2003 et janvier 2004 par deux formateurs (parmi les suivants : Julie Abesdris, Gérard Demortière, Patrick Fouilland ou Philippe Michaud). La durée de la formation a varié de 2 h 30 à 6 h. Sur tous les sites sauf un (Fréjus), les assistantes ont assisté à la formation et en ont été très satisfaites. Sur Fréjus, les assistantes n'ont eu l'autorisation que de se former en une heure au protocole.

Les formations présentaient le contexte de l'étude, les outils de repérage et d'intervention et les modalités de l'étude et des rôles respectifs des assistantes et des médecins du travail dans sa réalisation, et utilisaient des jeux de rôles pour mettre les médecins du travail en situation de délivrer l'intervention brève.

La mise en pratique de l'étude (recueil des données initiales) a duré deux semaines par médecin participant entre janvier 2004 et mars 2004. Tous les salariés inclus devaient avoir une biologie à l'entrée dans l'étude, réalisée sur place ou prescrite. Quatre mois plus tard, soit de mai 2004 à juin 2004, ont eu lieu les visites des salariés inclus. Ils devaient rencontrer successivement l' « attaché de recherche clinique » et le médecin du travail, afin que ce dernier puisse clore la démarche avec le salarié. En pratique, quatre médecins alcoologues de l'équipe de BMCM ont tenu le rôle de l'ARC (Anne Ghazi, Julie Abesdris, Philippe Michaud et Patrick Fouilland). Chaque salarié présent le jour de sa convocation a été interrogé dans les conditions prévues pour EIST, de façon notamment à évaluer la pertinence et l'acceptabilité du cahier d'observation, et la durée de la rencontre. Le questionnaire d'observation se composait d'un autoquestionnaire à remplir en salle d'attente et d'un guide d'entretien structuré.

L'autoquestionnaire comprenait l'AUDIT, le MAST²² qui explore les dommages liés à l'alcool, le questionnaire de KARASEK²³ qui explore le stress au travail, et le SF 36^{24, 25} qui explore la qualité de vie. L'entretien structuré explorait les antécédents personnels, les pathologies actuelles en rapport ou non avec la consommation d'alcool, les traitements, la consommation d'autres produits dont café, tabac et tous les autres produits psychotropes ; l'activité sportive ; l'environnement familial, social, professionnel ; la relation à l'alcool actuelle et au moment de l'inclusion, l'évolution de la consommation d'alcool, la relation salarié-médecin du travail et l'échelle HAD²⁶ mesurant le niveau d'anxiété et de dépression.

La biologie à 4 mois était vérifiée et de nouveau prescrite si absente. Une intervention brève était réalisée pour les salariés du groupe témoin par le médecin du travail lors de cette deuxième rencontre.

Participation des médecins et des assistantes et ressentis

Trente-quatre médecins du travail étaient inscrits pour participer à l'étude, mais 32 ont participé. Le recrutement a été très inégal par centre (3 à 10 médecins) et les échantillons patients ont été également très inégaux, de 15 à 139 salariés par médecin.

La formation a été jugée trop dense pour le temps imparti et n'a pas donné à tous les moyens de se sentir à l'aise pour réaliser les interventions brèves. Les médecins ne se sont pas sentis surchargés du fait de l'étude. Certains se déclarent désormais plus à l'aise pour parler d'alcool, à la fois avec les consommateurs excessifs et avec les alcoolodépendants.

Trente-huit assistantes ont participé à la réalisation de l'étude de faisabilité. Dans l'ensemble, le questionnaire de repérage (AUDIT) ainsi que les autres outils de l'étude ont été bien compris et utilisés correctement. Dans tous les sites (sauf Fréjus-Puget), les directeurs ont accepté que les assistantes suivent la formation aux côtés des médecins du travail. Cette formation les a sensibilisées à l'intérêt de la prévention secondaire de la consommation excessive d'alcool en santé au travail, au projet de l'étude EIST et à l'importance de leur rôle dans cette étude. En revanche, elles ont unanimement trouvé que la formation au protocole de l'étude avait été trop rapide et se sont parfois senties un peu perdues dans la réalisation du protocole notamment le remplissage des cahiers de bord et la cotation de l'AUDIT. Pour elles, la surcharge de travail occasionnée par l'étude est évidente, car elles supportent l'essentiel des tâches concernant l'ensemble des salariés (distribution et recueil de l'AUDIT, interprétation) et l'ensemble des éligibles (proposition de participation, explication de l'étude, recueil du consentement, randomisation, remise du livret pour les témoins, transmission de l'information au médecin pour les inclus dans le groupe intervention, organisation de la prise de sang pour tous les inclus). Malgré cela, les assistantes se sont senties pour la quasi-totalité d'entre elles investies dans ce travail de prévention, qui leur donnait un rôle actif et changeait leurs habitudes. La gratification des assistantes s'est faite sous la forme d'un chèque-cadeau de 50 € par participante. Elle a été reçue de façon très positive par les assistantes car elle signifiait pour elles la reconnaissance de leur travail.

Du point de vue des employeurs et des salariés, aucune réaction négative n'a été signalée, sauf dans une entreprise de transport où une politique récemment renforcée de l'entreprise au sujet de l'alcool a participé à certaines réticences exprimées par des salariés.

Les déviations au protocole, l'acceptabilité de l'étude

Plusieurs déviations majeures ont été décelées au moment de l'inclusion : oubli du consentement, randomisation avant consentement, non-respect de l'ordre de la randomisation, sélectivité du repérage, inclusion par excès (homme ayant un score à 6). Elles sont dues à l'incomplète assimilation du protocole, elle-même secondaire à l'extrême rapidité de la formation. Dans la période qui a suivi l'inclusion, il y a eu une erreur de convocation à la visite de suivi (un salarié non inclus à la place d'un autre inclus), dont l'origine n'a pas été éclaircie (probable erreur de secrétariat).

Le nombre d'AUDIT remplis par médecin participant varie de 15 à 137. Le nombre de salariés vus sur 15 jours et en situation de remplir l'AUDIT est en moyenne de 65 salariés par médecin et le nombre moyen d'AUDIT effectivement remplis est de 62 par médecin. L'acceptabilité du repérage par l'AUDIT est très bonne puisque sur les 2082 salariés vus par les 32 médecins, il n'y a eu que 103 AUDIT non rendus (4,9 %). Dans 174 cas (8,8 %), l'assistante a aidé au remplissage.

**Tableau 1 : Etude de faisabilité
Causes de non remplissage de l'AUDIT**

Refus/Rejet du questionnaire	29
Incompréhension des consignes	1
Incompréhension d'une ou plusieurs questions	4
Ne parle pas le français	7
Ne lit pas le français	26
Mal voyant ou oubli de lunettes	11
Manque de temps en salle d'attente	4
Autres	7
Non précisé	14
Total	103

**Tableau 2 : motifs d'intervention
des assistantes dans le
remplissage de l'AUDIT**

Incompréhension des consignes	3
Incompréhension d'une ou plusieurs questions	49
Ne lit pas le français	6
Mal voyant ou oubli de lunettes	5
Autres	1
Non déterminé	110
Total	174

Eligibilité et inclusion

On a recueilli 149 AUDIT dans les scores définissant la consommation à risque et l'éligibilité pour l'étude, soit 7,5 % des 1979 AUDIT exploités ou 1 salarié sur 13 environ. Le nombre d'inclusions a été cependant beaucoup plus faible : 46 soit 31 % des éligibles et 2,3 % des AUDIT réalisés. Les refus de participer représentent 60 des non inclusions, ce qui en fait la limite principale du flux d'inclusion. Les exclusions sont au nombre de 37, et donc très inférieur au nombre de refus. Les motifs d'exclusion principaux sont le poste de sécurité (2 fois sur 3) et la prochaine cessation d'activité. Vingt-quatre des 60 refus de participer sont dus au refus de la biologie.

Le nombre de salarié inclus est de 46 soit 31 % des éligibles et 2,3 % des AUDIT réalisés. Pour tous les médecins participants, la moyenne des inclus est de 2,2 % des salariés consultants. L'âge moyen des salariés inclus est de 43 ans (± 11). Il y a 40 hommes soit 86,4 % et 6 femmes soit 13,6 % (l'âge moyen et le sex ratio des patients éligibles sont sensiblement identiques). Le score moyen de l'AUDIT est de 8,5, il est de 6,7 ($\pm 0,5$) pour les femmes et de 8,7 ($\pm 1,85$) pour les hommes.

Sur les 46 salariés inclus, 33 soit 72 % ont réalisé une biologie lors de l'inclusion. Lors de la visite à 4 mois, 26 biologies ont été recueillies soit 56 %. On ne dispose des deux biologies que pour la moitié des inclus. Tous les salariés présents lors de la visite finale (28) avaient procédé à la prise de sang initiale.

Tableau 3 : résultats biologiques

Test	À l'inclusion (N = 33)	A la visite finale (N = 26)
VGM	89,7 (+/- 4,6)	90,6 (+/- 4,1)
GGT	49 (+/- 36)	44,9 (+/- 33)

A l'inclusion, 10 résultats de GGT sont supérieurs à la normale du laboratoire, et 2 VGM supérieurs à 95 (96 et 100). Au total 11 patients sur les 33 avaient une biologie perturbée et 22 n'auraient donc pas été repérés par une stratégie de repérage fondée sur la perturbation de la GGT et/ou du VGM.

Les interventions brèves réalisées

Les médecins participants devaient, lorsqu'ils réalisaient une intervention brève auprès d'un salarié inclus dans le groupe IB, remplir un « compte rendu d'intervention ». Le score moyen de motivation du patient, selon le médecin, était de 7/10 ; l'accueil de l'intervention brève par le

salarié, de 8,4/10 ; et le pronostic, toujours du point de vue du médecin, de 7,2/10. La durée moyenne de l'IB était de 9,5 minutes.

La visite de l'ARC a nécessité un temps relativement long : habituellement de $\frac{3}{4}$ d'heure à 1 heure, comprenant pour le remplissage de l'autoquestionnaire de 10 à 25 mn et pour l'entretien avec l'ARC 20 à 45 mn.

Enseignements tirés pour la réalisation d'EIST

1/ La formation nécessite une journée complète pour médecins du travail, et une demi-journée pour les assistantes.

2/ Il faut une meilleure sélection des médecins participants, grâce à un entretien structuré au téléphone entre l'ARC et les médecins candidats.

3/ Durée de l'enquête : sur la base du taux d'inclusion de l'enquête de faisabilité : 1110 semaines-médecin soit 9 semaines pour 120 médecins participants, ou 8 semaines pour 140 médecins.

4/ Nécessité d'une semaine 'à blanc' pour médecins et assistantes avant la 1^o inclusion, pour se familiariser avec l'ensemble des pratiques (protocole, repérage, IB), sous le contrôle de l'ARC.

Etude sur l'efficacité des interventions brèves

L'étude randomisée contrôlée EIST, dont les résultats font l'objet du présent rapport, est donc l'aboutissement des études préalables citées ci-dessus, mais aussi le point de départ d'une action de longue durée qui vise à former l'ensemble des 7 000 médecins du travail et leurs services à la prise en compte du risque alcool.

Diffusion et exploitation de l'étude et des résultats pour la mobilisation des professionnels

La diffusion des résultats d'EIST devrait favoriser l'intérêt de cette démarche de prévention secondaire tant chez les responsables de la santé publique que dans les services de santé au travail eux-mêmes. Il est notable que l'organisation de cette étude a déjà permis une prise de conscience et une mobilisation valorisable, comme cela a été le cas lors de l'initiative de l'ANPAA en direction du monde du travail.^{27, 28} Le nombre de demande de formations sur ce thème émanant de services de santé au travail ou d'entreprises est rapidement croissant. Cependant, l'impact à long terme sera certainement fonction du sens des résultats et de la qualité méthodologique de l'étude.

Il est à noter que, quoique les travaux de recherche sur les facteurs de risques en santé au travail soient relativement nombreux, la plupart portent sur le tabac, le régime et l'activité physique ; les deux tiers ont été menés aux Etats-Unis.²⁹ Peu d'entre eux répondent aux critères de qualité méthodologiques qu'on doit attendre, les résultats les plus positifs étant plus souvent le fait des études les moins rigoureuses (tableau 1).³⁰

Tableau 4 : Résultats de 35 études de promotion de la santé en entreprises selon la qualité méthodologique

Principe de l'étude	Résultats N (%)		
	Encourageants	Mixtes	Décourageants
Ouverte (Pas de comparaison)	11 (100 %)	0	0
Comparaison avec groupe contrôle non randomisé	9 (56%)	5 (31%)	2 (13%)
Essai randomisé contrôlé	2 (22%)	5 (56 %)	2(22%)

Les résultats de l'étude EIST doivent rendre compte de l'exigence méthodologique qui a été celle de ses promoteurs tout au long de son déroulement.

1.3. Objectifs et méthodologie de l'étude EIST

1.3.1. Objectifs

Objectif principal : L'étude EIST vise à évaluer **l'efficacité d'une intervention brève délivrée par les médecins du travail** en direction des salariés repérés comme présentant un usage nocif d'alcool sans dépendance. Elle la compare à une intervention considérée comme minimale, la délivrance d'un livret d'information sur le risque alcool par l'assistante du médecin du travail, en salle d'attente.

Objectif secondaire : repérer les critères prédictifs de succès d'une telle intervention parmi les caractéristiques cliniques (notamment leurs modes de consommation) et les situations de travail des salariés soumis à l'intervention.

1.3.2.Méthodologie

Il s'agit d'une étude longitudinale, randomisée contrôlée.

Cent vingt à cent cinquante médecins du travail devaient constituer l'échantillon « médecins », à recruter par l'intermédiaire de leurs sociétés professionnelles (médecins du travail têtes de réseau participant au recrutement des médecins pour l'étude). La relative représentativité de cet échantillon est assurée par la diversité géographique et la répartition entre médecins du travail travaillant dans des services 'autonomes' (internes aux grandes entreprises) et inter-entreprises.

Les médecins participants devaient être formés au repérage et à l'intervention brève par le biais de *formateurs médecins du travail* familiers de ces techniques, appuyés par l'équipe de BMCMM (ou travaillant en son sein). Ils devaient également être formés au protocole par les investigateurs principaux et l'assistant(e) de recherche clinique. Ils ne devaient pas être rémunérés personnellement pour leur travail. Les assistantes opérant le repérage devaient être rémunérées de façon forfaitaire. Les critères de recrutement des médecins participants ont repris les conclusions de l'enquête de faisabilité, de façon à n'intégrer que les médecins pouvant effectivement contribuer à un nombre suffisant de repérages par l'AUDIT.

L'échantillon « patients » devait être constitué des salariés des deux sexes fréquentant les consultations de médecine du travail annuelles obligatoires ou consultant pour une visite d'embauche et présentant les critères d'inclusion suivants :

Critères d'inclusion

- Être un(e) salarié(e) consultant en centre fixe pour une visite d'embauche ou une visite annuelle ;
- Avoir rempli un questionnaire de repérage AUDIT et présenter un score classant dans la catégorie « usage nocif sans dépendance » (6/7 selon le sexe à 12 inclus) ;
- Accepter d'être inclus(e) dans l'étude.

Critères d'exclusion

- Être mineur au moment du recueil du consentement ;
- Ne pas être en situation professionnelle compatible avec une évaluation à un an (date prévisible de retraite ou de fin de contrat, congé prolongé en vue) ;
- 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 ;
- Être porteur d'une maladie somatique ou psychique sévère ;
- Refuser de participer.

Il était prévu de recruter huit cents salariés dans l'étude, soit environ 7 salariés par médecin du travail participant. Les groupes intervention et témoin sont de taille égale (400). L'inclusion d'un salarié dans une situation d'usage nocif sans dépendance nécessite la passation de 40 à 80 questionnaires, selon la prévalence de cette situation dans la population suivie par les médecins du travail et le taux d'inclusion constaté dans l'étude de faisabilité. Le recueil de données devait donc s'étaler sur une période de neuf semaines pour chaque centre participant.

Les prises de sang pour la mesure du VGM et le dosage de la GGT, prescrites par le médecin du travail, devaient être exécutées par un laboratoire d'analyse médicale partenaire de l'étude, ou au centre même. Les tests effectués dans les laboratoires privés ont été pris en charge par l'étude.

Repérage

La méthode de repérage utilisée est l'AUDIT en salle d'attente, qui implique la présence attentive et bienveillante d'un(e) assistant(e) du médecin du travail pour recueillir les questionnaires. C'est elle qui devait calculer le score et classer les patients comme éligibles en terme de situation vis-à-vis de l'alcool, selon les seuils issus de la validation française de l'AUDIT.

L'assistante devait aussi assurer la vérification des critères d'inclusion et d'exclusion et le recueil du consentement.

Si le ou la salarié(e) acceptait sa participation, l'assistant(e) du médecin du travail devait procéder à sa randomisation (sur une liste préalablement établie).

Interventions

Dans le groupe contrôle, l'assistant(e) avait pour mission de remettre sans commentaire le document d'information grand public édité par l'INPES et réalisé avec le concours de l'ANPAA (livret bordeaux « Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool ») ; il ou elle expliquait les modalités de la prise de sang.

Dans le groupe « traité », il ou elle remettait le questionnaire de repérage au salarié pour transmission au médecin du travail, lequel devait délivrer au cours de sa consultation une intervention brève réalisée selon les modalités mises au point par « Boire moins c'est mieux »³¹

[check-list en huit points : (i) commenter les résultats du test ; (ii) informer sur les seuils de risque ; (iii) donner le sens du ‘verre standard’ ; (iv) rechercher une motivation au changement ; (v) proposer des méthodes de réduction de la consommation ; (vi) vérifier l’intérêt du patient et l’amener à se choisir des objectifs ; (vii) remettre le livret résumant ces points ; (viii) proposer un rendez-vous pour contrôler la situation à six semaines]. Si ce rendez-vous était accepté, il devait avoir pour contenu la lecture en commun du journal de consommation et une discussion sur le vécu du patient, pouvant reprendre les points de la check-list non assimilés. Si ce rendez-vous était refusé, le médecin du travail avait pour consigne de ne pas insister et de garder une attitude empathique.

Le livret INPES d’information sur l’alcool destiné au grand public devait également être mis à la disposition des personnes non incluses dans l’étude.

Evaluation proposée

Le critère principal de jugement est la réduction de la consommation d’alcool au-dessous des seuils de risque, un an après le repérage de la consommation excessive.

Les salariés devaient être revus un an plus tard dans le cadre de la visite annuelle, avec un nouveau recueil de données par l’ARC et le médecin du travail : autoquestionnaire, entretien alcoologique structuré et dosage biologique.

L’assistant(e) devait convoquer et recevoir le salarié et lui demander de remplir l’AUDIT. L’ARC devait recevoir ensuite la personne et mener l’évaluation clinique finale qui comporte un autoquestionnaire et un entretien structuré et quantitatif (questionnaire de description clinique). Après cette évaluation, c’est au médecin du travail qu’il revenait de commenter le sens des données et les éventuelles évolutions.

Questionnaire

Le questionnaire clinique comprend notamment des données sur les éventuels facteurs prédictifs d’une réponse à l’intervention brève. Il est en effet émis l’hypothèse que l’existence de troubles sanitaires, sociaux, relationnels pouvant être consciemment rattachés à la consommation d’alcool au moment de l’intervention brève favorise l’efficacité de celle-ci. Il semble également que les caractéristiques du médecin peuvent influencer le résultat. Chaque médecin avait à remplir avant sa participation un questionnaire portant sur ses caractéristiques socioprofessionnelles et sur ses représentations. Un nouveau questionnement du médecin participant devait avoir lieu à la fin de l’étude, pour mesurer les évolutions.

Les patients non revus à un an, après échec de la relance après un premier rendez-vous manqué, devaient faire l’objet d’un recueil indirect d’information minimal : vivant ou non, encore dans les effectifs de l’entreprise ou non.

Analyse

La comparaison entre groupes devait être faite sur les critères de jugement principaux : score AUDIT, évolution de la consommation déclarée d’alcool et dosages biologiques. Une différence de résultats entre groupes « témoin » et « intervention » supérieur ou égal à 10 % est considérée comme une preuve d’efficacité supérieure du ***repérage + intervention brève*** par rapport au ***repérage + livret***. Toutes les études menées jusqu’à présent, y compris celle en médecine générale de Huas et coll., montrent un effet important de l’intervention minimale que constitue le seul repérage. Malgré les faibles sensibilités et spécificités des tests biologiques, les comparaisons entre groupes doivent permettre de vérifier les différences éventuellement constatées sur les déclarations.

L'étude des facteurs prédictifs de réponses se fait en comparant les données recueillies auprès des « répondeurs » (personnes passées effectivement sous les seuils de risque un an après l'intervention brève) et des « non répondeurs » (pas de changement ou aggravation). Les caractéristiques du médecin sont également prises en compte. L'analyse multivariée doit permettre de dégager ceux des facteurs prédictifs qui ont le plus de poids dans la réponse. La même analyse est également à conduire dans le groupe témoin.

Conclusion

Pour réaliser cette étude, le programme BMCM a mis en place une organisation reposant sur un médecin coordinateur (le Dr Véronique Kunz, pendant la première phase de l'étude), un comité de pilotage coordonné par le Dr Philippe Michaud, investigateur principal au nom du programme BMCM, et comprenant huit médecins du travail ainsi que Mme Colette Ménard, de l'INPES, et un ARC, M. Gregg Lobban.

