

Alcoolisations excessives et médecine de ville

La promotion du Repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB)

Maitena Milhet

Cristina Díaz-Gómez

Les autorités sanitaires françaises mettent en place en 2006 une stratégie de diffusion à grande échelle du RPIB en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. Cette initiative est motivée par l'existence d'un programme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de lutte contre les alcoolisations excessives et par la mise en œuvre de stratégies régionales hétérogènes de promotion du RPIB. De plus, elle est conforme à l'un des objectifs du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Afin d'appuyer les orientations choisies au niveau national, les pouvoirs publics ont demandé à l'OFDT de rassembler les éléments de connaissance relatifs au RPIB et de dresser un état des lieux des initiatives de promotion du RPIB déjà engagées dans cinq régions [1]. Après l'exposé de quelques données de cadrage relatives au RPIB, ce numéro de *Tendances* énoncera les principaux enjeux impliqués dans la diffusion du RPIB en médecine de ville et les éléments actuellement retenus par le ministère de la Santé pour y répondre.

Qu'est-ce le RPIB ?

Le RPIB vise une réduction de la consommation d'alcool au-dessous des niveaux de risque définis par l'OMS soit :

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

Le dépistage de l'alcoolisation excessive peut se faire au moyen de nombreux questionnaires. Parmi eux, l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) a été développé sous l'égide de l'OMS puis traduit et validé en français. Malgré ses qualités (sensibilité et fiabilité), l'AUDIT peut s'avérer difficile à utiliser en ambulatoire [2]. Partant de ce constat, une équipe a souhaité construire un questionnaire mieux adapté aux attentes et contraintes régissant la pratique quotidienne des médecins de ville : le FACE (Formule pour apprécier la consommation en entretien) [3].

L'AUDIT et le FACE sont les deux questionnaires généralement présentés aux médecins généralistes lors des formations RPIB actuelles. Pour autant, le praticien reste libre du choix de l'outil à utiliser parmi tous les questionnaires existants.

La notion d'intervention brève ne peut être définie de manière univoque. Selon le contexte et les opinions des chercheurs et praticiens, on constate des variantes sur son contenu, sa durée ou les modalités de sa réalisation. Pour autant, toute intervention brève observe les composantes suivantes : elle s'adresse aux buveurs excessifs et vise en priorité une réduction de leur consommation d'alcool, et non une abstinence. Une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et sur le respect de la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement est recommandée au praticien [4].

On s'accorde pour résumer les étapes d'une intervention brève comme suit ; elles sont généralement synthétisées par l'acronyme FRAMES :

- restituer les résultats du test de repérage au patient (ou Feed-back) ;
- responsabiliser (le changement de comportement appartient au patient, non au thérapeute) ;
- donner un conseil de modération (ou Advice) ;
- évoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation d'alcool (ou Menu) ;
- user de bienveillance, ne pas juger (ou Empathy) ;
- laisser le patient acteur de son changement et l'encourager dans ce sens (ou Self-efficacy).

Que sait-on de l'efficacité et de l'efficience des interventions brèves ?

La quasi-totalité des travaux de recherche met en évidence que l'intervention brève entraîne une réduction de la consommation d'alcool, à court ou moyen terme¹, chez les buveurs qui dépassent les niveaux de risque définis par l'OMS. L'analyse à long terme (au-delà de 10 ans) n'a pas réussi à démontrer que l'intervention brève, sans mesures particulières d'accompagnement, peut conduire à des réductions significatives de la consommation d'alcool. Cela étant, selon les critères du *Preventive Service Task Force* [5], le degré de validité et de sécurité que l'on peut attribuer aux conclusions des études d'efficacité menées est de niveau élevé ou acceptable. La promotion du RPIB s'avère donc souhaitable. Quel en est le coût ? Les dépenses directes comportent le coût du temps employé par le professionnel pour dispenser le RPIB ainsi que celui du matériel nécessaire à la réalisation de l'intervention. À cela, s'ajoutent divers coûts associés : formation des professionnels, stratégies de mobilisation complémentaires (campagnes de communication, diffusion de brochures, rémunération éventuelle des formations), nombre accru de consultations et de recours aux structures spécialisées [6].

S'il existe peu d'études économiques sur les interventions brèves en matière d'alcool, celles qui ont été réalisées font apparaître que le RPIB présente un bon rapport coût/efficacité [7-9]. De manière générale, il faut retenir que le coût du RPIB est compensé par les gains potentiels de réduction des coûts médicaux [10].