Les cahiers d'observation utilisés ont été finalisés, sous le contrôle du comité de pilotage opérationnel, par Véronique Kunz. Ils comprenaient quatre documents (voir annexes) :

- le cahier de bord, tenu par les assistant(e)s des médecins du travail à mesure des passations de questionnaire ; à ce cahier de bord étaient annexés les AUDIT remplis par les salariés ;
- trois documents complémentaires qui constituaient les données à un an, désignés par 'cahier salarié' (autoquestionnaire comprenant l'AUDIT), 'cahier ARC' (visant principalement à caractériser la situation alcoolologique des salariés inclus), et 'cahier médecin', contenant les renseignements sur l'entreprise et sur quelques données cliniques de dossier (poids, taille, TA).

Les données concernant les salariés inclus étaient regroupées dans un dossier des inclusions.

Ce travail a débuté en septembre 2004, pour un recueil de données commençant en novembre 2004 (phase d'inclusion) et s'achevant en septembre 2006 (phase d'évaluation). Le retour des données, leur contrôle et leur saisie se sont opérés entre juin 2006 et décembre 2006. La saisie a été réalisée par la société de biostatistique Sylia-Stat, en deux temps, et s'est achevée en décembre 2006. L'analyse a été réalisée elle aussi par cette société (Mmes Sylvie Lancrenon et Agnès Carré). Le présent rapport livre l'essentiel des résultats primaires.

2. Déroulement de l'étude

2.1 Première phase de l'étude.

L'étude EIST a effectivement commencé en septembre 2004, dans l'immédiate suite de l'analyse de l'étude de faisabilité, sous la responsabilité opérationnelle des Docteurs Véronique Kunz, Gérald Demortière (médecins du travail) Philippe Michaud (réfèrent méthodologique, coordinateur du programme BMCM) et de M. Gregg Lobban, attaché de recherche clinique.

Le plan d'action a consisté à recruter quinze centres collaborateurs, de façon à permettre la participation de 120 médecins du travail. Le cahier des charges pour être élu centre collaborateur était le suivant : au moins cinq médecins participants, un médecin « tête de réseau » en mesure de participer aux réunions du comité de pilotage de l'étude. Les médecins candidats pour participer à l'étude devaient exercer dans des conditions telles qu'ils pourraient, avec la participation de leurs assistantes :

- dégager une journée pour la formation au repérage par l'AUDIT, à l'intervention brève et au protocole de l'étude (une demi-journée pour les assistantes)
- avoir l'agrément du responsable de son centre pour impliquer celui-ci dans l'étude ;
- pouvoir recevoir chaque semaine au moins 30 salariés susceptibles de remplir l'AUDIT ;
- pouvoir participer à la totalité de la durée de l'étude.

Avec ces critères pour les médecins et les centres il a pu être constitué en tout 15 centres collaborateurs, dont un tiers en Île-de-France et les autres dans 8 des autres régions métropolitaines (Tableau 5). Les formations ont été réalisées dans chacun de ces centres de telle façon que les premières inclusions puissent être notifiées fin novembre 2004, puis monitorées pour contrôler que le flux d'inclusion serait conforme aux prévisions. Quoique le taux d'inclusions ait été conforme aux mesures lors de l'enquête de faisabilité, l'activité des médecins du travail a été affectée par la réforme de l'organisation de la santé au travail (2004) qui augmente la part des activités collectives aux dépens des consultations individuelles, ce qui a diminué le flux d'inclusion d'environ 30 %. Ceci a été redressé par allongement du temps d'inclusion dans l'enquête.

Tableau 5 : les sites participant à l'étude

Site	Médecin référent	Date de formation	Nombre de médecins participants	Nombre d'assistantes formées	Nb d'inclusions (et nb d'inclus dans l'analyse)
Creil (60)	Dr Kunz	16/11/04	11	13	56 (53)
Puget (83)	Dr Lafferayrie	22/11/04	7	7	50 (49)
Lille (59)	Dr Duquesne	29/11/04	9	8	63 (60)
Bordeaux (33)	Dr Tavart	06/12/04	5	6	23 (20)
SMTOIF (Paris) 1	Dr Demortière	14/12/04	15	12	66 (64)
Roanne (42)	Dr Massardier	10-11/01/05	15	12	86 (80)
Val d'Oise (95)	Dr Demortière	17-18/01/05	19	23	103 (97)
Beauvais (60)	Dr Kunz	24/01/05	8	9	20 (19)
SMTOIF (Paris) 2	Dr Demortière	14/02/05	10	14	19 (18)
Le Havre (76)	Dr Taleghani	28/02/05	7	9	27 (26)
Arras (62)	Dr Duquesne	14/03/05	9	10	51 (49)
Marseille (13)	Dr Delattre	24/03/05	13	15	115 (114)
Toulouse (31)	Dr Niezborala	31/03/05	6	7	72 (70)
Strasbourg (67)	Dr Gassmann	04/04/05	5	6	50 (50)
Yvelines (78)	Dr Desnoyers	18/04/05	8	6	19 (18)
TOTAL 15 sites	12 référents	17 jours	147 médecins	157 assistantes	820 (787) inclusions

Le comité de pilotage, qui comprend 8 médecins du travail et l'équipe du programme BMCM consacrée à ce travail, s'est réuni quatre fois entre la publication des résultats de l'étude de faisabilité et la fin du recueil des données et a pris les décisions d'adaptation du protocole que l'équipe opérationnelle a ensuite appliquées.

A quelques ajustements près, les évaluations de l'étude de faisabilité ont effectivement permis d'obtenir le nombre d'inclusions citées en objectif à la date du 31 juillet 2005 :

- 15 centres ont été recrutés et 147 médecins ont été formés, exerçant tant en centres interentreprises qu'en centres autonomes ;
- avec ces médecins, 157 assistantes ont participé aux formations et ont contribué à la réalisation du repérage pour l'étude ;
- 33 488 salariés ont rempli un questionnaire AUDIT ;
- parmi ceux-ci, 820 ont été inclus (2,6 %).

La répartition des salariés inclus dans les groupes « intervention brève » (IB) et « témoins » (TE) s'est faite centre par centre, selon une liste de tirage au sort qui permettait d'équilibrer parfaitement les deux groupes dans chaque centre (sauf si le nombre d'inclus était impair). La procédure est alors dite « randomisation équilibrée par centre 1/1 ». Elle donne un équilibre entre les groupes dans l'échantillon quasi parfait, le hasard pouvant introduire un léger déséquilibre entre groupes selon la répartition des nombres impairs d'inclusions dans les centres. Et en effet, cela a produit un échantillon global équilibré : 407 salariés dans le groupe « intervention brève » (49,6 %) et 413 dans le groupe témoin. On peut déjà signaler cependant que sur ces 820 inclus, un salarié (0,1%) a fait l'objet d'une exclusion de l'analyse pour non-respect de la randomisation, et surtout 32 salariés ont été inclus à tort du fait que leur score ne permettait pas de les considérer comme éligibles : 8 pour des scores incalculables du fait de données manquantes pouvant influencer le classement, 21 pour des scores supérieurs à 12 (dont une femme avec un score à 29 !) et trois hommes avec des scores à 6. L'échantillon des inclus « à bon droit » représente donc 787 salariés (397 dans le groupe témoin, 390 dans le groupe intervention).

Parmi les salariés inclus, 417 ont procédé à une analyse biologique (53 %), de nouveau de façon équilibrée entre les sujets « intervention » et les sujets « témoins » (206/211). Le taux de biologies effectivement réalisées est supérieur à celui que nous avons dans l'étude de faisabilité. Le contrôle de qualité des données doit être opéré avant saisie à BMCM.

2.2 Deuxième phase de l'étude.

La deuxième phase de l'étude EIST s'est déroulée entre décembre 2005 et septembre 2006. Elle devait permettre de revoir un an après les salariés inclus. Pour cela, deux attachés de recherche clinique (Gregg Lobban auquel s'est joint Samir Toubal, pour la région Île-de-France) se sont réparti les rencontres avec les salariés, planifiées par les centres de santé au travail participant à l'enquête. Ces rencontres devaient s'achever en juillet 2006, mais l'absence des salariés lors de la première convocation a été extrêmement fréquente, et a rendu le déroulement de la phase 2 beaucoup plus complexe et coûteux en temps que prévu. Cette nécessité de revenir de façon fréquente dans les centres pour donner la possibilité d'être revus aux salariés ne s'étant pas rendu au premier rendez-vous a obligé à prolonger cette phase jusqu'en septembre 2006. Le délai entre l'inclusion et le rendez-vous « à un an » s'est pour cette même raison prolongé jusqu'à 15 mois dans les cas extrêmes.

Conformément au protocole, les informations recueillies lors de ces rencontres cherchaient à juger de la situation alcoolologique à un an de l'intervention (ou de la remise du livret), sur la base des documents réalisés à cette fin. Lors de la rencontre à un an avec l'ARC, l'évaluation biologique était quelquefois réalisée avant le rendez-vous, souvent réalisée sur place, quelquefois prescrite et réalisée après.

Les raisons des absences aux rendez-vous ont été, à chaque fois que possible, colligées par les ARC. Le tableau 6, ci-dessous, rend compte de ces causes d'absence.

Tableau 6 : causes d'absence aux rendez-vous

Salarié(e) venu(e) phase d'évaluation (phase II)	Motif d'absence à la convocation phase II	Salarié(e) venu(e) après rappel phase II	Motif définitif de perdu de vue	Nombre
Non		Non		(kit perdu) 7
Non		Non	0	50
Non		Non	1	10
Non		Non	2	75
Non		Non	3	89
Non	0	Non	0	11
Non	0	Non	1	1
Non	0	Non	3	1
Non	1	Non	0	14
Non	1	Non	3	1
Non	2	Non	0	8
Non	2	Non	1	1
Non	3	Non	1	6
Non	4	Non	1	13
Non	4	Non	2	3
Non	4	Non	3	10
Non	5	Non	0	1
Non	5	Non	3	3
Non	6	Non	1	2
Non	6	Non	2	4
Non	6	Non	3	13
Non	7	Non	0	30
Non	7	Non	3	8
			Total	354

Motif d'absence Phase II	Description
	Pas d'information
0	Retrait
1	Licencié(e)
2	Démission
3	Enceinte
4	Arrêt maladie
5	Fin CDD ou intérimaire
6	Vacances
7	Déménagement

Motif définitif de perte de vue	Description
0	Parti(e) sans adresse
1	Incapacité de se déplacer
2	Refus salarié/employeur
3	Non élucidée
4	Arrêt maladie

3. Résultats

Pour simplifier la présentation des données, nous n'emploierons les tableaux fournis par Sylia-Stat® que lorsqu'ils améliorent la lisibilité, et nous n'indiquerons de test statistique que lorsqu'il apporte une indication utile. Les déviations standard (DS) sont indiquées comme suit : ($\pm 11,2$).

3.1 Phase de repérage et d'inclusion

Effectifs et déviations au protocole

Les 32 591 AUDIT recueillis n'ont pu être exploités que pour 32 452. Les autres présentaient des réponses incomplètes les rendant ininterprétables, ou ils présentaient des divergences suffisamment fortes avec les données du cahier de bord pour jeter un doute insurmontable (sexe, score AUDIT) sur la pertinence de l'attribution d'une fiche à une ligne du cahier de bord.

Description de l'échantillon

L'âge moyen est de 37, 7 ans ($\pm 11,2$). Le tableau 7 indique la distribution en classes. Les femmes représentent 43,3 % de l'échantillon.

Tableau 7 : salariés ayant participé au repérage : description par tranches d'âge

Age en classe	Total	
	n	%
<20 ans	1057	3,3
[20 - 25[	3777	11,6
[25 - 30[	4196	12,9
[30 - 35[	4566	14,1
[35 - 40[	4419	13,6
[40 - 45[	4377	13,5
[45 - 50[	4030	12,4
[50 - 55[	3588	11,1
[55 - 60[	2158	6,6
[60 - 65[	257	0,8
[65 - 70[	22	0,1
[70 - 75[	4	0,0
[75 - 80[	1	0,0
Total	32452	100,0

Valeur manquantes : 36

La contribution de chaque centre fait l'objet du tableau 8. La part de la région Île-de-France représente 39,8 % de l'échantillon total (la région Île-de-France comporte les sites « SMTOIF 1 » et « SMTOIF 2 », Val-d'Oise et Yvelines – la SMTOIF est la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France), soit environ deux fois plus que son poids réel dans la population française. Trois types de service ont été distingués : services interentreprises/centre (80,2 % de

l'échantillon) ; service interentreprises/cabinet d'entreprise (9,9 % de l'échantillon) et service autonome (d'une entreprise) (9,9 % de l'échantillon).

Tableau 8 : répartition géographique et contributions des centre au repérage par l'AUDIT

N° centre	Total	
	n	%
1 CREIL	3223	9,9
2 VAR (Brignoles, Puget s/Argens Toulon)	1492	4,6
3 LILLE	1540	4,7
4 BORDEAUX	1298	4,0
5 SMTOIF 1	2499	7,7
6 ROANNE	3293	10,1
7 VAL D'OISE	3726	11,5
8 BEAUVAIS	1317	4,1
9 SMTOIF 2	1681	5,2
10 LE HAVRE	1271	3,9
11 ARRAS, BETHUNE	2248	6,9
12 MARSEILLE	3818	11,8
13 TOULOUSE	1766	5,4
14 STRASBOURG	1561	4,8
15 YVELINES	1755	5,4
Total	32488	100,0

Le motif principal de consultation est distingué dans le tableau 9. Les principales « autres causes » sont les « visites de pré-reprises » et les « visites à la demande du médecin du travail ». Les visites d'embauche concernent des personnes de 10 ans plus jeunes que les autres consultants (tableau 10).

Tableau 9 : Motif de consultation du médecin du travail

Motif consultation /CB	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%		
Visite d'embauche	4499	24,5	3099	22,1	7598	23,5
Visite périodique	12450	67,8	9587	68,4	22037	68,1
Visite de reprise	801	4,4	849	6,1	1650	5,1
Visite à l'initiative du salarié	136	0,7	144	1,0	280	0,9
Autre motif	486	2,6	332	2,4	818	2,5
Total	18372	100,0	14011	100,0	32383	100,0

Tableau 10 : Motif de consultation du médecin du travail et âge

Motif consultation /CB	N	Données manquantes	Age moyen	DS	Min	Max	Médiane
Visite d'embauche	7594	5	30,72	10,22	15,0	71,0	28,0
Visite périodique	22012	26	39,75	10,60	15,0	75,0	40,0
Visite de reprise	1647	3	40,95	10,75	17,0	66,0	42,0
Visite à l'initiative du salarié	280	0	42,92	10,31	17,0	63,0	44,0
Autre motif	818	0	39,61	11,62	15,0	65,0	41,0
Total	32351	34	37,71	11,24	15,0	75,0	37,0

Le score à l'AUDIT est distribué très différemment selon le sexe. Le score moyen est de 1,75 ($\pm 1,84$) chez les femmes, et de 3,45 chez les hommes ($p < 10^{-4}$). Le tableau 11 montre comment cela se traduit en termes de niveaux de risque. Il n'y a pas de lien apparent entre classe d'âge et niveaux de risque. Le lieu géographique semble influencer 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 (score AUDIT supérieur à 12) qui varie de 0,2 % à 1,4 %. La fréquence des éligibles pour l'étude (scores dits « à risque ») variait quant à elle de 5,5 % à 9,6 %.

Tableau 11 : répartition des niveaux de risque

Niveau de risque	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		Total	
	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

Données manquantes : 1340. Test de X^2 : $p < 10^{-4}$

Sur les 2226 éligibles, 787 salariés ont été inclus à bon droit, les causes de non-inclusions connues sont décrites par le tableau 12.

Tableau 12 : causes de non inclusion

Motif exclusion ou refus /CB	Total	
	n	%
Age < 18 ans	22	1,8
Visite à l'initiative du salarié	39	3,1
Salarié en poste de sécurité	188	15,0
Salarié cessant activité dans l'année	384	30,5
Non francophone	2	0,2
Maladie somatique ou psychique sévère	15	1,2
Refus de la biologie	355	28,2
Autres causes de refus	252	20,0
Total	1257	100,0

Données manquantes : 182

Les personnes incluses sont beaucoup plus souvent des hommes que dans l'échantillon total (77,9 % chez les inclus, 56,7 % dans l'échantillon total) ; il n'ya pas de différence d'âges ; il y a moins de visites d'embauche chez les inclus (18,5 %) que dans l'échantillon global (23,5%). Les SIE en cabinets d'entreprise sont légèrement surreprésentés chez les inclus, les services autonomes sous-représentés.

La répartition après randomisation donne un bon équilibre pour le sexe (21,4 % de femmes dans le groupe témoin, 22,8 % dans le groupe intervention, $p = 0,63$) ; l'âge (moyenne 38,0 ans pour le groupe témoin $\pm 10,8$; 37,2 pour le groupe intervention $\pm 10,8$; $p = 0,29$) ; les motifs de consultation ($p = 0,63$) ; le score AUDIT à l'inclusion (8,3 vs 8,2 $p = 0,55$) ; la fréquence des GGT élevées (23,5 % vs 19,1 %, $p = 0,28$) ; ou des VGM élevés (1,9 % vs 2,9 $p = 0,50$).

On note ici, comme dans l'étude de faisabilité, que moins d'un quart des personnes incluses après repérage par le questionnaire AUDIT aurait été repérées par la seule biologie (GGT+VGM).

3.2. Après randomisation : déroulement des interventions brèves

Le médecin du travail avait pour tâche de réaliser l'intervention brève, d'en décrire a posteriori le contenu (points de la « check-list » abordés dans le dialogue médecin-salarié) et la durée, et de coter sur trois échelles ce qu'il pensait de l'accueil de l'intervention par le salarié, de son niveau de motivation pour modifier sa consommation, et son pronostic de médecin sur l'évolution probable du patient. Le tableau 13 regroupe les points de la check-list abordés. On note que les chiffres sur les livrets indiquent que dans 58 interventions (sur 386 commentées, 15 %), il a été remis les deux livrets au salarié.

Tableau 13a : points de la check-list délivrés

N =390	DM	oui	
		n	%
Restitution du test de repérage	27	358	98,6
Le risque alcool	26	360	98,9
Le verre standard	26	349	95,9
L'intérêt de la réduction	30	347	96,4
Méthodes pour réduire	39	297	84,6
Proposer des objectifs	43	299	86,9
Proposer une autre rencontre	39	211	60,1
Livret « pour faire le point »	86	227	74,7
Livret « pour réduire sa consommation »	77	249	79,6

Tableau 13b : nombre de points de la check-list délivrés

Nb d'Items de l'IB accomplis	Total	
	n	%
3	2	0,5
4	9	2,5
5	29	8,0
6	66	18,1
7	109	29,9
8	149	40,9
Total	364	100,0

Données manquantes : 26

La durée de l'intervention brève a été, comme prévu, de moins d'une dizaine de minutes en moyenne (8,9 mn \pm 4,3, minimum 3 minutes et maximum 30 minutes). L'accueil, la motivation et le pronostic sont positifs, d'après les médecins (tableau 14).

Tableau 14 : sentiments du médecin après son intervention

	N	Données manquantes	moyenne	DS	Min	Max	Médiane
Accueil de l'intervention	366	24	8,13	1,81	0,0	10,0	8,4
Motivation du patient	363	27	6,44	2,45	0,0	10,0	6,9
Pronostic	364	26	6,38	2,28	0,0	10,0	6,8

3.3. Phase d'évaluation à un an

Comme il a déjà été dit, le taux de recueil d'information à un an a été beaucoup plus bas que prévu, malgré une tentative systématique de ménager un deuxième rendez-vous, voire un troisième quand le coût n'était pas prohibitif. Le taux d'absences au rendez-vous est très faible dans certains centres, voire nul pour certains médecins, mais il dépasse également souvent les 50 %. Les raisons d'absence au rendez-vous, tableau 6, montre que la mobilité géographique explique plus du tiers des perdus de vue (114 qui ont quitté l'entreprise et dont on n'a pas la nouvelle adresse, soit 32,2 % des causes connues, et 8 qui ont déménagé et changé de région). Incapacité de se déplacer jusqu'au centre et refus de l'employeur et/ou du salarié comptent respectivement pour 9,3 % et 23,1 % des causes d'absence. Pour le dernier tiers nous n'avons pas pu obtenir plus d'information. La baisse de puissance statistique secondaire à ces absences d'évaluation explique sans doute certains résultats que nous discuterons.

La phase d'évaluation porte ainsi sur 435 dossiers, dont une dizaine de dossiers incomplets.

Description de la situation des 435 salariés revus à un an

Statut sociodémographique

Parmi les salariés inclus et revus à un an, ceux du groupe livret ne sont pas différents de ceux du groupe intervention brève pour le statut marital (marié ou vit maritalement dans 64,3 % des cas), la présence d'enfants (64,4 % des cas), le nombre moyen d'enfants (2,1) et d'enfants au foyer (1,3). Dans les deux groupes l'âge moyen est identique (38,8 ans vs 38,4 ans) et la proportion de femmes n'est pas différente de façon significative (16,1 % vs 22,2 %, $p = 0,11$). Il y a la même proportion de personnes nées hors de France (6 %), le niveau scolaire est identique (62,4 % de niveau baccalauréat ou supérieur). Le logement est personnel dans 97 % des situations, le niveau de ressources le plus représenté est 1 à 2 fois le SMIC (deux tiers des cas), sans différences intergroupes.

Dans les habitudes de vie on ne relève pas non plus de différences dans les consommations de café et de tabac (50,5 % de fumeurs dans les deux groupes, et 14,5 % d'anciens fumeurs) ; 56 % déclarent avoir une activité sportive.

La fréquence des pathologies en cours est identique dans les deux groupes : 33,7 %, et selon le médecin elle n'est en rapport avec l'alcool que pour 3,4 % des salariés.

Evaluation alcoologique

Les antécédents familiaux concernant l'alcool concerne le père dans 17,3 % des cas, la mère dans 6,6 % des cas, un autre ascendant dans 7,8 % (grand-père paternel) et 7,6 % des cas (grand-père maternel).

Les critères de dépendance et d'abus ont été évalués par l'assistant de recherche clinique. Le diagnostic a été porté en utilisant les critères de dépendance et d'abus du *Diagnostic and Statistical Manual* de l'association des psychiatres américains, 4^e version (DSM-IV)³². Quatorze pour cent des personnes incluses et revues à un an présentaient ou avaient présenté une dépendance (DSM-IV) à l'alcool, sans différence entre les groupes. (Tableau 15)

Tableau 15 : inclus avec un diagnostic DSM d'alcoolodépendance

Dépendance	Type d'intervention				Total	
	Livret INPES		Intervention brève			
	n	%	n	%	n	%
Oui	32	14,5	28	13,5	60	14,0
Non	189	85,5	180	86,5	369	86,0
Total	221	100,0	208	100,0	429	100,0

Alcool et entreprise

La situation vis-à-vis de l'alcool au travail ne comporte pas de différences selon les groupes : 70,9 % déclarent qu'il leur arrive de consommer de l'alcool sur le lieu de travail, le plus souvent lors de « pots », et la fréquence de participation dans ces pots n'est pas différente entre les deux groupes (tableaux 16 et 17).

Tableau 16 : habitudes de l'alcool dans l'entreprise

	Données manquantes	Type d'intervention				Total	
		Livret INPES		Intervention brève			
		n	%	n	%	n	%
Consommation en situation de travail	5	154	69,7	151	72,2	305	70,9
Au restaurant d'entreprise	5	49	32,2	47	31,8	96	32,0
Lors de pots	5	128	84,2	119	80,4	247	82,3

Tableau 17 : utilisation de l'alcool par le salarié pendant le temps de travail

	Données manquantes	Type d'intervention				Total	
		Livret INPES		Intervention brève			
		n	%	n	%	n	%
Consommation en situation de travail	2	125	56,3	123	58,3	248	57,3
Consommation seul	14	3	2,6	1	0,9	4	1,7
Consommation avec les collègues	14	39	33,3	39	33,3	78	33,3
Consommation avec les clients	14	12	10,3	5	4,3	17	7,3
Consommation au réfectoire	14	9	7,7	9	7,7	18	7,7
Consommation lors de pots	14	111	94,9	110	94,0	221	94,4

Toutes les données alcoologiques portant sur la période de l'inclusion sont identiques dans les deux groupes : consommation déclarée moyenne : 19,7 verres par semaine ; modalités de consommation :

seul(e) dans un quart des cas, avec le conjoint dans la moitié, avec famille ou amis pour 85 % des répondants, plus rarement au déjeuner (36,1 %) qu'au dîner (75,2 %). Alors que le rituel de l'apéritif est répandu (79,4 %), celui de l'alcoolisation lors de fête ou en boîte l'est moins (25,3 %) et celui des tournées ne concerne que 11,9 % des répondants. Ces différentes pratiques n'ont pas évolué dans les deux groupes un an après l'intervention.

Consommations de substances psycho-actives illicites

Les usages de substances illicites sont décrits dans les tableaux suivants, 18a à 18e . Les périodes de référence sont ici, sauf précision, le dernier mois avant l'évaluation par l'ARC à un an.

Tableau 18a : situation vis-à-vis du cannabis dans le dernier mois

Cannabis dans le dernier mois	Type d'intervention				Total	
	Livret INPES		Intervention brève			
	n	%	n	%	n	%
Abstinence primaire	123	61,2	127	67,2	250	64,1
Abstinence secondaire	51	25,4	44	23,3	95	24,4
Expérimentation	-	-	2	1,1	2	0,5
Usage	27	13,4	16	8,5	43	11,0
Total	201	100,0	189	100,0	390	100,0

Tableau 18b : situation vis-à-vis des psychostimulants et psychodysléptiques dans le dernier mois

Ecstasy, LSD, amphétamines, cocaïne, hallucinogènes dans le dernier mois	Type d'intervention				Total	
	Livret INPES		Intervention brève			
	n	%	n	%	n	%
Abstinence primaire	205	95,3	186	91,2	391	93,3
Abstinence secondaire	10	4,7	17	8,3	27	6,4
Usage	-	-	1	0,5	1	0,2
Total	215	100,0	204	100,0	419	100,0

Tableau 18c : situation vis-à-vis des produits de substitution opiacés dans le dernier mois

Méthadone, Subutex® dans le dernier mois	Type d'intervention				Total	
	Livret INPES		Intervention brève			
	n	%	n	%	n	%
Abstinence primaire	216	100,0	208	99,0	424	99,5
Abstinence secondaire	-	-	2	1,0	2	0,5
Total	216	100,0	210	100,0	426	100,0

Tableau 18d : situation vis-à-vis des autres opiacés dans le dernier mois

Héroïne, morphine dans le dernier mois	Type d'intervention				Total	
	Livret INPES		Intervention brève			
	n	%	n	%	n	%
Abstinence primaire	214	98,6	207	98,6	421	98,6
Abstinence secondaire	3	1,4	3	1,4	6	1,4
Total	217	100,0	210	100,0	427	100,0

Tableau 18e : situation vis-à-vis des autres drogues et médicaments détournés dans le dernier mois

Autres drogues et médicaments détournés dans le dernier mois	Type d'intervention				Total	
	Livret INPES		Intervention brève			
	n	%	n	%	n	%
Abstinence primaire	213	99,1	203	96,7	416	97,9
Abstinence secondaire	2	0,9	7	3,3	9	2,1
Total	215	100,0	210	100,0	425	100,0

Aucune des différences observées ne sont significatives. Les évaluations rétrospectives concernant les situations au moment de l'inclusion ne sont pas différentes.

3.4. Résultats un an après interventions sur la consommation d'alcool.

Les consommations déclarées d'alcool à l'inclusion sont identiques dans les deux groupes. Interrogés (un an après l'intervention) sur leur intention de diminuer au moment de l'inclusion celle-ci ne concernait que la moitié des salariés, mais 95 % de ces salariés énoncent qu'ils ont réduit comme prévu (78 %) ou moins que prévu (17 %). Parmi ceux qui n'avaient pas l'intention de réduire, 15 % disent qu'ils l'ont toutefois fait. La description de l'étalement dans le temps est identique, et elle suit dans les deux cas une droite : il n'y a pas de réduction initiale, suivant immédiatement l'intervention.

Les groupes diffèrent cependant sur l'interprétation de cette réduction, qui est rapportée :

- à l'influence du livret pour 28,4 % des salariés du groupe livret, et 38,1 % du groupe intervention brève ($p = 0,056$)
- et à celle du médecin du travail (14,6 % dans le groupe livret, 35,1 % du groupe IB, $X^2 = 19,2$, $p = 0,00001$).

Résultats en terme d'efficacité de l'intervention

Le tableau 19 décrit la situation en termes de risque pour ces salariés. En regroupant les deux premières classes en « succès » (i.e. passage en-dessous des seuils de risque), et les deux autres en « échecs », le X^2 se rapproche de la significativité $p = 0,15$

Tableau 19 : niveau de risque un an après l'intervention ou la délivrance d'un livret.

Niveau de risque 1 an	Type d'intervention				Total	
	Livret INPES		Intervention brève			
	n	%	n	%	n	%
Abstinent	5	2,3	3	1,4	8	1,9
Faible risque	93	42,5	104	50,2	197	46,2
Risque (femme 6-12) (homme 7-12)	102	46,6	89	43,0	191	44,8
Dépendance (>12)	19	8,7	11	5,3	30	7,0
Total	219	100,0	207	100,0	426	100,0

Données manquantes : 361

Test du X^2 : $p = 0,28$ (NS).

La comparaison des consommations déclarées d'alcool (CDA) à l'inclusion et à un an modifie la perception des résultats (tableau 20) : alors que la CDA à l'inclusion est identique (moyenne 19,5 verres par semaine chez les témoins, vs 19,9 verres dans le groupe intervention, $p = 0,19$), la diminution de cette CDA un an après est significativement supérieure dans le groupe intervention brève.

Tableau 20 : diminution de la CDA un an après les interventions

Code	N	Données manquantes	Moyenne	DS	Min	Max	Médiane
Livret INPES	223	174	-4,36	13,11	-82,0	49,0	0,0
Intervention brève	209	181	-6,01	11,64	-91,0	5,0	-2,0
Total	432	355	-5,16	12,43	-91,0	49,0	-1,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,038$

Les comparaisons des scores AUDIT ou AUDIT-C (3 premières questions de l'AUDIT) sans distinction de sexe, ce qui maintient des effectifs assez nombreux, confirment ces différences, tableaux 21 à 24.

Tableau 21 : scores AUDIT à un an

Code	N	Données manquantes	Moyenne	DS	Min	Max	Médiane
Livret INPES	213	0	7,55	4,18	0,0	29,0	7,0
Intervention brève	199	0	6,59	3,71	0,0	25,0	6,0
Total	412	0	7,09	3,99	0,0	29,0	6,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,0103$

Tableau 22 : diminution des scores AUDIT entre inclusion et évaluation à un an

Code	N	Données manquantes	Moyenne	DS	Min	Max	Médiane
Livret INPES	213	0	-0,71	4,02	-11,0	19,0	-1,0
Intervention brève	199	0	-1,51	3,55	-10,0	15,0	-2,0
Total	412	0	-1,10	3,82	-11,0	19,0	-1,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,0088$

Tableau 23 : scores AUDIT-C à un an

Code	N	Données manquantes	Moyenne	DS	Min	Max	Médiane
Livret INPES	220	0	5,20	2,16	0,0	12,0	5,0
Intervention brève	206	0	4,77	1,97	0,0	11,0	5,0
Total	426	0	5,00	2,08	0,0	12,0	5,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,06$

Tableau 24 : diminution des scores AUDIT-C entre inclusion et évaluation à un an

Code	N	Données manquantes	Moyenne	DS	Min	Max	Médiane
Livret INPES	220	0	-0,60	2,02	-8,0	6,0	-1,0
Intervention brève	206	0	-1,13	1,74	-6,0	4,0	-1,0
Total	426	0	-0,86	1,91	-8,0	6,0	-1,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,0042$

Lorsqu'on effectue ces comparaisons en différenciant les sexes, on retrouve toutes ces différences ; pour les femmes elles ne sont pas significatives, mais pour les hommes, les effectifs restent suffisants pour qu'elles le soient (tableau 25 et 26).

Tableau 25 : score AUDIT à un an (hommes)

Code	N	Données manquantes	Moyenne	DS	Min	Max	Médiane
Livret INPES	181	0	7,72	4,15	0,0	29,0	7,0
Intervention brève	154	0	6,99	3,69	0,0	25,0	6,0
Total	335	0	7,39	3,96	0,0	29,0	7,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,078$

Tableau 26 : diminution des scores AUDIT entre inclusion et évaluation à un an (hommes)

Code	N	Données manquantes	Moyenne	DS	Min	Max	Médiane
Livret INPES	181	0	-0,73	3,99	-11,0	19,0	-1,0
Intervention brève	154	0	-1,45	3,65	-10,0	15,0	-2,0
Total	335	0	-1,06	3,85	-11,0	19,0	-1,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,039$

Les tests biologiques ne montrent pas d'évolution significative.

Conséquences de l'intervention sur l'état de santé perçu

La description de leur état de santé par les salariés revus à un an reprend les items du SF36 abrégé. Ils ne montrent pas de différences entre les groupes témoin et intervention.

Tableau 27 : état de santé décrit un an après l'intervention

Santé	groupe				Total	
	Livret INPES		Intervention brève			
	n	%	n	%	n	%
Excellente	14	6,4	10	4,8	24	5,6
Très bonne	65	29,7	58	28,0	123	28,9
Bonne	121	55,3	127	61,4	248	58,2
Médiocre	19	8,7	10	4,8	29	6,8
Mauvaise	-	-	2	1,0	2	0,5
Total	219	100,0	207	100,0	426	100,0

Résultats de l'analyse des facteurs associés aux succès de l'intervention

Dans l'analyse qui suit sur les facteurs associés au succès de l'intervention, le « succès » est défini par le score AUDIT à un an inférieur au seuil définissant le risque, soit de 0 à 6 pour les hommes, et de 0 à 5 pour les femmes.

L'analyse sur le mode univariée a été conduite en 3 temps, sur l'ensemble du groupe de patients revus à un an, puis sur le groupe « livret » et sur le groupe « intervention ». L'analyse en régression logistique pour déterminer les facteurs prédictifs de réponse à l'intervention a été conduite séparément dans les deux groupes, en introduisant dans le modèle les mêmes items, à l'exception de ceux qui correspondaient à l'intervention brève du médecin du travail, qui n'avaient de sens que dans le groupe intervention.

Les effectifs pour l'analyse dépendent des données manquantes pour chacun des items pris en compte. Le tableau 28 montre comment les succès et les échecs analysés se répartissent dans les deux groupes livret et IB.

Tableau 28 : effectifs pour les modèles logistiques

Succès à 1 an	Groupe d'inclusion				Total	
	Livret INPES		Intervention brève			
	n	%	n	%	n	%
Oui	98	44,7	107	51,7	205	48,1
Non	121	55,3	100	48,3	221	51,9
Total	219	100,0	207	100,0	426	100,0

Les analyses portant sur des déclarations, il est important de contrôler comment les tests biologiques se comportent pour les succès et les échecs. La GGT et le VGM à un an sont plus et plus souvent perturbés dans le groupe échec que dans le groupe succès, de façon non significative pour la GGT ($p = 0,14$, tableau 29) et significative pour le VGM ($p = 0,018$, tableau 30).

Tableau 29 : GGT (en % de la borne supérieure de la norme) et succès des interventions

Succès à 1 an	N	Données	Moyenne	DS
		manquantes		
Oui	119	86	72,25	82,79
Non	148	73	107,58	342,94
Total	267	159	91,83	261,43

Tableau 30 : VGM (en μ^3) et succès des interventions

Succès à 1 an	N	Données	Moyenne	DS
		manquantes		
Oui	119	86	90.43	4.14
Non	155	66	91.69	4.86
Total	274	152	91.14	4.60

De même, un critère objectif de santé, la pression artérielle, est plus basse si l'intervention est considérée comme un succès, et ce de façon non significative pour la systolique ($p = 0,30$, tableau 31) mais très significative pour la diastolique ($p = 0,0053$, tableau 32). Les autres données d'examen disponible (poids, taille, IMC ne sont pas différents selon la réaction à l'intervention.

Tableau 31 : pression artérielle systolique (en mmHg) et succès

Succès à 1 an	N	Données manquantes	Moyenne	DS
Oui	189	16	127,80	12,73
Non	204	17	129,28	15,25
Total	393	33	128,57	14,10

Tableau 32 : pression artérielle diastolique (en mmHg) et succès

Succès à 1 an	N	Données manquantes	Moyenne	DS
Oui	189	16	74,56	8,01
Non	205	16	77,07	9,63
Total	394	32	75,86	8,97

De façon parallèle, les déclarations concernant l'état de santé ressenti montrent des différences très significatives associées à la réduction de la consommation d'alcool : à la question « comment estimez-vous votre état de santé ? » les répondeurs devaient donner une cotation de 1 (= très mauvais) à 10 (= très bon). La comparaison des moyennes rend globalement compte de cette différence ($p = 0,0004$, tableau 33a). On retrouve une différence également très significative ($p = 0,0015$) dans les réponses qualitatives (tableau 33b).

Tableau 33a : état de santé ressenti (coté de 1 à 10) et succès

Succès à 1 an	N	Données manquantes	Moyenne	DS
Oui	205	0	7,90	1,56
Non	218	3	7,46	1,52
Total	423	3	7,67	1,55

Tableau 33b : santé ressentie (d' « excellente » à « mauvaise ») et succès

Santé	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Excellente	15	62,5	9	37,5	24	100,0
Très bonne	69	56,6	53	43,4	122	100,0
Bonne	108	44,8	133	55,2	241	100,0
Médiocre	8	28,6	20	71,4	28	100,0
Mauvaise	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Total	201	48,2	216	51,8	417	100,0

La plupart des altérations ressenties de l'état physique, psychique ou relationnelles sont moins fréquentes dans le groupe « succès », le plus souvent de façon significative voire très significative (tableaux 34 à 36).

Tableau 34 : limitations pour monter un escalier et succès

Limitations pour monter les étages	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui, beaucoup	2	22,2	7	77,8	9	100,0
Oui, un peu	31	42,5	42	57,5	73	100,0
Non, pas du tout	171	50,4	168	49,6	339	100,0
Total	204	48,5	217	51,5	421	100,0

Test de Mann-Whitney : **p = 0,08**

Tableau 35 : limitations de l'activité dues à l'état psychologique et succès

Moins de choses accomplies à cause de l'état psychologique	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	32	34,4	61	65,6	93	100,0
Non	172	52,3	157	47,7	329	100,0
Total	204	48,3	218	51,7	422	100,0

Test du X²: **p = 0,0023**

Tableau 36 : limitations sociales dues à l'état de santé et succès

Vie sociale et relations gênées	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
En permanence	-	-	5	100,0	5	100,0
Une bonne partie du temps	9	37,5	15	62,5	24	100,0
De temps en temps	51	44,0	65	56,0	116	100,0
Rarement	61	46,6	70	53,4	131	100,0
Jamais	84	57,1	63	42,9	147	100,0
Total	205	48,5	218	51,5	423	100,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,0042$

Tableau 37 : douleurs physiques et succès

Intensité des douleurs physiques	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Nulle	67	57,8	49	42,2	116	100,0
Très faible	63	57,3	47	42,7	110	100,0
Faible	32	35,2	59	64,8	91	100,0
Moyenne	28	35,4	51	64,6	79	100,0
Grande	13	61,9	8	38,1	21	100,0
Très grande	1	33,3	2	66,7	3	100,0
Total	204	48,6	216	51,4	420	100,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,0016$

Tableau 38 : vécu d'épuisement et succès

Moments d'épuisement	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
En permanence	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Très souvent	12	46,2	14	53,8	26	100,0
Souvent	17	37,8	28	62,2	45	100,0
Quelque fois	63	40,1	94	59,9	157	100,0
Rarement	82	58,6	58	41,4	140	100,0
Jamais	28	57,1	21	42,9	49	100,0
Total	204	48,5	217	51,5	421	100,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,0019$

Tableau 38 : vécu de grande nervosité et succès

Moments de nervosité	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
En permanence	2	25,0	6	75,0	8	100,0
Très souvent	10	43,5	13	56,5	23	100,0
Souvent	14	34,1	27	65,9	41	100,0
Quelque fois	75	48,1	81	51,9	156	100,0
Rarement	58	45,3	70	54,7	128	100,0
Jamais	46	67,6	22	32,4	68	100,0
Total	205	48,3	219	51,7	424	100,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,003$

Tableau 39 : vécu de tristesse et d'abattement et succès

Moments de tristesse	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
En permanence	-	-	2	100,0	2	100,0
Très souvent	7	36,8	12	63,2	19	100,0
Souvent	3	23,1	10	76,9	13	100,0
Quelque fois	40	40,8	58	59,2	98	100,0
Rarement	68	50,4	67	49,6	135	100,0
Jamais	87	55,4	70	44,6	157	100,0
Total	205	48,3	219	51,7	424	100,0

Test de Mann-Whitney : $p = 0,0024$

L'échelle HAD d'anxiété et de dépression est, de façon cohérente, liée au succès de l'intervention dans son score global ($p = 0,03$) comme dans sa dimension dépression ($p = 0,0022$). Sa dimension anxiété ne présente pas de lien significatif (tableaux 41 à 43).

Tableau 41 : Echelle HAD et réponse à l'intervention / score global

Succès à 1 an	N	Données manquantes	Moyenne	DS
Oui	198	7	9,42	4,66
Non	211	10	10,82	5,51
Total	409	17	10,14	5,15

Tableau 42 : Echelle HAD et réponse à l'intervention / score d'anxiété

Succès à 1 an	N	Données manquantes	Moyenne		DS
Oui	200	5	6,62		3,19
Non	213	8	7,05		3,43
Total	413	13	6,84		3,32

Tableau 43 : Echelle HAD et réponse à l'intervention / score de dépression

Succès à 1 an	N	Données manquantes	Moyenne		DS
Oui	198	7	2,83		2,30
Non	212	9	3,78		3,16
Total	410	16	3,32		2,81

Il est à noter que la réaction aux états de stress sont différents dans les deux groupes. A la question « estimez-vous que votre travail est stressant ? », les réponses, cotées de 1 (= pas du tout stressant) à 10 (= extrêmement stressant) sont différentes selon la réponse à l'intervention (tableau 44, $p = 0,036$) ; mais ce sont surtout, en réaction au stress, les usages des médicaments (tableau 45, $p = 0,0387$) et du tabac et de l'alcool qui sont très différents (tableau 46, $p < 0,0001$).