Enjeux du RPIB en médecine de ville

Les troubles liés à une alcoolisation excessive représentent un enjeu majeur de santé publique. En France, 30 % des personnes qui consultent en médecine de ville ont une consommation d'alcool qui dépasse les niveaux de risques définis par l'OMS [20]. Pourtant, cette question peine à prendre place dans le cadre des consultations. Globalement,

la grande majorité des médecins estime que l'alcool est un problème important en médecine générale. Mais c'est seulement à un stade tardif, lorsque le mésusage devient nocif ou s'accompagne de dépendance, qu'il devient une préoccupation médicale [21]. Cet état de fait procède, pour les généralistes, d'une relative méconnaissance du problème des alcoolisations excessives, des perceptions de l'alcool, de la réticence à utiliser des outils de repérage et d'une culture professionnelle essentiellement construite sur la base d'un référentiel clinique de soin et non de prévention. Ainsi, nombre de médecins mésestiment les seuils de risque et associent les problèmes d'alcool à la dépendance. Entre un usage simple et une dépendance, leurs représentations ne laissent que peu de place aux alcoolisations excessives [21-22]. De plus, ils restent sensibles au tabou de l'alcool. Ouvrir le dialogue sur le sujet leur est difficile. Les médecins craignent d'être intrusifs et doutent de l'accueil que vont leur réserver leurs patients [23-24]. Par ailleurs, même si une majorité d'entre eux s'estiment compétents pour prodiguer des conseils de modération, ils ne sont que 37,5 % à estimer leur intervention efficace. Concrètement, seuls 2 % de praticiens déclarent utiliser des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie² [25].

En dépit de ces dispositions générales, les médecins généralistes occupent une place privilégiée dans le système de soins pour repérer les consommateurs excessifs d'alcool et intervenir auprès d'eux. En effet, chaque année ils voient en consultation près des trois quarts de la population française [26] ; les patients estiment qu'ils sont légitimes et compétents pour aborder les problèmes d'alcool [27]. De fait, l'ensemble des professionnels et les autorités sanitaires attribuent aux médecins généralistes un rôle décisif dans le dépistage et la prise en charge des troubles d'alcoolisation excessive [28-29].

Dès lors, l'enjeu d'une diffusion nationale du RPIB consiste à mobiliser ces acteurs puis à les former à la reconnaissance et au traitement de cette problématique spécifique. Cela correspond à des objectifs ambitieux. En effet, aux dires de nombreux professionnels impliqués dans des formations, l'alcool est un thème peu mobilisateur. En outre, les formations ambitionnent bien plus que l'acquisition de connaissances supplémentaires en matière d'alcool. Leur

objectif est de favoriser l'intériorisation de nouvelles représentations relatives au produit et l'adoption de pratiques de prévention et d'éducation à la santé transposables à d'autres conduites à risque.

Un socle commun de recommandations

Pour une promotion optimale du RPIB auprès des médecins généralistes, les acteurs qui ont bâti des stratégies en région s'entendent sur la nécessité de tenir ensemble trois grands volets d'action : médiatisation, formation, actions complémentaires de mobilisation et de soutien.

Bien avant toute réflexion sur la « technique » du RPIB à faire valoir auprès des médecins, il s'agirait de mettre en place une action à l'échelle tout à la fois plus globale et plus en profondeur des représentations qui encadrent la perception de l'alcool. L'ensemble des actions de communication – presse spécialisée, brochures, Internet – concourt à cet objectif mais celui-ci ne saurait être pleinement atteint sans une intervention médiatique de masse ciblant aussi bien les professionnels que le grand public.

Les médecins généralistes comptent parmi les professionnels les plus submergés d'informations et de sollicitations diverses. Aussi, à moins que la formation médicale continue ne devienne effectivement obligatoire avec un accent prioritaire mis sur la thématique alcool, une proposition de formation au RPIB ne saurait recevoir une audience significative sans la mise en œuvre d'une stratégie de démarchage des médecins sous forme de marketing téléphonique ou en face à face. Ces deux stratégies de mobilisation ont fait la preuve de leur efficacité aussi bien dans des études de l'OMS [9, 30] qu'au décours des expérimentations en région. L'indemnisation des séances de formations serait également un élément essentiel pour favoriser le recrutement des médecins.