Tableau 44 : vécu de stress au travail et succès

Succès à 1 an	N	Données manquantes	Moyenne		DS
Oui	205	0	5,86		2,28
Non	219	2	6,30		2,26
Total	424	2	6,08		2,28

Tableau 45 : Réaction par médicaments au vécu de stress au travail et succès

Face au stress au travail, je prends des médicaments	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	10	31,3	22	68,8	32	100,0
Non	195	50,3	193	49,7	388	100,0
Total	205	48,8	215	51,2	420	100,0

Tableau 46 : Réaction par alcool et tabac au vécu de stress au travail et succès

Face au stress au travail, je consomme d'avantage de tabac ou d'alcool	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	25	25,8	72	74,2	97	100,0
Non	180	55,7	143	44,3	323	100,0
Total	205	48,8	215	51,2	420	100,0

Le vécu de stress est encore illustré par les insomnies dues au travail, que le tableau 47 présente.

Tableau 47 : insomnies dues au travail et réponse aux interventions

	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Problème de sommeil						
Jamais	51	60,7	33	39,3	84	100,0
Rarement	69	46,9	78	53,1	147	100,0
Parfois	69	47,3	77	52,7	146	100,0
Souvent	15	34,9	28	65,1	43	100,0
Total	204	48,6	216	51,4	420	100,0

Test de Mann-Whitney : **p = 0,0151**

Toutes les données décrivant les conditions de harcèlement au travail (collègue qui ignore, situations difficiles, propos agressifs subis, expression réprimée, dénigrement public, critiques injustes, tâches inutiles ou dégradantes, sabotage du travail, caractérisations infamantes, obscénités, propositions sexuelles) ou de difficultés graves avec le public (insultes, agression physique ou sexuelle) ne mettent pas en évidence de différences selon le succès des interventions.

Le désir de changer de poste de travail concerne un tiers des salariés, à court (12,4 %) ou plus long terme (28,6%), mais cela n'est pas lié au succès des interventions ($p = 0,98$).

Il n'est pas possible de mettre en évidence d'après nos résultats d'effet du succès sur la réduction du nombre d'arrêts de travail, d'accidents du travail, ni d'accidents de trajet, pour lesquels les différences ne sont pas significatives.

3.5. Analyse univariée d'éventuels facteurs prédictifs sur les deux groupes d'inclusion pris ensemble

La répartition par sexe montre un taux de succès global pour les deux modes d'intervention supérieur chez les femmes, mais de façon non significative (53,7 % vs. 46,8 % $p = 0,26$). L'âge influence le taux de succès : l'âge moyen est de 4 ans inférieur chez les salariés qui répondent aux deux modes d'intervention (40,7 ans vs. 36,4 ans, $p < 0,0001$). Le tableau 48 le montre sur un mode qualitatif en deux classes d'âge.

Tableau 48 : Âge et réponse à l'intervention

Age > 50ans	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	25	35,7	45	64,3	70	100,0
Non	180	50,6	176	49,4	356	100,0
Total	205	48,1	221	51,9	426	100,0

Le statut marital est également lié au succès ($p = 0,0345$, tableau 49). Eu égard au fait que les célibataires sont très différents des « isolés secondaires », on peut penser à un facteur de confusion qui pourrait être l'âge ou l'état dépressif.

Tableau 49 : Statut marital et réponse à l'intervention

Statut marital	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
En couple	135	49,8	136	50,2	271	100,0
Célibataire	55	50,9	53	49,1	108	100,0
Séparé, divorcé ou veuf	13	29,5	31	70,5	44	100,0
Total	203	48,0	220	52,0	423	100,0

Les ressources du salarié sont une donnée liée au succès, les meilleures réponses aux interventions étant trouvées chez les salariés aux plus faibles ressources (tableau 49).

Tableau 50 : Ressources et réponse à l'intervention

Ressources	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Inférieure au SMIC	16	64,0	9	36,0	25	100,0
Jusqu'à 2 fois le SMIC	136	51,1	130	48,9	266	100,0
Jusqu'à 4 fois le SMIC	38	37,6	63	62,4	101	100,0
Plus de 4 fois le SMIC	13	41,9	18	58,1	31	100,0
Total	203	48,0	220	52,0	423	100,0

Test de Mann-Whitney **p = 0,0059**

En dehors de l'âge, du statut marital et des ressources, les données sociodémographiques qui ne semblent pas influencer le résultat de l'intervention sont : le lieu de naissance, le nombre d'enfants, le niveau d'étude, l'activité sportive (plus d'échecs chez les sportifs, mais $p = 0,09$), le logement (mais presque tous les inclus ont un logement personnel).

La consommation de café et de tabac ne sont pas associées au succès, mais les conduites de consommation des autres substances psycho-actives au moment de l'inclusion le sont au contraire clairement : 51,1% de succès en cas d'abstinence de SPA, 37 % en cas de consommation, $p = 0,0236$).

Facteurs prédictifs : données alcoologiques repérées

Le succès à un an est fortement lié statistiquement ($p < 0,0001$) au score initial à l'AUDIT : tableau 51. C'est la question 1 de l'AUDIT (fréquence des consommations) qui, parmi les 10 questions qui le constituent, porte le lien statistique le plus fort ($p = 0,0003$), suivie de la question 3 (fréquence des alcoolisations supérieures ou égales à 6 verres par occasion) ($p = 0,09$).

Tableau 51 : Scores AUDIT à l'inclusion et succès

Succès à 1 an	N	Données		
		manquantes	Moyenne	DS
Oui	202	3	7,89	1,54
Non	218	3	8,50	1,67
Total	420	6	8,20	1,64

Cette donnée est à recouper avec l'évaluation de la consommation déclarée d'alcool au moment l'inclusion (tableau 52, $p = 0,0001$).

Tableau 52 : Consommation déclarée d'alcool (en verres par semaine) à l'inclusion et succès

Succès à 1 an	N	Données		
		manquantes	Moyenne	DS
Oui	201	4	13,90	9,93
Non	220	1	24,66	19,65
Total	421	5	19,52	16,65

Les différentes modalités de consommations d'alcool ont été interrogées, et le tableau suivant résume les résultats en terme de lien avec la réponse aux interventions. Trois modalités sont statistiquement liées à un « échec », tel que défini, et deux autres approchent de la significativité (tableau 53).

Tableau 53 : Modalités de boire et réponse aux interventions.

Modalités de consommation : Je bois...	Sur 416 répondants, cette modalité concerne...	Taux de succès à 1 an		p
		si cette modalité est présente	si cette modalité est absente	
		%	%	
seul	102	37,3	51,3	0,014
avec mon conjoint	205	48,3	47,4	0,85
avec famille et amis	351	48,4	44,6	0,57
à table (déjeuner)	149	40,9	51,7	0,036
à table (dîner)	317	44,2	58,7	0,011
en apéritif	151	45,8	55,8	0,096
en fête, en boîte	50	36,0	49,5	0,074
avant le travail	1	–	–	
pendant le travail	22	36,4	48,5	0,27
après le travail	76	40,8	49,4	0,17

Le niveau de dépendance influence la réponse aux interventions. Le tableau 54 résume la part respective de chacun des critères pour commencer à analyser l'influence évidente de l'existence d'une dépendance sur la réponse aux interventions.

Tableau 54 : Critères DSM et réponse aux interventions.

Critères DSM-IV de dépendance :	Sur 426 répondants, ce critère concerne...	Taux de succès à 1 an		p
		si ce critère est présent	si ce critère est absent	
		%	%	
Tolérance acquise	102	39,7	49,9	0,12
Signes de sevrage	12	33,3	48,6	0,30
Quantités plus importantes que prévu	204	35,3	60,2	<0,0001
Echec de tentatives de réduction ou d'arrêt	58	25,9	51,4	0,0003
Poursuite de la consommation malgré dommage	121	28,9	55,9	<0,0001
Temps passé à consommer ou à récupérer	25	24,0	49,5	0,0134
Perte d'investissements sociaux ou de loisir	15	33,3	48,5	0,25
Dépendance (3 critères ou plus)	56	26,8	51,2	0,0007

Les antécédents personnels n'ont pas de liens statistiques avec le succès des interventions, mais l'existence d'une pathologie à l'entrée dans l'étude est défavorablement associée au résultat (tableau 55, $p = 0,05$).

Tableau 55 : Pathologie à l'inclusion et réponse à l'intervention

Pathologie à l'inclusion	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	91	43,3	119	56,7	210	100,0
Non	113	52,8	101	47,2	214	100,0
Total	204	48,1	220	51,9	424	100,0

Les antécédents familiaux de trouble de la consommation d'alcool ont un lien statistique avec le résultat des interventions. Un antécédent chez le père est présent dans 17,6 % des cas et on constate qu'il y a 35,5 % de succès dans ces cas, contre 50,4 % chez les autres inclus, $p = 0,02$; mais un antécédent de problème lié à l'alcool chez la mère n'intervient que dans 6,3 % des cas, ce qui explique que les mêmes différences (34,6% vs. 48,5 %) ne soient pas significatives ($p = 0,17$).

Situation au travail et résultat des interventions

Les caractéristiques objectives de l'environnement professionnel ne montrent pas, pour la plupart, de lien avec le succès des interventions. On relève ce fait pour des données concernant l'entreprise, la taille de l'entreprise, la présence d'un Comité d'hygiène et de sécurité-conditions de travail (CHS-CT), et pour les données concernant le salarié, pour son temps de travail (complet ou partiel), d'un éventuel travail posté, de nuit, exposé à des agents biologiques, chimiques ou à une charge mentale élevée. La seule donnée concernant l'exercice du travail qui ait un lien manifeste et fort avec le succès est l'ancienneté, les plus jeunes dans l'entreprise ayant de meilleurs résultats que les plus anciens (55,3 % pour ceux qui ont moins de 10 ans d'ancienneté vs. 38,2 %, $p = 0,0009$). Ce lien est à rapprocher des résultats concernant l'âge, tableau 47.

Caractéristiques de la relation salarié-médecin du travail

Les salariés revus a un an ont été interrogés sur leur relation avec leur médecin du travail, quel qu'ait été leur groupe d'inclusion. Il n'y a pas de lien entre succès et qualité de la relation, ni avec un éventuel souvenir d'avoir abordé la question de l'alcool avec lui. Par contre, le succès à un an est en relation fortement négative avec le fait d'avoir discuté d'alcool avec son médecin généraliste dans l'année écoulée, tableau 56.

Tableau 56 : lien entre discussion sur l'alcool avec le MG et succès

Discussion sur l'alcool avec MG	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	21	30,0	49	70,0	70	100,0
Non	179	52,0	165	48,0	344	100,0
Total	200	48,3	214	51,7	414	100,0

Spécificité des réponses à l'intervention brève délivrée par le médecin du travail et à l'intervention de comparaison (livret remis par l'assistante)

L'analyse des facteurs associés à une réponse positive à l'intervention brève porte sur 207 salariés inclus et revus un an auparavant, ce qui diminue évidemment la puissance statistique et la capacité de repérer des différences réellement existantes (erreur de deuxième type, manque de puissance). Il en est de même pour étudier la situation du groupe qui a reçu un livret par l'assistante (d'effectif comparable, 219 personnes).

Dans chacun des groupes nous reprendrons les éléments positifs (facteurs associés au succès de l'intervention), étant entendu que ceux qui ne sont pas cités ne présentent pas de lien avec la réponse à l'intervention. Dans le groupe IB nous détaillerons les données spécifiques à ce groupe (compte rendu de l'IB par le médecin du travail).

Groupe IB

On retrouve un lien statistique entre succès et l'âge (âge moyen en cas de succès 36 ans vs. 40,9 ans, $p = 0,0008$), et entre succès et score initial à l'AUDIT [questions 1 ($p = 0,0043$), 3 ($p = 0,082$), 4 ($p = 0,065$), et score global (le groupe succès a un score initial plus bas, 7,78, vs. 8,53, $p = 0,0007$).

L'accueil de l'IB (coté de 0 à 10) est lié positivement au succès (tableau 57), mais non la motivation perçue par le médecin (elle aussi cotée de 0 à 10, $p = 0,81$) ni le pronostic émis à la fin de l'intervention (même cotation, $p = 0,82$). La durée de l'IB n'a pas de lien avec le succès ($p = 0,77$), ni le nombre de points de la « check-list » ($p = 0,17$). Par contre, la remise d'un livret, qu'il soit celui « pour faire le point » ou « pour réduire sa consommation » est associée au succès (tableaux 58 et 59).

Tableau 57 : Accueil de l'IB par le patient et succès

Succès à 1 an	N	Données	Moyenne	DS
		manquantes		
Oui	103	4	8,30	1,82
Non	94	6	7,90	1,81
Total	197	10	8,11	1,82

Test de Mann-Whitney : $p = 0,0307$

Tableau 58 : Remise du livret 'pour faire le point' et succès

Remise livret 'Pour faire le point'	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	72	59,5	49	40,5	121	100,0
Non	18	40,0	27	60,0	45	100,0
Total	90	54,2	76	45,8	166	100,0

Test du X^2 : $p = 0,025$

Tableau 59 : Remise du livret 'pour réduire sa consommation' et succès (groupe IB)

Remise livret 'Pour réduire sa consommation'	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	70	54,7	58	45,3	128	100,0
Non	15	38,5	24	61,5	39	100,0
Total	85	50,9	82	49,1	167	100,0

Test du X² : p = 0,076

L'existence d'un antécédent médical à l'inclusion est dans ce groupe, contrairement à ce qui est retrouvé dans l'autre (et dans les deux pris ensemble) un facteur négativement associé au succès : tableau 60.

Tableau 60 : Présence d'un antécédent médical à l'inclusion et succès (groupe IB)

Au moins 1 antécédent médical	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	48	44,4	60	55,6	108	100,0
Non	53	60,2	35	39,8	88	100,0
Total	101	51,5	95	48,5	196	100,0

Test du X² : p = 0,028

Les données élémentaires de l'examen, taille, poids et IMC, qui ne « sortent » pas dans le groupe « livret », sont ici différentes selon le succès ou l'échec de l'IB : les succès sont plus petits (172 cm vs. 174, p = 0,078), moins lourds (70,8 kg vs. 74,8, p = 0,049) et plus minces (IMC 23,8 kg/m² vs. 24,2, p = 0,021). Le lien de ces données avec le sexe, dont l'influence sur le succès est plus marquée, sans atteindre la significativité, dans ce groupe IB que dans le groupe livret (61,7 % de succès chez les femmes vs. 48,8 %, p = 0,12) pourrait expliquer ces liens mis en évidence.

L'ancienneté dans l'établissement, liée à l'âge, est retrouvée dans ce groupe comme dans l'échantillon global (tableau 61).

Tableau 61 : ancienneté dans l'établissement et succès (groupe IB)

Ancienneté dans l'établissement > 10ans	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	27	37,0	46	63,0	73	100,0
Non	73	60,3	48	39,7	121	100,0
Total	100	51,5	94	48,5	194	100,0

Test du X² : p = 0,0016

L'usage de produits psycho-actifs illicites est associé à un plus faible taux de succès dans ce groupe, puisque les consommateurs de ces produits ne sont que 36,1 % (contre 56 %, p = 0,03) à répondre à l'IB. De même, certaines modalités de consommation d'alcool [boire pendant le temps de travail (p = 0,04), au dîner (p = 0,011) et en apéritif (p = 0,0026)] sont associées à un moins bon résultat de l'IB.

Le diagnostic DSM de dépendance (tableau 62), et les critères 3 ($p < 0,0001$), 4 ($p = 0,0033$) et 5 ($p = 0,0009$) sont fortement associés à l'échec de l'intervention.

Tableau 62 : Dépendance à l'alcool et succès (groupe IB)

Dépendance	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	5	20,0	20	80,0	25	100,0
Non	99	55,9	78	44,1	177	100,0
Total	104	51,5	98	48,5	202	100,0

Test du X^2 : $p = 0,0008$

Il reste à signaler que dans ce groupe on trouve un lien (négatif) significatif entre le succès de l'IB et la persistance ou l'apparition de perturbations des tests biologiques à un an ; pour la GGT, exprimée en % de la borne supérieure de la normale ou en classes qualitatives (GGT > norme ou non), le lien avec le succès est net (tableaux 63 et 64). Il en est de même pour le VGM, au moins dans le test quantitatif (tableaux 65 et 66).

Tableau 63 : Succès et perturbation de la GGT (groupe IB)

GGT > norme	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	8	30,8	18	69,2	26	100,0
Non	59	55,1	48	44,9	107	100,0
Total	67	50,4	66	49,6	133	100,0

Test du X^2 : $p = 0,026$

Tableau 64 : Succès et GGT en % de la normale (groupe IB)

Succès à 1 an	N	Données manquantes	Moyenne	DS	Min	Max
Oui	67	40	68,59	99,18	10,0	780,6
Non	66	34	88,56	78,00	19,2	392,0
Total	133	74	78,50	89,52	10,0	780,6

Test de Mann-Whitney : $p = 0,013$

Tableau 65 : Succès et VGM en μ^3 (groupe IB)

Succès à 1 an	N	Données				
		manquantes	Moyenne	DS	Min	Max
Oui	65	42	90,19	4,38	74,9	100,0
Non	68	32	92,55	4,75	76,0	107,8
Total	133	74	91,40	4,71	74,9	107,8

Test de Mann-Whitney : $p = 0,0024$

Tableau 66 : Succès et % de VGM supérieur à 100 (groupe IB)

	Succès à 1 an					
	Oui		Non		Total	
	n	%	n	%	n	%
VGM > 100						
Oui	-	-	3	100,0	3	100,0
Non	65	50,0	65	50,0	130	100,0
Total	65	48,9	68	51,1	133	100,0

Test du X^2 : $p = 0,0867$

Une autre conséquence mesurable de la réduction de la consommation d'alcool est un effet sur la pression artérielle. Dans le groupe IB, celle-ci est nettement inférieure dans le groupe succès que dans le groupe échec de l'intervention, tant pour la systolique que pour la diastolique (tableaux 67 et 68).

Tableau 67 : Succès et pression artérielle systolique (en mmHg) (groupe IB)

Succès à 1 an	N	Données					Médiane
		manquantes	Moyenne	DS	Min	Max	
Oui	100	7	126,44	12,85	100,0	180,0	120,0
Non	93	7	131,12	16,13	100,0	200,0	130,0
Total	193	14	128,69	14,67	100,0	200,0	130,0

Test de Student : $p = 0,0265$

Tableau 68 : Succès et pression artérielle diastolique (en mmHg) (groupe IB)

Succès à 1 an	N	Données					Median
		manquantes	Moyenne	DS	Min	Max	
Oui	100	7	73,97	7,89	50,0	100,0	70,0
Non	93	7	78,13	9,40	60,0	100,0	80,0
Total	193	14	75,97	8,87	50,0	100,0	80,0

Test de Student : $p = 0,0010$

Enfin, les perceptions de l'état de santé sont plus favorables dans les succès de l'IB, ce qui est congruent avec les données ci-dessus (tableau 69).

Tableau 69 : Succès et perception de l'état de santé (coté de 1 à 10) (groupe IB)

Succès à 1 an	N	Données manquantes	Moyenne	DS
Oui	107	0	8,03	1,57
Non	98	2	7,63	1,37
Total	205	2	7,84	1,49

Test de Mann-Whitney : **p = 0,0092**

Groupe Livret

On retrouve un lien statistique entre succès et âge (âge moyen en cas de succès 36,7 ans vs. 40,6 ans, $p = 0,0088$), et entre succès et score initial à l'AUDIT (le groupe succès a un score initial moyen plus bas succès 8,00 vs. 8,48, $p = 0,0259$). Seule la question 1 présente des réponses significativement différentes ($p = 0,0224$). Des ressources inférieures à 2 fois le SMIC sont liées au succès dans ce groupe ($p = 0,034$) – dans le groupe IB le lien était moins fort ($p = 0,0867$).

L'existence d'antécédents obstétricaux ou psychologiques à l'inclusion est dans ce groupe, contrairement à ce qui est retrouvé dans l'autre (et dans les deux pris ensemble) un facteur négativement associé au succès : tableaux 70 et 71.

Tableau 70 : Présence d'un antécédent obstétrical à l'inclusion et succès (groupe livret)

Au moins 1 antécédent obstétrical	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	7	70,0	3	30,0	10	100,0
Non	7	30,4	16	69,6	23	100,0
Total	14	42,4	19	57,6	33	100,0

Test du X^2 : **p = 0,0346**

Tableau 71 : Présence d'un antécédent psychologique à l'inclusion et succès (groupe livret)

Au moins 1 antécédent psychologique	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	6	22,2	21	77,8	27	100,0
Non	84	47,5	93	52,5	177	100,0
Total	90	44,1	114	55,9	204	100,0

Test du X^2 : **p = 0,0139**

Une pathologie à l'inclusion est associé à un plus faible taux de succès : 38,3 % vs. 51,5 %, $p = 0,05$.