Par ailleurs, la formation constitue une étape incontournable pour inciter à la pratique du RPIB. Aux dires des acteurs impliqués en région, des actions de sensibilisation même diverses et démultipliées n'y suffiraient pas. Afin d'emporter la conviction des praticiens sur la faisabilité du RPIB en pratique de routine, deux ingrédients semblent décisifs : l'organisation de jeux de rôles au cours de la session de formation et la mise en pratique du RPIB entre deux sessions de formation. Autrement dit, un dispositif de type « formation action » est recommandé, centré sur la délivrance de messages opérationnels partant du vécu des praticiens.

En outre, afin d'entériner la pratique du RPIB, il serait nécessaire de répéter les messages (actions de communications inscrites dans la durée), en somme prévoir, selon la terminologie

¹ En moyenne 6 à 12 mois pour le court terme et 2 à 5 ans pour le moyen terme.

² À titre de comparaison, 6,3 % des médecins déclarent utiliser des questionnaires préétablis sur le thème du tabac, ce qui reste un geste rare.

L'efficacité des interventions brèves dans la littérature internationale

L'efficacité de l'intervention brève en matière d'alcoolisation excessive a intéressé un grand nombre de chercheurs au cours des trois dernières décennies. Les études réalisées permettent des synthèses sous forme de méta analyse [6, 11-16]. À l'exception de l'une d'entre elles – pour des raisons de manque d'homogénéité statistique [13], toutes les méta analyses disponibles dans la littérature internationale concluent à l'efficacité de l'intervention brève. En général, elles mettent en évidence qu'une intervention comportant un conseil bref est plus efficace pour réduire la consommation excessive d'alcool que l'absence d'intervention. Il faut néanmoins garder à l'esprit que les

études incluses dans les différentes méta analyses comportent des caractéristiques contrastées, qu'il s'agisse de la manière dont l'intervention brève est définie (durée, contenu, intensité), de la durée du suivi des patients (de 2 mois à 10 ans) ou des indicateurs utilisés pour mesurer le changement de comportement du patient en matière d'alcool (marqueurs cliniques, données déclaratives sur la consommation hebdomadaire d'alcool, nombre de jours de maladie). Malgré les limites méthodologiques des différents travaux, les chercheurs s'accordent sur le fait que l'efficacité de l'intervention brève est démontrée au-delà des doutes raisonnables [17-18].

des acteurs, des « piqûres de rappel » jusqu'à ce que les médecins s'approprient la démarche.

Par ailleurs, il est également nécessaire de considérer le problème posé par les patients alcoolodépendants et cibler les futures générations de médecins en formation initiale.

Former au RPIB revient à faire valoir l'importance des troubles liés aux usages qui ne relèvent pas de la dépendance. Mais le message ne saurait être entendu si les médecins ne sont pas simultanément soutenus face aux préoccupations qu'ils rencontrent avec les patients dépendants. Sans cette aide, il est peu probable que le RPIB entraîne la complète coopération et l'enthousiasme des praticiens.

Par ailleurs, l'ampleur des objectifs visés nécessite d'inclure le RPIB en formation initiale. Généraliser les connaissances et savoirs faire requis en matière d'alcoolisation excessive et, plus largement, en matière de prévention, passe par là. Enfin, aux yeux des acteurs impliqués dans les stratégies en région, il n'est pas réaliste de songer à mobiliser les médecins généralistes pour adopter le RPIB sans convenir qu'il s'agit d'un temps professionnel à part entière qui mérite une forme de reconnaissance et de valorisation notamment financière.

L'ensemble des points qui viennent d'être exposés fait consensus pour une diffusion optimale du RPIB auprès des médecins généralistes. Pour autant, les modalités organisationnelles et de mise en œuvre de cette diffusion doivent tenir compte des volontés, partenariats et financements mobilisables localement. C'est l'une des conclusions qui ressort des monographies régionales (voir encadré régions).

Une volonté de diffusion nationale

Face à ces constats, la position adoptée par le ministère de la Santé et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) se caractérise par la volonté de s'appuyer sur ce socle commun de connaissances et de savoirs faire acquis localement tout en laissant à chaque territoire le choix de décliner la modalité organisationnelle et de mise en œuvre la plus adaptée aux ressources disponibles localement.

Le ministère de la Santé et la MILDT affichent leur volonté d'une diffusion nationale du RPIB et appellent les autorités sanitaires régionales à impulser de nouvelles initiatives dans les territoires non encore mobilisés et à soutenir les projets existants. Les DRASS sont invitées à veiller à la pérennité des financements, à mutualiser les énergies et définir clairement les rôles afin de minimiser les problèmes de leadership potentiels. En effet, les expériences déjà engagées ont montré que leur implication constituait un facteur décisif pour la dynamique des projets.