Comme nous le notions plus haut, les données élémentaires de l'examen, taille, poids et IMC, ne « sortent » pas dans le groupe « livret ».

Les différences d'ancienneté dans l'établissement n'atteignent pas significativité (tableau 72, $p = 0,1345$).

Tableau 72 : ancienneté dans l'établissement et succès (groupe livret)

Ancienneté dans l'établissement > 10ans	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	33	39,3	51	60,7	84	100,0
Non	57	50,0	57	50,0	114	100,0
Total	90	45,5	108	54,5	198	100,0

L'usage de produits psycho-actifs illicites est associé à un plus faible taux de succès dans le groupe livret mais de manière non significative ($p = 0,32$). De même, certaines modalités de consommation d'alcool, mais pas nécessairement les mêmes que pour le groupe IB, sont associées à de moins bons résultats de l'intervention [boire seul ($p = 0,0048$), boire en tournée ($p = 0,045$), boire pendant le temps de travail ($p = 0,048$)]. Si le diagnostic DSM de dépendance n'est pas associé ($p = 0,1323$, tableau 73), les critères 3 ($p < 0,0073$), 4 ($p = 0,031$) et 5 ($p = 0,0003$) sont au contraire, ici comme dans le groupe IB, aussi fortement associés à l'échec de l'intervention.

Tableau 73 : Dépendance à l'alcool et succès (groupe livret)

Dépendance	Succès à 1 an				Total	
	Oui		Non			
	n	%	n	%	n	%
Oui	10	32,3	21	67,7	31	100,0
Non	87	46,8	99	53,2	186	100,0
Total	97	44,7	120	55,3	217	100,0

Test du X^2 : $p = 0,1323$

Les différences de GGT et de VGM entre succès et échecs dans le groupe livret vont dans le même sens que dans le groupe IB, mais les différences n'atteignent pas la significativité. Pour la GGT, le groupe succès présente un taux moyen de 77 % de la normale (versus 122 %). Pour le VGM, le groupe succès présente un volume moyen de $90,7 \mu^3$ (contre 91).

Les pressions artérielles ne présentent pas de différences entre succès et échec dans le groupe livret.

Bien que ces données objectives ne soient pas différentes, on retrouve de nombreuses différences dans l'état de santé subjectif, comme la perception globale de l'état de santé (tableau 74), mais aussi les troubles du sommeil dus au travail, plus fréquents chez les échecs ($p = 0,031$), le stress au travail ($p = 0,0025$), la réaction au stress par prise de médicaments ($p = 0,026$) ou par prise d'alcool ($p = 0,0006$). Les limitations dues à l'état psychologique ($p = 0,0417$) ou relationnelles ($p = 0,0066$), le vécu d'épuisement ($p = 0,0088$) ou de tristesse ($p = 0,0057$) sont également associés à l'échec.

Tableau 74 : succès et perception globale de l'état de santé (groupe livret)

Succès à 1 an	N	Données manquantes	Moyenne	DS
Oui	98	0	7,77	1,53
Non	120	1	7,32	1,62
Total	218	1	7,52	1,60

Test de Mann-Whitney : $p = 0,0226$

3.4. Facteurs prédictifs d'une réponse favorable aux interventions : régression logistique

Les analyses qui ont précédé ont permis de vérifier qu'il pouvait y avoir des différences dans les facteurs associés au succès de l'intervention dans le groupe IB et dans le groupe livret. Il a paru par conséquent nécessaire de faire deux analyses et non une analyse globale, en entrant cependant dans les deux modèles les facteurs pouvant être raisonnablement candidats au statut de facteur prédictif dans les deux groupes. Dans le groupe IB cependant, il existe des données descriptives de la réalisation de l'IB qui n'ont été évidemment gardées que dans ce seul groupe.

Parmi les associations repérées dans l'analyse univariée, certaines concernent des données qui sont considérées comme constantes (sexe...) ou à bon droit acceptables comme correctement décrites pour le moment de l'inclusion, soit que la donnée ait été recueillie à ce moment (questions de l'AUDIT et score total, par exemple) ou qu'elle ait fait l'objet d'une attention particulière dans la description rétrospective guidée par l'ARC (critères DSM). N'ont donc été entrés dans les modèles que les items qui décrivent la situation au moment de l'intervention. Les autres facteurs associés au succès doivent être considérés soit comme des conséquences de ce succès, soit liées à des conséquences du succès par un mécanisme que notre étude n'est en mesure que d'exprimer de façon hypothétique.

Résultats de l'analyse en régression logistique, groupe IB

Les variables qui ont été entrées dans le modèle sont

1. l'âge (quantitatif)
2. la première question de l'AUDIT (fréquence des consommations ordinaires) (0 à 4)
3. la troisième question de l'AUDIT (fréquence des consommations 'lourdes') (0 à 4)
4. la quatrième question de l'AUDIT (incapacité de s'arrêter) (0 à 4)
5. Le groupe d'inclusion (IB ou livret)
6. Accueil de l'intervention brève (quantitatif)
7. la consommation déclarée d'alcool à l'inclusion (quantitatif)
8. le sexe (homme ou femme)
9. la remise d'un livret (4 modalités : a : les deux livrets, b : livret « pour faire le point », c : livret « pour réduire sa consommation », ou d : aucun)
10. classes d'ancienneté dans l'entreprise (deux modalités, plus de 10 ans ou jusqu'à dix ans)
11. la consommation de produits psycho-actifs illicites (oui ou non)
12. le statut matrimonial (trois modalités : a : en couple, b : célibataire, c : séparé, veuf ou divorcé)
13. antécédents familiaux (père) de difficulté avec l'alcool (oui ou non)
14. Ressources inférieures ou égales à deux fois le SMIC (oui ou non)
15. Mode de consommation à l'inclusion : boit seul (oui ou non)
16. Mode de consommation à l'inclusion : boit à table au déjeuner (oui ou non)
17. Mode de consommation à l'inclusion : boit à table au dîner (oui ou non)
18. Mode de consommation à l'inclusion : boit en apéritif (oui ou non)
19. Mode de consommation à l'inclusion : boit en tournées (oui ou non)
20. Critère DSM de dépendance n° 1 (tolérance) (oui ou non)
21. Critère DSM de dépendance n° 2 (signes de sevrage) (oui ou non)
22. Critère DSM de dépendance n° 3 (quantités plus importantes que prévu) (oui ou non)
23. Critère DSM de dépendance n° 4 (échec de tentatives de réduction ou d'arrêt) (oui ou non)
24. Critère DSM de dépendance n° 5 (maintien de la consommation malgré dommages) (oui ou non)
25. Critère DSM de dépendance n° 6 (temps passé à consommer ou à récupérer) (oui ou non)
26. Critère DSM de dépendance n° 7 (abandon d'activité dû à la consommation) (oui ou non)

Eu égard au fait que pour l'analyse en régression logistique l'ensemble des données doivent être présentes dans chacun des dossiers, l'effectif pour l'analyse est de 129 patients, 78 observations ne comportant pas certaines de ces données.

Le tableau 75 décrit le résumé de la sélection pas à pas des critères prédictifs de réponse à l'intervention brève.

Tableau 75 : Sélection des critères prédictifs de réponse à l'IB

Résumé de la sélection pas à pas							
Etape	Effet		Degrés de liberté	Nombre de facteurs entrés	Chi ²	Chi ² Wald	p
	Entré	Sorti					
1	CDA à l'inclusion		1	1	10,4222		0,0012
2	Critère DSM-IV n°3		1	2	7,9344		0,0049
3	Remise de livret		3	3	13,2227		0,0042
4	Critère DSM-IV n°6		1	4	6,0352		0,0140
5	Age		1	5	5,3523		0,0207
6	Sexe		1	6	3,9659		0,0464
7		CDA à l'inclusion	1	5		2,7056	0,1000

Au total nos données nous permettent donc de sélectionner 5 facteurs prédictifs de réponse à l'intervention brève menée par le médecin du travail :

- la difficulté de contrôler la quantité d'alcool consommé (troisième critère DSM-IV de dépendance) a un effet sur la réponse à l'IB ;
- la remise des deux livrets ['pour réduire sa consommation' et 'pour faire le point'] (ou à moins degré, d'un seul) par le médecin du travail a un effet positif sur la réponse à l'IB ;
- le temps passé à consommer ou à récupérer de la consommation (sixième critère DSM-IV de dépendance) : effet négatif de la présence de ce critère sur la réponse à l'IB ;
- l'âge : être jeune donne une meilleure probabilité de réponse positive à l'IB ;
- le sexe : être une femme donne une meilleure probabilité de réponse positive à l'IB.

La consommation déclarée à l'inclusion, tout d'abord sélectionnée, voit son effet annulé après introduction du sexe et de l'âge, dont on sait le lien statistique fort avec la consommation d'alcool.

Le tableau 76 donne les intervalles de confiance des *odds ratios* (rapport de cotes) pour les différents facteurs sélectionnés.

Tableau 76 : intervalles de confiance des OR (facteurs prédictifs de réponse à l'IB)

<i>Odds Ratios des différents facteurs prédictifs</i>			
Effet	OR estimé	Bornes de l'intervalle de confiance 95% de Wald	
Age	0,931	0,891	0,973
Sexe Masculin vs. Féminin	0,268	0,088	0,822
Remise livret les 2 livrets vs. aucun	9,981	2,527	39,421
Remise livret Pour réduire v. aucun	5,583	1,096	28,438
Remise livret Faire le point vs. aucun	10,022	1,344	74,724
3e critère DSM oui vs. non	0,236	0,093	0,600
6e critère DSM oui vs. non	0,090	0,014	0,565

Résultats de l'analyse en régression logistique, groupe Livret

Les variables qui ont été entrées dans le modèle sont :

1. l'âge (quantitatif)
2. la première question de l'AUDIT (fréquence des consommations ordinaires) (0 à 4)
3. la troisième question de l'AUDIT (fréquence des consommations 'lourdes') (0 à 4)
4. la consommation déclarée d'alcool à l'inclusion (quantitatif)
5. le sexe (homme ou femme)
6. classes d'ancienneté dans l'entreprise (deux modalités, plus de 10 ans ou jusqu'à dix ans)
7. la consommation de produits psycho-actifs illicites (oui ou non)
8. le statut matrimonial (trois modalités : a : en couple, b : célibataire, c : séparé, veuf ou divorcé)
9. antécédents familiaux (père) de difficulté avec l'alcool (oui ou non)
10. Ressources inférieures ou égales à deux fois le SMIC (oui ou non)
11. Mode de consommation à l'inclusion : boit seul (oui ou non)
12. Mode de consommation à l'inclusion : boit à table au déjeuner (oui ou non)
13. Mode de consommation à l'inclusion : boit à table au dîner (oui ou non)
14. Mode de consommation à l'inclusion : boit en tournées (oui ou non)
15. Critère DSM de dépendance n° 1 (tolérance) (oui ou non)
16. Critère DSM de dépendance n° 2 (signes de sevrage) (oui ou non)
17. Critère DSM de dépendance n° 3 (quantités plus importantes que prévu) (oui ou non)
18. Critère DSM de dépendance n° 4 (échec de tentatives de réduction ou d'arrêt) (oui ou non)
19. Critère DSM de dépendance n° 5 (maintien de la consommation malgré dommages) (oui ou non)
20. Critère DSM de dépendance n° 6 (temps passé à consommer ou à récupérer) (oui ou non)
21. Critère DSM de dépendance n° 7 (abandon d'activité dû à la consommation) (oui ou non)

Trente-neuf dossiers ont été exclus de l'analyse pour manquer de certaines des données ci-dessus, la régression logistique a donc porté sur 180 dossiers.

Le tableau 77 donne le résultat de cette analyse pas à pas.

Tableau 77 : Sélection des critères prédictifs de réponse au livret

Résumé de la sélection pas à pas							
Etape	Effet		Degrés de liberté	Nombre de facteurs entrés	Chi ²	Chi ² Wald	p
	Entré	Sorti					
1	CDA à l'inclusion		1	1	16,5685		< 0,0001
2	Critère DSM 5		1	2	7,9099		0,0049
3	Ressource <= 2 SMIC		1	3	6,1755		0,0130

Trois items sont donc sélectionnés comme facteurs prédictifs de réponse au livret, la consommation déclarée d'alcool à l'inclusion, le cinquième critère de dépendance du DSM-IV (maintien de la consommation malgré la connaissance de dommage et des ressources inférieures ou égales à deux fois le SMIC. Le premier et le deuxième critère ont une association positive, et le deuxième une association négative avec le succès.

Le dernier tableau (78) indique les intervalles de confiance des OR pour les critères ci-dessus.

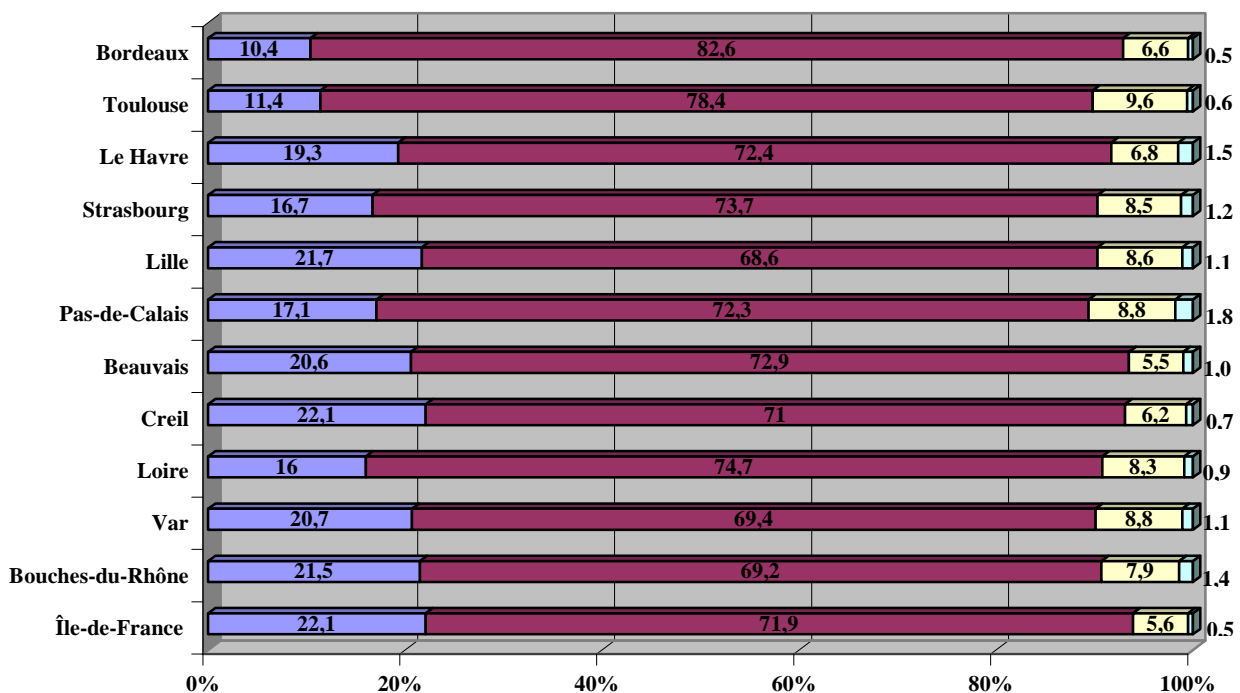
Tableau 78 : intervalles de confiance des OR (facteurs prédictifs de réponse au livret)

Odds Ratios des différents facteurs prédictifs			
Effet	OR estimé	Bornes de l'intervalle de confiance 95%	
Consommation déclarée d'alcool à l'inclusion	0,955	0,927	0,984
Ressources inférieures à deux fois le SMIC Oui vs. Non	2,434	1,112	5,325
5 ^e critère DSM-IV de dépendance Oui vs. Non	0,359	0,158	0,813

4. Discussion

1. L'échantillon initial de médecins et de services participants ne pourrait être décrit comme représentatif au sens strict, mais sa variété géographique comme celle des modes d'exercice a permis que la quasi-totalité des situations concrètes soient représentées dans l'échantillon. En particulier, les services de santé au travail sont soit autonomes (attachés aux grandes entreprises qui sont directement les employeurs des médecins du travail) soit interentreprises (associations qui emploient les médecins et auxquelles les entreprises de plus petite taille adhèrent et adressent leurs salariés, en les rémunérant au service rendu). Les entreprises de taille moyenne peuvent mettre des locaux à la disposition du service interentreprises. En France, environ 80 % des salariés ressortissent au deuxième dispositif : dans notre échantillon, c'est 80,2 % qui sont vus en centre, 9,9 % dans un cabinet sur le site de travail par un médecin extérieur à l'entreprise, et 9,9 % qui sont suivis par un service autonome. Les motifs de consultations sont tous ceux qu'on rencontre « dans la vraie vie », et leur ventilation paraît conforme aux habitudes des services participants.
2. L'étude a permis de donner une représentation à grande échelle des dimensions respectives de la consommation d'alcool à risque et problématique (mésusage sans dépendance), d'une part, et de l'alcoolodépendance, d'autre part, dans la population des salariés consultant en médecine du travail. On peut rappeler la fréquence dans l'échantillon de ces deux situations. Il serait imprudent de parler de prévalence au sens strict, et ce pour plusieurs raisons :
 - L'échantillon n'est pas issu d'un tirage aléatoire, pas plus qu'il a été constitué à partir de quotas respectant certains critères dont on sait qu'ils sont déterminants dans la fréquence des problèmes d'alcool : sexe, âge, nationalité, régions, pour ne citer que les plus aisément repérables. Si le sex ratio et la structure d'âge sont a priori respectés, il est clair que la répartition géographique de la population des salariés (et sa conséquence, la proportion d'étrangers), ne sont pas reproduits dans l'échantillon, où la région Île-de-France est surreprésentée (38 % des salariés de l'échantillon, soit plus de deux fois le poids réel de l'Île-de-France dans la population française). On peut d'ailleurs vérifier que la distribution est très différente d'une région à l'autre (figure 1).
 - L'AUDIT n'est pas un instrument diagnostique, mais un instrument de repérage, et que ses qualités informationnelles soient excellentes pour un test de repérage n'empêche pas qu'un cinquième à un quart des patients soient « mal classés », en général en excès (pour renforcer la sensibilité). On a vu plus haut (tableau 15) que parmi les personnes incluses, on retrouve 14 % d'alcoolodépendants. Ainsi les effectifs sont très nombreux, ce qui permet de calculer des intervalles de confiance très étroits : par exemple, la fréquence de la dépendance chez les hommes est de 1,46 % soit un intervalle de confiance à 95 % entre 1,29 % et 1,63 % (amplitude de $\pm 0,17$ %). Mais si 14 % des personnes supposées « à risque » sont en réalité dépendantes, cela ajoute, en reprenant les effectifs du tableau 11, 256 personnes aux 259 déjà considérées comme dépendantes sur la base de leurs scores à l'AUDIT, et l'on passe de 1,46 % à 2,91 %.
 - On peut donc dire que les phénomènes mesurés (les classes attachées aux scores AUDIT) sont ici répartis selon des ordres de grandeur comparables aux données déjà citées (étude de faisabilité d'EIST^{19, 21}), mais que, comme dans la population générale, une étude reste à faire pour établir les prévalences selon des outils diagnostiques validés (entretien alcoologique déterminant la consommation déclarée d'alcool, et les critères de dépendance de la Classification internationale des maladies ou du DSM-IV).

Figure 1 : variations régionales des fréquences des classes AUDIT
(de gauche à droite : abstinentes, faible risque, risque, dépendance)



2. Cette (relative) déformation entre population étudiée et échantillon ne doit pas faire craindre un biais dans les résultats de l'étude d'efficacité ni dans les critères prédictifs. Seuls les salariés considérés comme éligibles pour l'intervention brève du fait de leur score AUDIT pouvaient être inclus, et ils représentent donc un groupe (relativement) homogène de patients, quelle que soit leur origine géographique.
3. La sélection en deux temps (éligibilité liée au score à l'AUDIT, puis inclusion conditionnée par l'acceptation et les critères d'exclusion) modifie cependant la composition sociodémographique de l'échantillon final des personnes incluses, qui est beaucoup plus masculin (presque 82 % d'hommes) que l'échantillon des salariés ayant participé au repérage (58 %), et plus que la proportion d'hommes dans le groupe éligible des personnes à risque (71 % d'hommes). Cela n'apporte pas de biais dans les résultats mais limite le nombre de femmes incluses dans l'échantillon, ce qui fait que la puissance statistique a été réduite dans les tests concernant les femmes, au moins jusqu'à l'analyse finale sur les facteurs prédictifs qui redonne à l'efficacité de l'IB chez les femmes toute sa valeur.
4. La qualité informationnelle de l'AUDIT n'a pas été vérifiée, sauf pour le sous-groupe des inclus revus à un an pour lequel on dispose d'une seule information, c'est le nombre de salariés que leur score AUDIT a classé dans la consommation à risque alors que selon les critères DSM ils auraient dû être classés comme dépendants (14 % de ce groupe, comme déjà relevé). Il faut cependant nuancer le propos, dans la mesure où le diagnostic de dépendance portait sur la vie entière, et que parmi les personnes considérées comme telles, il y avait des dépendants qui, en passant ou non par une période d'abstinence étaient redevenus consommateurs à risque. On ne saurait donc les considérer comme des 'faux négatifs' d'un repérage de la dépendance par l'AUDIT, puisque l'on sait que l'AUDIT porte sur les 12 derniers mois.
5. Ce qui a été parfaitement confirmé cependant, c'est que les salariés qui refusent la passation du questionnaire AUDIT en salle d'attente de leur médecin du travail sont extrêmement rares :

1,8 % des consultants n'ont pas rendu l'AUDIT, dont 42 % par rejet de la démarche, les autres causes étant linguistiques (compréhension du français), ophtalmologiques et/ou cognitives. Cette étude confirme donc de façon démonstrative 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 : plus de 75 % des personnes détectées par l'AUDIT comme consommateurs à risque avaient ces tests biologiques normaux.

6. Les erreurs de calcul ou d'interprétation du score sont, pour les premières, très rares (quelques centaines sur les 33 000 questionnaires rendus) et rares pour les secondes : parmi les personnes incluses, seules 3,9 % l'ont été à tort. Encore est-il impossible de vérifier s'il s'agit d'une incompréhension du repérage par l'AUDIT ou du protocole de l'étude.
7. Le taux de non-inclusion parmi les éligibles est le même que dans l'enquête de faisabilité. Les deux tiers des éligibles ne sont pas entrés dans l'étude. La multiplication des critères d'exclusion destinée à limiter le nombre de perdus de vue y est pour beaucoup : les refus ne représentent que le tiers des pertes entre éligibilité et inclusion. Il est possible, mais improuvable, que des dépendants sur la défensive (avec un score AUDIT minimisé) soient parmi les personnes qui n'ont pas été incluses. Les causes de non-inclusion comprenant le travail précaire, des femmes se sont trouvées écartées de l'inclusion plus souvent que les hommes.
8. 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 montre un taux de réalisation de la « check-list » très élevé, dans 40 % des cas le médecin annonce qu'il a réalisé les huit points qui constitue l'IB. Le point le moins réalisé, c'est « offrir la possibilité d'un autre rendez-vous », non réalisé dans un tiers des cas. La délivrance d'un livret (ou des deux) est assez importante en terme de fréquence (plus de 80 des cas), mais surtout en terme de pronostic (voir plus bas, facteurs prédictifs). L'accueil a été jugé bon dans l'immense majorité des cas, et le pronostic des médecins est globalement optimiste... mais pas du tout prédictif du résultat.
9. Les salariés inclus et revus à un an, qui sont par définition différents de l'ensemble des salariés, ne serait-ce que parce qu'ils ont la complaisance d'accepter d'entrer dans l'étude et d'y rester, annoncent presque tous une relation confiante avec leur médecin du travail. Il est envisageable qu'une partie des personnes qui ont refusé de participer à l'étude, ou qui ont été inclus et ne sont pas revenus à un an, craignaient pour eux des conséquences négatives à leur participation. Mais nous n'avons pas à ce jour de preuve ni pour l'affirmer ni pour le rejeter.
10. La principale source de biais potentiel a été le taux très élevé, beaucoup plus fort qu'anticipé après l'étude de faisabilité, d'absence au rendez-vous un an après l'inclusion . On attendait en effet entre 5 et 20 % de « perdus de vue » ; au final, 437 sur 787 inclus ont été revus à un an, ce qui correspond à un taux de perdus de vue de 44,5 %. Le tableau 6 montre que malgré la volonté de refixer un rendez-vous, et d'élucider les absences itératives, 125 salariés n'ont pas répondu aux convocations sans qu'on sache la cause finale de leur absence ; et que la mobilité professionnelle volontaire ou non a provoqué de nombreuses absences. Cette donnée, un taux particulièrement élevé de perdus de vue, pose le problème le plus difficile de cette discussion : peut-on sans risque renoncer à un traitement statistique en intention de traiter, qui était prévu dans le protocole. Pour répondre à cette question, nous avons examiné soigneusement la répartition des perdus de vue entre les deux groupes IB et livret (il n'y a pas de différence), et comparé l'ensemble des caractéristiques qui n'étaient pas reliées directement à la consommation d'alcool. Cette comparaison nous a fait constater que pour la quasi-totalité des données sociodémographiques et professionnelles les deux groupes sont identiques, ce qui indique que l'absence au rendez-vous est un phénomène malheureux en terme de puissance statistique, mais qui n'a vraisemblablement pas introduit de biais dans les deux groupes « intervention » et « livret ». Nous considérons donc que nous pouvons à bon droit et à faible

risque conduire l'analyse sur l'effectif des seuls salariés présents au rendez-vous de suivi à un an, comme s'ils avaient été les seuls inclus.

11. L'ensemble de l'analyse constitue ensuite un tout cohérent. Le premier constat est celui d'un taux de succès très élevé dans les deux groupes, au point qu'on a renoncé à parler de « groupe témoin » pour 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 : (a) l'effet étude : les salariés inclus entrent dans l'étude à un moment où ils se posent des questions sur leur alcoolisation, et l'étude leur donne en effet la possibilité de concrétiser un mouvement spontané vers le changement ; (b) l'effet de complaisance : on attend de moi que je réduise ma consommation d'alcool et pour ne pas décevoir cette attente, soit je réduis effectivement, soit je dis que j'ai réduit ; (c) l'effet livret : les salariés trouvent dans le livret INPES les motivations et les informations qui caractérisent les principes du 'self-change' et le livret a donc effectivement un effet sur le changement ; l'effet d'intervention non contrôlée de l'assistante, qui appuie, malgré les consignes expresses données de n'en rien faire, la délivrance du livret de conseils de réduction actifs ; (e) l'effet de régression à la moyenne : comme on supprime pour l'inclusion les personnes de l'échantillon qui sont en-dessous du seuil de risque, ce qui reste du groupe, au-dessus de ce seuil, évoluant selon une courbe de Gauss, va forcément avoir des individus qui passent au-dessous du seuil (et donc tirer la moyenne vers le bas). Nous avons tendance à penser que l'ensemble de ces raisons sont vraies, mais de poids inégal. L'effet 'intervention non contrôlée' est faible d'après les comptes rendus que nous avons collecté dans les services participants. La sous-déclaration de complaisance et l'effet étude sont vraisemblables, mais sans qu'il existe de raisons de croire à des différences d'intensité de ces effets entre les deux groupes. Nous pensons, sans preuve absolue, mais sur la base de la littérature qui s'accumule aujourd'hui en faveur du self-change et des outils de self-help, que le livret est un produit de prévention actif. L'analyse des facteurs prédictifs d'une réponse au livret, que nous analyserons plus bas, va à notre avis en ce sens. Nous avons choisi, pour des raisons éthiques, de comparer l'IB délivrée par le médecin du travail à une intervention minimale et non à une intervention absente. Nos résultats sont en faveur d'un effet de cette intervention minimale, sans la prouver toutefois. Force est de constater la réduction importante du score AUDIT et de la CDA dans ce groupe, dont 45 % sont devenus à un an des consommateurs à faible risque ou des abstinents.
12. La comparaison en terme d'efficacité de l'intervention brève avec cette intervention minimale est donc d'autant plus nécessaire. Le critère de jugement principal choisi dans le protocole et définissant le succès était le score AUDIT à un an inférieur au seuil indiquant une consommation à risque, 6 ou 7 selon le sexe. Notre premier résultat, établi sur ce critère, montre une différence non significative avec le groupe livret, avec un p à 0,15. Par contre, plusieurs critères de jugement secondaires, qui étaient prévus au protocole, ont montré des différences significatives, voire très significatives (tableaux 20 à 26). 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.
13. L'influence de la consommation d'alcool sur l'état de santé ressenti ou sur des données objectives comme la pression artérielle est connue, et c'est pourquoi la démonstration apportée d'un lien statistique fort entre, d'une part, l'état de santé ressenti et le groupe de randomisation (en faveur d'un ressenti de la santé plus favorable et d'une PA plus basse dans le groupe IB que dans le groupe livret, tableau 27), ou, d'autre part, dans le groupe succès par rapport au groupe échec (tableaux 29 à 33, qui incluent le lien entre GGT et VGM et réduction de la consommation) est un facteur qui doit encourager à percevoir les interventions de prévention secondaire auprès des consommateurs excessifs d'alcool comme efficaces non seulement sur la consommation mais aussi sur les facteurs de risque médiateurs entre consommation et dommages.

14. L'analyse des facteurs associés au succès des interventions montre que l'âge, le sexe, l'existence de critères de dépendance à l'alcool (plus que la dépendance elle-même, la notion de perte de contrôle de la quantité et le temps passé à récupérer), mais aussi, parmi les modalités de l'IB, la remise d'un ou de deux livrets sont retrouvés comme facteurs prédictifs de succès des interventions délivrées par le médecin du travail. Malgré le faible nombre de femmes, l'étude montre leur réactivité supérieure au conseil du médecin ; elle montre que les jeunes salariés (moins de 50 ans) sont eux aussi plus « réactifs » ; que le livret ou ce qu'il manifeste de l'attention à la situation est un élément indispensable d'une IB bien menée (ce qui renforce notre sentiment sur la place propre du livret dans l'autre groupe). Nos résultats montrent aussi l'importance de renoncer à une vision binaire de la dépendance (rien en dessous de trois critères, dépendance dès qu'ils sont là) : certains critères de la dépendance, présents chez de nombreux patients dits « non dépendants », sont importants à comprendre pour mieux 'conseiller' les patients.
15. Le groupe livret n'a pas... livré tous ses secrets. Il donne des informations triviales (plus le score est proche du seuil inférieur de la consommation à risque avant l'intervention, plus on a de chance de passer au-dessous de ce seuil après celle-ci – autrement dit, il est plus facile d'aller en Allemagne à pied quand on habite Strasbourg que si on vit à Brest) ; mais aussi deux informations moins attendues, l'une sur un critère du DSM (le maintien de la consommation malgré les dommages, le noyau dur des critères de Goodman pour l'addiction), prédictive de l'échec ; et l'autre sur le niveau de ressource : plus on gagne, moins on est sensible à l'effet du livret.
16. L'ensemble de ces informations forme un tout assez cohérent, qui permet d'envisager une reproductibilité très forte des dispositifs comparés dans l'ensemble des services de santé au travail : (a) l'AUDIT est un outil facile et acceptable ; (b) le repérage permet de conseiller les 6 à 10 % de salariés qui ont une consommation d'alcool à risque ; (c) 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 ; (d) les effets du livret seul sont plutôt limités aux moindres risques, aux moindres dépendances, aux moindres ressources ; (e) les effets des IB sont supérieurs à ceux des livrets, et particulièrement chez les jeunes, et chez les femmes ; (f) avec la consommation, c'est bien le risque attaché aux dommages qui se réduit, comme on le mesure avec les données biologiques, et avec la réduction du stress et de la dépressivité.
17. L'analyse des données d'EIST est loin d'être achevée. On s'intéressera en particulier aux aspects techniques des dimensions de l'AUDIT, et aux réductions du risque parmi ceux qui ont les plus fortes consommations déclarées au moment de l'inclusion, tant il est vrai que ceux qui passent d'une consommation de 90 à 60 grammes d'alcool pur par jour diminuent plus leur risque lié à l'alcool que ceux qui passent de 50 à 20.

5. Conclusion

L'étude EIST, première étude randomisée contrôlée sur l'efficacité des IB auprès des consommateurs excessifs d'alcool 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 médecins du travail, elle ouvre un nouveau champ d'activité pour la prévention secondaire. L'INPES, l'ANPAA et tous ceux qui, au sein des services de santé au travail et dans les entreprises, travaillent à la réduction des risques pourront se saisir de ces résultats pour promouvoir les outils qui ont été mis au point et validés dans cette étude.

6. Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des participants à cette étude, ceux qui ont contribué à son comité de pilotage, les soutiens financiers (Ministère de la santé, INPES, Mutualité française, MILDT, SMTOIF), et tous les collègues de l'ANPAA qui nous ont si amicalement prêté main forte lorsqu'il a fallu être partout à la fois.

Une mention spéciale est due au Dr Pierre Arwidson, de l'INPES, qui nous a donné l'audace de proposer une ERC, à Mme Colette Ménard, pour sa fidèle présence et ses conseils, à Mme le Dr Dominique Martin, qui a permis au Ministère de la santé de se saisir de la problématique du RPIB, et au groupe OMS de l'étude de phase IV, Nick Heather en tête, qui a donné l'impulsion et l'exigence de rigueur.

Le Comité de pilotage :

Dr Marie-Françoise Delorme, CEMABCA
Dr Gérald Demortière, AMETIF
Dr Damien Duquesne, CDMT
Dr Véronique Kunz, MEDISIS
Dr Lise Lafferayrie, AIMT83
Dr Christian Massardier, SIMTR
Mme Colette Ménard, INPES
Dr. Alain Rigaud, ANPAA
M. Christian Rossignol, ANPAA
Dr Sophie Taleghani, AIST
Dr Anne-Marie Tavart-Aradener, SNCF

Les collègues de l'ANPAA :

Mme Alice Beaurain, ANPAA 31
M. Pierre Cano, ANPAA 13

Les médecins du travail et assistant(e)s des sociétés suivantes :

AGF IART	CMHI	MSA
AIMT 83	CPAM 75	Mutualité Sociale Agricole
AIMT13	CRAMIF	Peugeot
AIMT13 SMC	Crédit Lyonnais	RMN
AIMTPAS	Dresser- Rand	SERSIMT
AIST	EADS Astrium	Service Centre Auchan
AIST83	EADS ST	SIMTR
ALSET	EDF	SMI
AMEST	FAURECIA	SMIBTP
AMETIF	FORD AQUITAINE	SMITR
AMST	INDUSTRIE	SMTVO
AST 67	GAN	SNCF
AXA Entreprise	Hachette Lire	Société TUDOR
BP France	Police nationale	Société Visteon
CAF	La Poste	STMT
Centre hospitalier Victor Dupouy	MEDISIS	YST
	MMA	ZF Sachs

Mesdames et Messieurs les docteurs :

Béatrice ACHARD
Marie-Christine ALFROID
Xavier ALRIC
Danièle AMSELLEM
Isabelle ARASZKIEWI
Odile ATTRAIT
Florence AUGAIT
Luc BAELDE
Alain BARDET
Lisette BAROUH
Catherine BENDJOU
Michèle BENHAMOU
Annie BEUGNIEZ
Catherine BEYSSIER
Fabienne BLANCHARD
Geneviève BOHARD
Dominique BONNET
Fanny BORUSIAK
Fettuma BOUDERBAL
Sylvie BOUDIAS
Dominique BOURRIER
Florence BOUVELOT
Catherine BRANDON
Marie-Odile BRAS DUCOIN
Marie-Christine BRETEAU
Denise CAPELLA
Jocelyne CARMONA
Erika CASTRO
Jeanine CATUSSE
Christine CHAUX-ALLEGRE
Florence CHIMITS
Jeanine CIEBIEN-N'GUYEN
Dorothee CLAUDE
Sylvie COLOMBO
Monique COMBIS
Isabelle CORNEE-LEPLAT
Gérard COUTEUX
Gérard CRETOLLIER
Catherine DAMUSEAU
Martine DAPOZZO
Lucile DE BRETTEVILLE
Yveline DEGUISNE
Gérard DELAFORGE
Séverine DELATTRE
Christine DEROUET
Marie-Catherine DESCAMPS
Patrick DESOBRY

Dorothee DHALLUIN
Sonia DYMNY
Maryline ETAIX
Martine FAURE
Daniel FERREIRA
Marie-Thérèse FICHAUX
Dominique FRAYSSE
Brigitte GAGNANT
Véronique GALIANA
Yvette GALLAND
Josette GANIER
Christiane GOYER
Eric GRIMAUULT
Brigitte GROSSET
Alain GUIBAL
Francine GUILLOU
Christiane GUYOT
Corinne HECTOR
Annick HIAULT
Marie-Noëlle HUET
Patrick JAVOY
Bénédicte JEAN
Catherine JEGOU
Roger JOURDAN
Marie-Odile KEISSER
Christine KOCH
Nathalie KRAUS
Véronique KUNZ
Evelyne LABOURIE
Lise LAFFERAYRI
Christine LAHAYE
Annick LAIGLE
Hervé LALIN
Annick LAMOITTE-PARIS
Elisabeth LAPEYRERE
Marie-Hélène LE SAINT
Xavier LE TOURNEAU
Rémi LE TREQUESSER
Laurence LE YONCOURT
Micheline LELOUCH
Micheline LOZE-BERTHET
Nathalie LUCZKOW-PARIS
Marie-Christine MAREK
Eric MARLIER
Catherine MARTIN
Christian MASSARDIE
Evelyne METRAS

Joëlle MICHEL
Brigitte MORAND
Chantal MOUTET-KREBS
Marthe MOUTON
Elisabeth NEVEU
Alexandre N'GUYEN
Myhana NGUYEN KHOA
Michel NIEZBORALA
Daniel NOTARDONA
Evelyne NOYER-BOKOBZA
Michel PARIS
Christine PARLANTI-BERGER
Christine PASQUIER
Evelyne PAVILLARD
Patrice PETEL
Jacqueline PETIOT
Monique PETIT
Françoise PEYRONNIN
Sylvie PICART
Marie-Christine PRESSE
Gérard PREVOTAT
Cécile PRUNET
Gisèle RELIER
Michèle REURE
Danièle RHODIER
Véronique ROBE
Françoise ROBERT
Colette ROUSSEL
Sabine SENECA
Christine SENECHAL
Anne SYMOENS-DOUBLET
Sophie TALEGHANI
Socfane TAM TSI
Anne-Marie TAVART
Anne THEVENIN-PAILLOUX
Claire THOMAS
Michèle TUMERELLE
Fabienne VAN BUTSELE
Isabelle VATRY
Danielle VAUTRIN
Christian VENTURE
Hélène VERDIER
Claudette VIGNAULT
Michel VIOSSAT
Maryse WAVELET

Mesdames et Messieurs les assistant(e)s :

Siam ABED	Josette FOTI	Nathalie MENRATH
Annie ABID	Christine FOUCHE	Annie MERCIER
Sylvie ALLEGRE	Marie-Christine FRANCOIS	Marlène MICHELLE
Étienne AMESTOY	Véronique FROSSARD	Séverine MIDDERNACHT
Catherine ANDREINI	Chantal FRUTOS	Ghislaine MILLIER
Viviane ASSOUAN	Marie-Thérèse GANDOUET	Chantal MOULIN
Monique BALCER	Christelle GARCIA	Christiane MULARD
Martine BANCHET	Nicole GAVIRA	Carine NAREL
Audrey BELLIN	Eric GIDELSKI	Valérie NOEL
Céline BENOIT	Christian GLAVASEVIC	Brigitte NOEL
Véronique BERTHEUIL	Sylvie GRAND	Christine NOEMIE
Marie-Claude BIZET	Céline GRILLI	Marie NUNES
Betty BLAISE	Virginie GRILLOT	Izabella OBEDIA
Marie-Françoise BLOIS	Marie-Anne GRISVARD	Catherine PANEL
Nathalie BŒUF	Sandrine GUILLAUME	Isabel le PAOLPI
Séverine BONNOT	Pascale GUMPEL	Natalie PARENTE
Frédérique BOSSA GIRARDIN	Fabienne HELLEBOUT	Christelle PARIETTI
Catherine BOURCILLIER	Béatrice HERMAND	Nicole PELLISSIER
Madeleine BOUZY	Laurianne HOELLARD	Marie-Claude PERRON
Dominique BOYER	Marjolaine HUBAULT	Alison PERSANT
Fabienne BRICHE	Monique HUBERT	Cathy PHAN DONG
Claudine BURKHART	Evelyne KARDOUSS	Sylvie POITOUT
Chantal CADIERGUES	Valérie KOCIALKOWSKI	Stéphane POMAREDE
Fanny CARTIER	Karine KUNZ	Nadège POTDEVIN
Catheline CHAN KUONG	Brigitte LA PLANTE	Sabine REBOIS
Marie-Noël CHAPEU	Marianne LADEN	Claire REBROND
Nadine CHATELAIN	François LAMUR	Corinne RENAULT
Isabelle CHESNAIS	F. LANGUE	Pascale RICHARD
Viviane CHLOUCH	Elisabeth LANSADE	Gabrielle RIPP
Laëtitia COLLION	Annie LE NET	Marion ROQUET
Chantal COSTE	Françoise LE NOAN	Nathalie ROUAULT
Pauline CRESPO	Hélène LEBRUN	Karine ROUX
Isabelle CRETEL	Sandrine LECOMTE	Anita SCHAFFNER
Florence CROISY	Michelle LEGUY	Anne-Laure SELLE
Luc DEFLANDRE	Emiline LEMAIRE	Monique SERBIELLE
Michèle DEFRAIN	Marie-Estelle LEON	Sylvie STAUB
Nadine DELAROCHE	Sarah LEROY	Irène STREIFF
Claire DELTOUR	Nathalie LETHIEN	Agnès STUDER
Jocelyne DHAENENES	Dominique LIOT	Christèle THIERRY
Martine DOBRAS	Véronique LOMBARD	Martine THOLOT
Bernadette DOOGHE	Jacqueline LOTZ	Sandra TISSERAND
Stéphanie DORE	Monique LOUIS	Jamila TRABELSI
Céline DOUHAIRET-PEREIRA	Françoise MACH	Catherine TREMELET
Sandrine DUBREUIL	Marie-Pierre MALVICINO	Dominique VADON
Annie DUMETS	Cécile MANGEOT	Jacqueline VANCANT
Bernadette DUMUR	Corinne MATTIO	Sophie WEBER
Magali DUPONQ	Michel MAURER	Bénédicte WEPPLER
Hélène DURAND	Caroline MAZZOLA	Kadra ZAZOUI
Christine FALANGA	Sandrine MELOT	Nathalie ZIZA
Jacqueline FAYOLLE	Monique MELOT	
Sabine FLAMENT	Soraya MENACER-SIMON	

7. Annexes


Annexe 1 : AUDIT

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire permet d'évaluer par vous-même votre consommation d'alcool. Merci de le remplir en cochant une réponse par ligne. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question.