Dans cet esprit, un comité de pilotage national a été mis en place fin 2005. Il travaille à la construction d'outils à transmettre aux régions pour favoriser la diffusion du RPIB à grande échelle. Un dispositif de veille sera mis en place par l'OFDT afin de suivre l'atteinte des objectifs assignés à cette stratégie de diffusion.

Île-de-France (1998) : mise en œuvre du référentiel OMS

En Île-de-France, la promotion du RPIB a été assurée dans le cadre du programme « *Boire moins c'est mieux* » (BMCM) de l'ANPAA. La stratégie mise en œuvre reprend fidèlement les exigences de la phase IV du projet OMS. Ainsi, les acteurs ont mené plusieurs « recherches actions » afin d'adapter les outils du RPIB au contexte français et de tester plusieurs techniques de mobilisation des médecins généralistes. Cette démarche a permis de formaliser un dispositif de formation à destination des praticiens - près de 400 médecins généralistes formés - et des futurs formateurs. Enfin, un important travail de communication a été mené auprès des praticiens et du grand public afin de contribuer à la diffusion de nouvelles représentations en matière de troubles liés à l'alcool.

Aquitaine (2001) : un Programme régional de santé (PRS), une « recherche-action », une stratégie à visée exhaustive

En Aquitaine, le PRS alcool 2001-2006 a clairement fait de la diffusion du RPIB auprès des professionnels de santé une priorité. Sur ces bases, deux projets spécifiques ont vu le jour en Gironde et au Pays Basque. Portée par le réseau Agir 33, la stratégie déclinée en Gironde a donné lieu à une évaluation de l'action. Près d'une centaine de médecins généralistes ont été formés au RPIB et l'impact des formations sur leurs pratiques réelles, sur leur vécu de la problématique alcool ainsi que sur le comportement de leurs patients a été évalué [31]. Portée par le réseau RESAP-SUD au Pays Basque, la stratégie a visé l'exhaustivité : former les 300 médecins généralistes du territoire. Pour ce faire, deux dispositifs de formations ont été associés, le dispositif de formation médicale continue (FMC) et l'organisation d'entretiens confraternels au cabinet du médecin généraliste. Au total, plus de 200 médecins généralistes ont été formés en 1 an.

Le projet de l'OMS

Lancé au début des années quatre-vingts, le projet de l'OMS en matière de repérage et de prise en charge des problèmes d'alcool en médecine de ville comporte quatre phases.

La phase I du projet a abouti au développement du questionnaire AUDIT.

La phase II est une étude d'efficacité. Elle résulte d'une collaboration internationale impliquant 10 pays et 1 655 consommateurs à risque. Le principal résultat de cette recherche a mis en évidence que pour les hommes une intervention de cinq minutes permet de réduire leur consommation (en moyenne de 25 % de plus que dans le groupe de contrôle) et d'améliorer leur état de santé par rapport à un groupe témoin sans intervention.

La phase III du projet de l'OMS a porté sur les conditions nécessaires à la diffusion du RPIB. Dans un premier temps, une enquête postale sur les connaissances, les pratiques et les attitudes des praticiens concernant la prévention et l'intervention précoce en matière d'alcool a été menée. Les difficultés identifiées par les médecins généralistes étaient l'insuffisance de temps et de formation ainsi que le défaut de soutien

Champagne-Ardenne (2002) : « une culture réseau »

En Champagne-Ardenne, la promotion du RPIB est partie prenante des activités du réseau ADDICA. Aussi, l'esprit de la stratégie déployée excède la problématique des alcoolisations excessives. Celle-ci vient prendre place parmi l'ensemble des conduites à risques nécessitant un renouvellement des pratiques professionnelles. Le promoteur a souhaité mobiliser une pluralité de professionnels autour du travail en réseau. La diffusion d'une « culture réseau » favorisant l'acquisition de nouvelles pratiques face aux conduites à risques, dont le RPIB en matière d'alcool. Dans ce cadre, près d'une centaine de médecins généralistes ont été formés.

Bourgogne (2003) : intégration au dispositif de formation médicale continue (FMC)

Portée par l'ANPAA régionale (CRPAT), la promotion du RPIB s'inscrit ici dans le cadre de soirées de formations « habituelles » au sein des organisations locales de FMC. Cette stratégie procède de l'idée selon laquelle une large mobilisation des médecins généralistes s'inscrit dans la durée. Elle ne saurait se faire en dehors de ces canaux de formation qui leur sont familiers et qui constituent des lieux privilégiés de sociabilité professionnelle. En l'espace d'une année, près de 100 médecins généralistes ont été formés.