Pour votre information, nous vous rappelons que tous les verres ci-dessous contiennent la même quantité d'alcool pur et sont définis comme "un verre standard" dans ce questionnaire. Mais attention : une canette de 50 cl d'une bière forte (8°6 ou 10°) contient l'équivalent de 4 verres standard et une bouteille de vin contient 8 verres standard.

Un verre standard représente une de ces boissons :

							
7 cl d'apéritif à 18°	2,5 cl de digestif à 45°	10 cl de champagne à 12°	25 cl de cidre « sec » à 5°	2,5 cl de whisky à 45°	2,5 cl de pastis à 45°	25 cl de bière à 5°	10 cl de vin rouge ou blanc à 12°

- 1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?**

jamais <input type="checkbox"/>	1 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"/>
---------------------------------	--	---	--	--

- 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"/>
-------------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

- 3/ Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?**

jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	--	--	--

- 4/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?**

jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	--	--	--

- 5/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?**

jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	--	--	--

- 6/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?**

jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	--	--	--

- 7/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?**

jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	--	--	--

- 8/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?**

jamais <input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par mois <input type="checkbox"/>	une fois par semaine <input type="checkbox"/>	chaque jour ou presque <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	--	--	--

- 9/ Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?**

non <input type="checkbox"/>	oui mais pas dans les douze derniers mois <input type="checkbox"/>	oui au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/>
------------------------------	--	--

- 10/ Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?**

non <input type="checkbox"/>	oui mais pas dans les douze derniers mois <input type="checkbox"/>	oui au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/>
------------------------------	--	--

Date : ___ / ___ / ___

score :

Annexe 2 : Check-list BMCM d'une intervention brève alcool

- 1. Restituer le score du test de repérage**
- 2. Expliquer le risque alcool**
- 3. Parler du verre standard**
- 4. Discuter l'intérêt de la réduction du point de vue du patient**
- 5. Exposer des méthodes utilisables pour réduire sa consommation**
- 6. Proposer des objectifs, laisser le choix**
- 7. Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation**
- 8. Remettre un des livrets INPES**

MODE D'EMPLOI DU CAHIER DE BORD

▪ **Pour tous les salariés :**

- Remettre le questionnaire AUDIT à tous les salariés, qui doivent tous le remplir et le restituer à l'assistant(e).
- Remplir dans le cahier de bord, une ligne par salarié (une ligne sur deux pages) : sexe, âge, motif de consultation, questionnaire AUDIT rendu, cause de non remplissage de l'AUDIT, score AUDIT, salarié éligible, salarié éligible mais non inclus ou salarié éligible et inclus.

*Le salarié est éligible si son score à l'AUDIT est :
pour un homme, entre 7 et 12 inclus
pour une femme, entre 6 et 12 inclus*

▪ **Si le salarié n'est pas éligible :**

- Mettre l'original de l'AUDIT dans le classeur des salariés non inclus et garder le double (feuillet coloré) dans le dossier de votre établissement.

▪ **Si le salarié est éligible :**

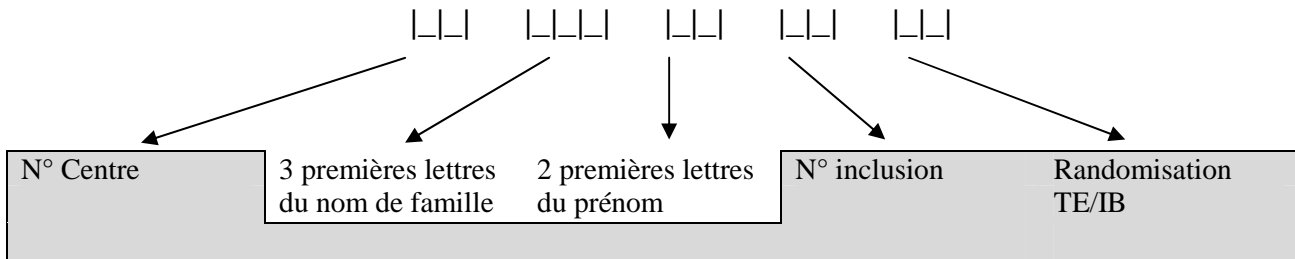
- Vérifier l'absence de motifs d'exclusion :
 - Âge <18 ans
 - Visite à l'initiative du salarié
 - Salarié en "poste de sécurité"
 - Salarié cessant son activité dans l'année (CDD, retraite, congés)
 - Non francophone
 - Maladie psychiatrique ou somatique sévère
- Si aucun motif d'exclusion n'est retrouvé : proposer l'entrée dans l'étude et présenter au salarié la lettre de consentement pour sa participation.

1. Le salarié a un motif d'exclusion ou refuse de participer à l'étude :

- Renseigner la colonne "Si salarié éligible mais non inclus" du cahier de bord.
- Mettre l'original de l'AUDIT dans le classeur des salariés non inclus et garder le double (feuillet coloré) dans le dossier de votre établissement.

2. Le salarié accepte de participer à l'étude, il est donc inclus :

- Ouvrir un nouveau dossier "salarié inclus". Sur la couverture du dossier salarié, remplir les trois premières lettres de son nom de famille et les deux premières lettres de son prénom dans les cases vides du numéro d'inclusion.



- Lui faire signer la lettre de consentement éclairé et la glisser dans la pochette correspondante de son dossier "salarié inclus".
- Mettre l'original de l'AUDIT dans son dossier "salarié inclus" et garder le double (feuillet coloré) dans le dossier de votre établissement.
- Renseigner la colonne "Si salarié éligible et inclus" du cahier de bord, **en recopiant le numéro d'inclusion.**

QUOI QU'IL ARRIVE, BIEN RAPPELER AU SALARIE QUE L'ETUDE EST ANONYME ET SOUMISE AU SECRET MEDICAL.

NE PAS COMMENTER LES RESULTATS.

Pour toutes informations, questions, problèmes :
M. Gregg LOBBAN
Attaché de recherche clinique
01 46 69 01 83 ou bmcm@anpa.asso.fr

N° étude	Sexe F ou M	Âge	Motif principal de consultation	Questionnaire AUDIT rendu	Causes de non-remplissage de l'AUDIT	Score AUDIT T (0 à 40)	Salarié éligible ?	Si salarié éligible mais non inclus	Si salarié éligible et inclus
			1- Visite d'embauche 2- Visite périodique 3- Visite de reprise 4- Visite à l'initiative du salarié 5- Autres (à préciser)	1- Oui, rendu complet 2- Oui, rendu incomplet et complété avec l'assistant(e)* 3- Non rendu* * remplir dans ces cas la cause de non remplissage	1- Refus/Rejet du questionnaire 2- Incompréhension des consignes 3- Incompréhension d'une ou plusieurs questions 4- Ne parle pas français 5- Ne lit pas le français 6- Mal voyant et/ou oubli des lunettes 7- Manque de temps en salle d'attente 8- Autres		<u>Motifs d'exclusion :</u> 1- Âge < 18ans 2- Visite à l'initiative du salarié 3- Salarié en poste de sécurité 4- Salarié cessant son activité dans l'année (retraite, fin de CDD, congé prolongé) 5- Non francophone 6- Maladie somatique ou psychique sévère <u>Motifs de refus :</u> 7- Refus de la biologie 8- Autres causes de refus de participer	* Numéro d'inclusion à recopier (seuls les salariés inclus ont un numéro d'inclusion)	
1	_	_ _	_ _____	_	_ _____	_ _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	|_|_____	|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|
2	_	_ _	_ _____	_	_ _____	_ _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	|_|_____	|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|
3	_	_ _	_ _____	_	_ _____	_ _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	|_|_____	|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|
4	_	_ _	_ _____	_	_ _____	_ _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	|_|_____	|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|
5	_	_ _	_ _____	_	_ _____	_ _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	|_|_____	|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|
6	_	_ _	_ _____	_	_ _____	_ _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	|_|_____	|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|

ETUDE NATIONALE EIST 2005-2006

Efficacité de l'intervention brève en santé au travail

RECUEIL DE DONNEES

Questionnaire en 3 parties

- *pour le salarié*
- *pour l'attaché de recherche clinique*
- *pour le médecin du travail*

Date d'inclusion : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Numéro d'inclusion : |_|_| |_|_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
Date du recueil des données : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Biologie à l'inclusion : oui non

Signature ARC :

Commentaires :

RECUEIL DE DONNEES

Ce questionnaire doit être rempli par le salarié lui-même.

L'étude nationale EIST, réalisée auprès de 30 000 salariés, a pour but d'évaluer l'efficacité de l'information donnée par le médecin du travail et les livrets, concernant la consommation à risque d'alcool. Pour les 800 salariés, dont vous faites partie, qui ont accepté de participer à l'étude, **ce questionnaire, anonyme et confidentiel**, permettra de connaître votre opinion sur votre santé, vos conditions de vie et vos conditions de travail.

La personne qui recevra votre questionnaire **travaille pour l'enquête indépendamment de votre médecin du travail**. Sauf si vous nous le demandez, vos réponses ne lui seront pas communiquées. Seule une copie du dernier questionnaire (page 5) lui sera remise pour lui permettre de discuter avec vous, comme lors de la première consultation.

Nous vous remercions de le remplir soigneusement. Merci beaucoup de votre participation.

Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 J J MM AAAA

Ces propositions concernent votre travail. Cochez la réponse qui correspond le mieux à votre opinion

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1	Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail				
2	Je suis fréquemment interrompu(e) dans mon travail				
3	J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail				
4	Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires				
5	Mon travail exige des efforts physiques				
6	Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant				
7	Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs				
8	Je reçois le respect que je mérite de mes collègues				
9	Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles				
10	On me traite injustement dans mon travail				
11	Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement non désiré dans ma situation de travail				
12	Mes perspectives de promotion sont faibles				
13	Ma sécurité d'emploi est menacée				
14	Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation				
15	Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail				
16	Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes				
17	Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant				
18	Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles				
19	Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives				
20	Mon travail me demande d'être créatif (ive)				

Cochez si vous n'êtes pas concerné

Les questions qui suivent portent sur **votre travail actuel tel qu'il est** . Cochez la réponse qui convient le mieux.

← Cochez si vous n'êtes pas concerné

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
21	Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même				
22	Mon travail demande un haut niveau de compétence				
23	Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail				
24	Dans mon travail, j'ai des activités variées				
25	J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail				
26	J'ai la possibilité de développer mes compétences professionnelles				
27	Mon travail demande de travailler très vite				
28	Mon travail demande de travailler intensément				
29	On ne me demande pas d'effectuer une quantité de travail excessive				
30	Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail				
31	Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes				
32	Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense				
33	Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard				
34	Mon travail est très « bousculé »				
35	Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail				
36	Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés				
37	Mon supérieur prête attention à ce que je dis				
38	Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien				
39	Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés				
40	Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents				
41	Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt				
42	Les collègues avec qui je travaille sont amicaux				
43	Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien				

Votre travail et votre santé

44	Dans l'ensemble, comment estimez-vous votre état de santé ? Placez-vous sur cette échelle de 1 (très mauvais) à 10 (très bon) en cochant <input checked="" type="checkbox"/>	Très mauvais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Très bon
45	Pensez-vous que votre travail influence votre santé ? Non, mon travail n'influence pas ma santé <input type="checkbox"/> Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé <input type="checkbox"/> Oui, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé <input type="checkbox"/>											
46	Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de mon travail Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/> Pas d'accord <input type="checkbox"/> D'accord <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>											
47	Il m'arrive de ne pas dormir parce que je pense à mon travail Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/>											
48	Dans l'ensemble, estimez-vous que votre travail est fatigant ? Placez-vous sur cette échelle de 1 (pas du tout fatigant) à 10 (extrêmement fatigant) en cochant <input checked="" type="checkbox"/>	Pas du tout fatigant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrêmement fatigant
49	Dans l'ensemble, estimez-vous que votre travail est stressant ? Placez-vous sur cette échelle de 1 (pas du tout stressant) à 10 (extrêmement stressant) en cochant <input checked="" type="checkbox"/>	Pas du tout stressant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrêmement stressant
50	Quand vous êtes très fatigué(e) ou stressé(e) par votre travail, que faites-vous de préférence ? (3 réponses maximum)											
	Je prends des médicaments <input type="checkbox"/> Je fais du sport <input type="checkbox"/> Je regarde la télévision <input type="checkbox"/>											

	Je vais voir le médecin <input type="checkbox"/>	Je lis ou j'écoute de la musique <input type="checkbox"/>	Je mange <input type="checkbox"/>
	Je m'absente de mon travail <input type="checkbox"/>	Je consomme davantage de tabac ou d'alcool <input type="checkbox"/>	Je dors davantage <input type="checkbox"/>
	Autre <input type="checkbox"/>	Précisez	
51	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous changé de poste ou de travail en raison de votre état de santé ?		
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Non, mais j'ai essayé <input type="checkbox"/>	Non, pas de problème de santé <input type="checkbox"/>	
52	Au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous eu d'arrêts maladie ? (hors accidents du travail ou maternité)		
			_
53	Combien de jours ces arrêts ont-ils représenté ?		
			_ _
54	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un ou plusieurs accidents du travail (hors trajet)		
	Pas d'accident <input type="checkbox"/>	2 accidents <input type="checkbox"/>	
	1 accident <input type="checkbox"/>	3 accidents ou plus <input type="checkbox"/>	
55	Au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous eu d'accidents de trajet ?		
			_
56	Combien de jours d'arrêts de travail avez-vous eus du fait de ces accidents ?		
			_ _
57	Souhaitez-vous changer de poste de travail ?		
	Oui, rapidement <input type="checkbox"/>	Oui, plus tard <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Quelle que soit votre réponse, indiquez pour quelle(s) raison(s) :		
	Le contenu du travail <input type="checkbox"/>	Le salaire <input type="checkbox"/>	L'ambiance de travail <input type="checkbox"/>
	Les risques du travail <input type="checkbox"/>	Votre âge <input type="checkbox"/>	
	L'organisation de travail <input type="checkbox"/>	La sécurité de l'emploi <input type="checkbox"/>	
58	Vous arrive-t-il de vivre au travail les situations difficiles décrites ci-dessous ? Une personne (plusieurs) se comporte(nt) systématiquement avec vous de la façon suivante...		
		Oui, actuellement	Oui, dans le passé
			Non
	Vous ignore, fait comme si vous n'étiez pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tient sur vous des propos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vous empêche de vous exprimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vous ridiculise en public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Critique injustement votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vous charge de tâches inutiles ou dégradantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sabote votre travail, vous empêche de travailler correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Laisse entendre que vous êtes mentalement dérangé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vous dit des choses obscènes ou dégradantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vous fait des propositions à caractère sexuel de façon insistante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime, de la part du public dans le cadre de votre travail...		
	D'une agression verbale	Oui <input type="checkbox"/>	Combien de fois ? ||_||
			Non <input type="checkbox"/>
	D'une agression physique ou sexuelle	Oui <input type="checkbox"/>	Combien de fois ? ||_||
			Non <input type="checkbox"/>

Ces propositions concernent votre santé : cochez selon votre degré d'accord

60	Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :				
	excellente <input type="checkbox"/>	très bonne <input type="checkbox"/>	bonne <input type="checkbox"/>	médiocre <input type="checkbox"/>	mauvaise <input type="checkbox"/>
61	En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité(e) pour monter, par l'escalier, plusieurs étages ?				
	oui, beaucoup limité(e) <input type="checkbox"/>	oui, un peu limité(e) <input type="checkbox"/>	non, pas du tout limité(e) <input type="checkbox"/>		
62	Au cours de ces 4 dernières semaines, en raison de votre état physique, avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (cela vous a-t-il demandé un effort supplémentaire) ?				
	Oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		
63	Au cours de ces 4 dernières semaines, en raison de votre état psychologique [comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)], avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?				
	Oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		
64	Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?				
	en permanence <input type="checkbox"/>	une bonne partie du temps <input type="checkbox"/>	de temps en temps <input type="checkbox"/>	rarement <input type="checkbox"/>	jamais <input type="checkbox"/>
65	Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?				
	nulle <input type="checkbox"/>	très faible <input type="checkbox"/>	faible <input type="checkbox"/>	moyenne <input type="checkbox"/>	grande <input type="checkbox"/>
					très grande <input type="checkbox"/>
66	Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes-vous senti(e) épuisé(e) ?				
	en permanence <input type="checkbox"/>	très souvent <input type="checkbox"/>	souvent <input type="checkbox"/>	quelquefois <input type="checkbox"/>	rarement <input type="checkbox"/>
					jamais <input type="checkbox"/>
67	Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes-vous senti(e) très nerveux(se) ?				
	en permanence <input type="checkbox"/>	très souvent <input type="checkbox"/>	souvent <input type="checkbox"/>	quelquefois <input type="checkbox"/>	rarement <input type="checkbox"/>
					jamais <input type="checkbox"/>
68	Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?				
	en permanence <input type="checkbox"/>	très souvent <input type="checkbox"/>	souvent <input type="checkbox"/>	quelquefois <input type="checkbox"/>	rarement <input type="checkbox"/>
					jamais <input type="checkbox"/>

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire permet d'évaluer par vous-même votre consommation d'alcool. Merci de le remplir en cochant une réponse par ligne. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question.

Pour votre information, nous vous rappelons que tous les verres ci-dessous contiennent la même quantité d'alcool pur et sont définis comme "un verre standard" dans ce questionnaire. Mais attention : une canette de 50 cl d'une bière forte (8°6 ou 10°) contient l'équivalent de 4 verres standard et une bouteille de vin contient 8 verres standard.

Un verre standard représente une de ces boissons :



7 cl d'apéritif
à 18°



2,5 cl de digestif
à 45°



10 cl de champagne
à 12°



25 cl de cidre
« sec » à 5°



2,5 cl de whisky
à 45°



2,5 cl de pastis
à 45°



25 cl de bière
à 5°



10 cl de vin
rouge
ou blanc à 12°

1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais 1 fois par mois 2 à 4 fois 2 à 3 fois 4 fois ou plus
ou moins par mois par semaine par semaine

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

un ou deux trois ou quatre cinq ou six sept à neuf dix ou plus

3/ Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

jamais moins d'une fois une fois par mois une fois par chaque jour
par mois semaine ou presque

4/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

jamais moins d'une fois une fois par mois une fois par chaque jour
par mois semaine ou presque

5/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

jamais moins d'une fois une fois par mois une fois par chaque jour
par mois semaine ou presque

6/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

jamais moins d'une fois une fois par mois une fois par chaque jour
par mois semaine ou presque

7/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

jamais moins d'une fois une fois par mois une fois par chaque jour
par mois semaine ou presque

8/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

jamais moins d'une fois une fois par mois une fois par chaque jour
par mois semaine ou presque

9/ Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

non oui mais pas dans les douze derniers mois oui au cours des 12 derniers mois

10/ Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer (ne tenez pas compte de l'éventuelle intervention de votre médecin du travail il y a quelques mois) ?

non oui mais pas dans les douze derniers mois oui au cours des 12 derniers mois

Date : __/__/__ AGE : _____ SEXE : F M

score :

Numéro d'inclusion

□□ □□□ □□ □□ □□

CARACTERISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

Consomme-t-on habituellement de l'alcool dans votre entreprise en situation de travail ? oui non

Si oui, à quelle(s) occasion(s) :

- au restaurant d'entreprise ou réfectoire
- lors de pots
- 1fois/semaine 1fois/mois plus rarement
- dans d'autres occasions :

Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool pendant le temps de travail ? oui non

Si oui : seul

- et ou avec collègues clients
- au réfectoire lors de pots
- autre

A quelle fréquence ? fois par

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Statut marital

- Marié
- Concubinage
- Célibataire
- Séparé/divorcé
- Veuf

Enfants

oui non

Si oui, combien

Dont combien à charge

Antécédents familiaux

	Difficultés avec l'alcool		Autres dépendances		Problèmes psychologiques importants	
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-père paternel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-mère paternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-père maternel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand-mère maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Logement

- personnel
- hôtel
- foyer
- autre, précisez

Ressources

- inférieure au SMIC
- jusqu'à 2 fois le SMIC
- jusqu'à 4 fois le SMIC
- plus de 4 fois le SMIC

CARACTERISTIQUES DE LA RELATION A L'ALCOOL

Niveau de consommation actuelle

CDA sur une semaine typique en verres standard (VS) par jour

Nbre verres	L	M	M	J	V	S	D
vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
apéritif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mode de consommation actuelle

De façon générale, consommez-vous de l'alcool

- Seul
- Avec votre conjoint
- Avec de la famille ou des amis
- A table au déjeuner au dîner
- En apéritif
- En tournée
- En fête, en boîte
- Au travail avant pendant après

Niveau de consommation à l'inclusion

CDA sur une semaine typique en verres standard (VS) par jour

Nbre verres	L	M	M	J	V	S	D
vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
apéritif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mode de consommation à l'inclusion

De façon générale, consommez-vous de l'alcool

- Seul
- Avec votre conjoint
- Avec de la famille ou des amis
- A table au déjeuner au dîner
- En apéritif
- En tournée
- En fête, en boîte
- Au travail avant pendant après

Nous allons essayer de préciser les changements dans le temps de votre consommation d'alcool depuis l'inclusion. Pouvez-vous nous aider à la reconstituer mois après mois ?

Mois	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13

Nbre vs/sem													

Evolution de la consommation depuis l'inclusion

Avez-vous essayé de diminuer votre consommation d'alcool ces 12 derniers mois ?
 oui plutôt oui plutôt non non

Si oui et plutôt oui, avez-vous réussi à la diminuer ?
 oui, comme prévu oui, moins que prévu non non, je l'ai augmentée

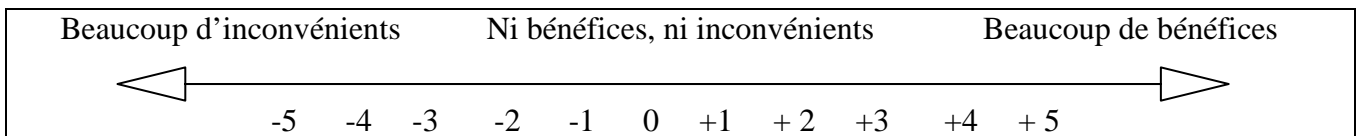
Si plutôt non et non, cette consommation a-t-elle été modifiée ?
 j'ai un peu diminué je n'ai pas modifié j'ai augmenté

A votre avis, cette évolution a-t-elle un lien avec

le questionnaire et le livret donnés lors de l'inclusion
 oui plutôt oui plutôt non non

les conseils donnés par le médecin du travail
 oui plutôt oui plutôt non non

Si vous avez réduit votre consommation ces derniers mois, cela vous a-t-il apporté :



Diagnostic alcoologique avec les critères du DSM IV

- 1- Avez-vous déjà eu besoin d'augmenter la quantité d'alcool consommé car vous ressentiez de moins en moins d'effets ? (avez-vous remarqué que vous « teniez » mieux l'alcool à une certaine période ?) oui / non
- 2- Après une période sans prise d'alcool (une nuit par exemple ou un peu plus), avez-vous déjà senti un malaise, des tremblements, des sueurs, des palpitations ? oui / non
- 3- Vous êtes-vous déjà surpris à prendre des quantités d'alcool plus importantes que celles que vous aviez initialement prévues ? oui / non
- 4- Avez-vous déjà à plusieurs reprises tenté de réduire ou d'arrêter votre consommation d'alcool sans y parvenir ? oui / non
- 5- Vous est-il arrivé de continuer à consommer de l'alcool alors que vous aviez conscience que sa consommation pouvait vous poser un problème physique ou psychologique ? oui / Non
- 6- Passez-vous beaucoup de temps à consommer de l'alcool ou à récupérer de ses effets ? oui / non

- 7- Avez-vous déjà abandonné des activités sociales ou des loisirs à cause de l'alcool ? oui / non
- DEPENDANT (3 critères ou plus)**
 Oui non
- En l'absence de diagnostic de dépendance, poser les questions suivantes :*
- 1- Vous est-t-il arrivé à plusieurs reprises de consommer de l'alcool en quantité trop importante pour faire ce que vous aviez à faire au travail ou à la maison, avec des conséquences ? oui / non
 - 2- Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué, comme conduire, utiliser une machine dangereuse ? oui / non
 - 3- Avez-vous eu des problèmes légaux comme une interpellation ou une condamnation parce que vous aviez bu ? oui / non
 - 4- Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait parfois des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? oui / non

Echelle HAD

<p>A Je me sens tendu ou énervé</p> <p>3 La plupart du temps <input type="checkbox"/></p> <p>2 Souvent <input type="checkbox"/></p> <p>1 De temps en temps <input type="checkbox"/></p> <p>0 Jamais <input type="checkbox"/></p>	<p>D J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</p> <p>3 Presque toujours <input type="checkbox"/></p> <p>2 Très souvent <input type="checkbox"/></p> <p>1 Parfois <input type="checkbox"/></p> <p>0 Jamais <input type="checkbox"/></p>
<p>D Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</p> <p>0 Oui, tout autant <input type="checkbox"/></p> <p>1 Pas autant <input type="checkbox"/></p> <p>2 Un peu seulement <input type="checkbox"/></p> <p>3 Presque plus <input type="checkbox"/></p>	<p>A J'éprouve des sentiments de peur et j'ai l'estomac noué</p> <p>0 Jamais <input type="checkbox"/></p> <p>1 Parfois <input type="checkbox"/></p> <p>2 Assez souvent <input type="checkbox"/></p> <p>3 Très souvent <input type="checkbox"/></p>
<p>A J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</p> <p>3 Oui, très nettement <input type="checkbox"/></p> <p>2 Oui, mais ce n'est pas trop grave <input type="checkbox"/></p> <p>1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pas du tout <input type="checkbox"/></p>	<p>D Je ne m'intéresse plus à mon apparence</p> <p>3 Plus du tout <input type="checkbox"/></p> <p>2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais <input type="checkbox"/></p> <p>1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/></p> <p>0 J'y prête autant d'attention que par le passé <input type="checkbox"/></p>
<p>D Je ris facilement et vois le bon coté des choses</p> <p>0 Autant que par le passé <input type="checkbox"/></p> <p>1 Plus autant qu'avant <input type="checkbox"/></p> <p>2 Vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/></p> <p>3 Plus du tout <input type="checkbox"/></p>	<p>A J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</p> <p>3 Oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/></p> <p>2 Un peu <input type="checkbox"/></p> <p>1 Pas tellement <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pas du tout <input type="checkbox"/></p>
<p>A Je me fais du souci</p> <p>3 Très souvent <input type="checkbox"/></p> <p>2 Assez souvent <input type="checkbox"/></p> <p>1 Occasionnellement <input type="checkbox"/></p> <p>0 Très occasionnellement <input type="checkbox"/></p>	<p>D Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</p> <p>0 Autant qu'avant <input type="checkbox"/></p> <p>1 Un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/></p> <p>2 Bien moins qu'avant <input type="checkbox"/></p> <p>3 Presque jamais <input type="checkbox"/></p>
<p>D Je suis de bonne humeur</p> <p>3 Jamais <input type="checkbox"/></p> <p>2 Rarement <input type="checkbox"/></p> <p>1 Assez souvent <input type="checkbox"/></p> <p>0 La plupart du temps <input type="checkbox"/></p>	<p>A J'éprouve des sensations soudaines de panique</p> <p>3 Vraiment très souvent <input type="checkbox"/></p> <p>2 Assez souvent <input type="checkbox"/></p> <p>1 Pas très souvent <input type="checkbox"/></p> <p>0 Jamais <input type="checkbox"/></p>
<p>A Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté</p> <p>0 Oui, quoiqu'il arrive <input type="checkbox"/></p> <p>1 Oui, en général <input type="checkbox"/></p> <p>2 Rarement <input type="checkbox"/></p> <p>3 Jamais <input type="checkbox"/></p>	<p>D Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision</p> <p>0 Souvent <input type="checkbox"/></p> <p>1 Parfois <input type="checkbox"/></p> <p>2 Rarement <input type="checkbox"/></p> <p>3 Très rarement <input type="checkbox"/></p>

CARACTERISTIQUES DE LA RELATION SALARIE – MEDECIN DU TRAVAIL

Vous a-t-on remis un livret il y a 12 mois ? oui non

Si oui, lequel ?
livret témoin « Faire le point » « Réduire » NSP

Si oui, l'avez-vous lu ?
oui en grande part un peu pas du tout

Si oui, vous a-t-il paru intéressant ?
oui en grande part un peu pas du tout

Quels sont les seuils à partir desquels la consommation d'alcool devient un risque pour la santé ?

Nombre de verres/J chez l'homme NSP

Nombre de verres/J chez la femme NSP

Nombre de verres par occasion NSP

Depuis l'inclusion, combien de consultations avez-vous eues avec votre médecin du travail ?
Pour quel motif ?

Avec votre médecin du travail, avez-vous déjà eu un échange au sujet de votre consommation d'alcool ? oui non

Si oui, à quelle occasion ?

Si oui, il y a combien d'années ?

Si oui, comment avez-vous perçu le dialogue autour de l'alcool ?

Très bien plutôt bien plutôt mal très mal

Si oui, votre médecin du travail vous a-t-il semblé à l'aise ?

Oui plutôt oui plutôt non non

Si oui, à la suite de l'information, avez-vous changé d'opinion sur votre consommation ?

Oui plutôt oui plutôt non non

Comment qualifieriez-vous votre relation avec votre médecin du travail ?

très bonne plutôt bonne plutôt mauvaise très mauvaise

Jugez-vous que votre médecin du travail est dans son rôle quand il aborde avec vous les questions liées :

au tabac : oui non NSP

à l'alcool : oui non NSP

aux drogues : oui non NSP

Depuis 12 mois, avez-vous parlé de votre consommation d'alcool avec votre médecin généraliste ? oui non

Si oui, à quelle occasion ?

Est-ce de votre initiative ? oui non

Depuis 12 mois, avez-vous consulté un spécialiste en alcoologie ? oui non

Si oui, qui vous a aidé dans la démarche ?

personne famille ami collègue ancien buveur

ETUDE NATIONALE EIST 2005-2006

RECUEIL DE DONNEES

Questionnaire à compléter par le médecin du travail

Date d'inclusion | | | | | | | | | | |

Numéro d'inclusion | | | | | | | | | | | | | | | | |

Département | | |
.....

Nom du service de santé au travail :

Nom du médecin :

CARACTERISTIQUES DU SALARIE

Antécédents	Lesquels	Année approximative
Chirurgicaux		
Médicaux		
Psychologiques		
Obstétricaux		
Troubles lipidiques		

Pathologies	Actuelles			A l'inclusion		
	<i>(et en particulier hypertension artérielle, autres maladies cardiovasculaires, épigastralgies, troubles du sommeil, anxiété, dépression...)</i>					
Objectivées par le médecin	Suivie (oui/ non)	En rapport avec l'alcool (oui/ non)	Traitement (oui / non)	Suivie (oui/ non)	En rapport avec l'alcool (oui/ non)	Traitement (oui :/ non)

Examen clinique		
Taille (cm)	| | | |	
	Actuels	A l'inclusion
Poids (kg)	| | | |	| | | |
Tension (mmHg)	| | | | | / | | | |	| | | | / | | | |

CARACTERISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

évalués par le médecin du travail

Activité économique principale
de l'entreprise (code NAF)

Nombre approximatif de salariés dans
l'établissement

Existe-t-il un CHSCT dans
l'établissement ? oui non

Statut de l'emploi
CDI
Fonctionnaire
Autre, précisez

Ancienneté dans l'établissement
Moins d'un an
Entre 1 et 3 ans
Entre 3 et 10 ans
Plus de 10 ans

Secteur d'activité
Privé
Hôpitaux
Public (hors hôpital)

Temps de travail
Temps complet
Temps partiel
Nombre d'heures par semaine heures

Profession exercée (précisez en clair l'intitulé)
.....

Fonction principale exercée

1. Production, fabrication, chantier
2. Installation, entretien, réglage, réparation
3. Nettoyage, gardiennage, travail ménager
4. Manutention, magasinage, transports
5. Guichet, saisie, standard, secrétariat
6. Gestion, comptabilité, fonction administrative...
7. Commerce, vente, technico-commercial
8. Recherche, étude, méthode, informatique
9. Direction générale
10. Enseignement, santé, information.....

Autre cas,
précisez :
.....

Position professionnelle de l'emploi actuel

1. Manœuvre ou ouvrier spécialisé
2. Ouvrier qualifié
3. Agent de maîtrise
4. Technicien, dessinateur, VRP
5. Instituteur, assistante sociale, infirmier
6. Ingénieur ou cadre
7. Employé de bureau, de commerce, agent de service, aide
soignante, garde d'enfants
8. Autres : précisez

Caractéristiques du temps de travail

1. Quel nombre d'heures de travail le salarié a-t-il effectué
la dernière semaine travaillée ?
2. En général, combien de temps est-t-il absent de chez lui
du fait de son travail lors d'une journée ? H.
3. Travaille-t-il en équipes (travail posté) ? oui non
Si oui :
en 2×8
en 3×8
en 4×8
en 2×12
4. Travaille-t-il la nuit, même occasionnellement ? ... oui non
Si oui :
entre 0 et 5 heures
entre 21 et 6 heures
combien de fois par an ?

Risques professionnels

1. Ambiance et contraintes physiques
 - Exposition à des nuisances sonores oui non
 - Nuisances thermiques
 - Exposition aux radiations ou au rayonnement
 - Travail en air et espace contrôlés
 - Situations avec contrainte visuelle
 - Manutention manuelle de charges
 - Contraintes posturales et articulaires
 - Travail avec machine et outils vibrants
 - Conduite machines ou véhicules

2. Exposition à des agents biologiques oui non
Lesquels :

3. Exposition à des agents chimiques oui non
Lesquels :

4. Risques psycho-sociaux
Charge mentale : oui non
Précisez :

8. Bibliographie

- 1 Michaud P. « Boire moins c'est mieux » : un programme de l'OMS en direction des médecins généralistes. *Alcool ou santé*, juin 2001 ; pp 4-16.
- 2 Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful consumption. *Addiction*, 1993, 88:791-804.
- 3 Bien TH, Miller WR, Tnogan JS : Brief interventions for alcohol problems : a review. *Addiction*, 1993, 88:315-336.
- 4 Kaner EF, Wutzke S, Saunders JB, Powell A, Morawski J, Bouix JC, WHO Brief intervention study group : Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills : findings from WHO collaborative study. *J. of Study on Alcohol* 2001, 62(5): 621-7.
- 5 Heather N. WHO collaborative study on country-wide dissemination of early identification and brief intervention on hazardous drinking. Copenhagen : Organisation mondiale de la santé, 1999.
- 6 Heather N. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care: Report on phase IV collaborative: Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2006.
- 7 Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Wenger O et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary health care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism : Clinical and experimental research*, 2005 ; 29(11):2001-7
- 8 Arfaoui S. Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale : Le questionnaire "FACE". Thèse pour le Doctorat en Médecine, Paris, 2002. 136 p.
- 9 Arfaoui S, Dewost AV, Demortière G, Abesdris Julie, Abramovici F, Michaud P. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire "FACE". *La Revue du praticien - Médecine générale*, 2004 ; 18(641) : 201-5.
- 10 Dewost AV, Michaud P, Arfaoui S, Gache P, Lancrenon S. FACE, Fast alcohol consumption evaluation : a screening instrument adapted for French General Practitioners. *Alcoholism : Clinical and experimental research*, novembre 2006 : 30(11):1889-1895.
- 11 INPES. http://www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/alcool2006/Livret_point.pdf et http://www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/alcool2006/Livret_reduire.pdf
- 12 Samuel R, Michaud P. Attitudes et opinions du médecin généraliste à l'égard du risque alcool : une approche qualitative. *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2002, pp 23-26
- 13 Dewost AV, Dor B, Orban T, Rieder A, Gache P, Michaud P. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale (France, Belgique, Suisse). Etude REPEX. *La Revue du praticien - Médecine générale*, 2006 ; 20 :321-326

-
- 14 Michaud P, Fouilland P, Dewost AV, Abesdris J, Rohan (de) S, Toubal S et al. Repérage précoce et intervention brève auprès des consommateurs excessifs d'alcool : mobiliser efficacement les généralistes - Etude de trois méthodes de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève (TMP) La Revue du praticien - Médecine générale, 2006;20:658-63
- 15 Huas D, Pessione F, Bouix JC, Demeaux JL, Allemand H, Rueff B Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes. La revue du praticien médecine générale 2002 ;16 (586), 1343-8
- 16 Fouriaud C et al. Médecine du travail et prévention générale, résultats d'une enquête épidémiologique auprès de 8203 salariés. Archives des maladies professionnelles, 1991; 52(5) : 333-7
- 17 Herman JL. Prise en compte du risque alcool en médecine du travail. Intérêt du dépistage des consommateurs à risque, Mémoire pour le DES de médecine du travail, Faculté de Médecine Cochin Port-Royal, soutenu le 15/10/2003
- 18 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.
- 19 Demortière G, Michaud P, Dewost AV : Consommation excessive d'alcool chez les salariés : du repérage précoce à la prise en charge. Evaluation après formation de 40 médecins du travail au repérage et à l'intervention. INRS, Documents pour le médecin du travail 2005 ; 102 : pp 215-223
- 20 Kunz V, Michaud P, Toubal S, Demortière G, Lobban G, Couteux G et al. Repérage systématique du risque alcool en santé au travail à l'aide du questionnaire AUDIT. Leçons de l'étude EIST-f menée auprès de 2060 salariés. Alcoologie et addictologie, 2006 ; 28(4) :317-26
- 21 Kunz V, Michaud P, Toubal S, Lobban G, Demortière G. Risque alcool et santé au travail. Etude de repérage et d'intervention auprès de 2060 salariés. Evolutions, avril 2006, n° 1, 4 p
- 22 Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test. The quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiatry, 1971;127(12):89-44.
- 23 Niedhammer I, Chastang JF, Gendrey L, David S, Degioanni S. Psychometric properties of the French version of Karasek's "Job Content Questionnaire" and its scales measuring psychological pressures, decisional latitude and social support: the results of the SUMER Sante Publique. 2006 Sep;18(3):413-27
- 24 Aaron NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bucquet D et al. International quality of life assessment (IQOLA) Project. Quality of life research, 1992; 1:349-351
- 25 Leplège A, Mesbah M, Marquis P. Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de la qualité de vie : le MOS-SF36 (version 1.1). Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1995 ;43 :371-9
- 26 Zigmond AS, Snaith RP The Hospital Anxiety And Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983, 67:361-70
- 27 http://www.anpaa.asso.fr/upload/synthese/4a3f92e3_Actes_du_3_mai_06.pdf

28 http://www.economie.uqam.ca/PDF/Wasmer_Monde.pdf

29 Janer G, Sala M, Kogevinas M. Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scand J Work Environ Health*. 2002;28(3):141–157.

30 Heaney CA and Goetzel RZ A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*.1997;11:290–308.

31 Michaud P, Gache P, Batel P, Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *La Revue du praticien - Médecine générale*. 2003;17(604) :281-9.

32 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV)* Washington D.C., 1994

. RESUME

Etude EIST

Efficacité de l'Intervention brève en Santé au Travail
Rapport de l'étude 2004-6

Philippe Michaud, Gérald Demortière, Véronique Kunz,
Gregg Lobban, Virginie Dorvault, Sylvie Lancrenon, Agnès Carré,

L'efficacité des interventions brèves a été surtout démontrée en soins primaires. En France, 20 % des adultes n'ont pas vu de médecin généraliste (MG) dans l'année, et la consultation de santé au travail représente la seule occasion d'évaluer la santé pour 25 % des 17,5 millions de salariés s'y présentant annuellement. L'AUDIT est un instrument de repérage du risque alcool validé et applicable en santé au travail, mais aucune ERC n'a jusqu'à ce jour évalué l'efficacité des IB dans ce contexte.

Nous avons donc réalisé une telle étude comparant l'effet d'une IB délivrée par le médecin du travail à celui de la remise d'un livret d'auto-évaluation et de conseil : 32 591 salariés ont rempli l'AUDIT ; 7,1 % avaient un score indiquant un mésusage sans dépendance ; 787 (2,4 %) ont été inclus dont 435 ont été revus et évalués 12 mois après l'inclusion. Le taux de succès est élevé dans les deux groupes (IB : 51,6 % ; livret 45,8 % $p = 0,15$). Une analyse quantitative montre que les effets sont supérieurs dans le groupe IB, quels que soient les critères choisis : réduction de la consommation d'alcool (IB : - 6 verres/semaine, livret : - 4,5, $p = 0,038$), score AUDIT final (6,6 vs. 7,6, $p = 0,01$) ou réduction du score ($p=0,008$). Une meilleure santé perçue et des données biologiques plus favorables sont associées au succès des interventions. L'étude donne des indications importantes sur les critères prédictifs de réponse à l'IB et au livret.

Cette étude justifie la diffusion généralisée de la pratique du repérage précoce et de l'IB dans les services de santé au travail, utilisant l'AUDIT – accepté par 99 % des salariés – et les modalités de l'IB mises au point pour les MG par le programme BMCM : information, approche motivationnelle et conseil comportemental, d'une durée moyenne de 9 mn.

Mots-clés : Alcool, dépendance, mésusage, repérage précoce, AUDIT, intervention brève, santé au travail, étude randomisée contrôlée, efficacité, facteurs prédictifs.