Bretagne (2004) : développement des visites de prévention

En Bretagne, la promotion du RPIB a été pensée initialement pour prendre place dans le dispositif de FMC. Face au manque de réactivité du dispositif de FMC, les porteurs du projet (URMLB, DRASS, ANPAA) ont fini par privilégier une approche mieux adaptée aux caractéristiques du territoire, basée sur les visites réalisées par des professionnels de la prévention auprès des médecins généralistes.

des autorités gouvernementales. Ensuite, une étude qualitative sur les freins et les facteurs favorisant la diffusion du RPIB a été conduite. Enfin, une étude randomisée a évalué différentes stratégies de mobilisation, de formation et de soutien permettant de promouvoir l'utilisation d'un kit de repérage et d'intervention brève - le Drink Less Program - par les médecins. Les résultats ont mis en évidence que le télémarketing était la stratégie de mobilisation présentant le meilleur coût efficacité et que la formation accompagnée d'un soutien téléphonique augmentait les niveaux de mise en pratique.

La dernière phase du projet de l'OMS - phase IV - vise à promouvoir la diffusion à grande échelle du RPIB en pratique de routine. Chaque pays participant dispose d'une latitude pour décider de la stratégie la plus appropriée à cet effet. Il n'existe pas de protocole préétabli à décliner. Seules de grandes orientations sont données : adapter les outils du RPIB ; favoriser la diffusion de nouvelles représentations sociales en matière d'alcool ; instituer une « organisation locomotive » susceptible de promouvoir le projet dans le pays et nouer des « alliances stratégiques » avec l'ensemble des acteurs permettant d'asseoir la stratégie dans le contexte national ; réaliser des études de faisabilité [19].

Le rapport de l'OFDT « *RPIB : stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool après des médecins généralistes* » repose sur deux types distincts de recherches. D'une part, une analyse de la littérature nationale et internationale (articles et publications existants sur les notions générales du RPIB, les attitudes et le rôle des médecins généralistes, études d'efficacité, etc.) et, d'autre part, des investigations

approfondies au niveau régional (études de cas) conduites sur le terrain (en Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne et Île-de-France). Au total, une cinquantaine d'entretiens ont été réalisés auprès des promoteurs et des acteurs impliqués dans les stratégies locales de promotion du RPIB (médecins généralistes, milieu associatif, instances institutionnelles, instances représentant les médecins généralistes).

Références

- Diaz-Gomez, C. et Milhet, M., *RPIB : stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool après des médecins généralistes*, Paris, OFDT, 2005.
- Reynaud, M., *Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir*, Paris, La documentation française, 2002.
- Arfaoui, S., *Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale : le questionnaire « FACE »*, thèse pour le doctorat de médecine, Paris, université René Descartes, Paris, 2002.
- Batel, P. et Michaud, P., « Consommation d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves », *Gastro-entérologie clinique et biologique*, 26-5, supplément, 2002.
- <http://www.ahrq.gov/clinic/prevemix.htm#uspstf>
- Freemantle, N.G. et al., « Briefs interventions and alcohol use », *Quality Health care*, 1993. 7.
- Lindholm, L., « Alcohol advice in primary health care : is it a wise use of resources? », *Health Policy*, 1998. 45.
- Fleming, X. et al., « Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings », *Medical Care*, 2000. 38 (1).
- Wutzke, S. et al., « Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption », *Social Science and Medicine*, 2001. 52.
- Ludbrook, A.G. et al., *Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland: a Literature Review*, 2002, Health Economics Unit.
- Bien, T. M., W. R. et Tonigan, J. S., « Brief interventions for alcohol problems : a review », *Addiction*, 1993. 88.
- Wilk, A. et al., « Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers », *Journal of General Internal Medicine*, 1997. 12.
- Poikolainen, K., « Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care population : a meta-analysis », *Preventive Medicine*, 1999. 28.
- Moyer, A.F. et al., « Brief interventions for alcohol problems : a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations », *Addiction*, 2002. 97.
- Ballesteros, J. A. et al., « Effectiveness of medical advice for reducing excessive alcohol consumption. Meta-analysis of spanish studies in primary care », *Gaceta Sanitaria*, 2003. 17 (2).
- Beich, A., Thorsen, T. et Rollnick, S., « Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice : systematic review and meta-analysis », *British Medical Journal*, 2003. vol. 327.
- Babor, T.F. et al., *Alcohol : No Ordinary Commodity*, Alcohol and Public Policy Group, 2003 (98).
- Heather, N., « Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt », *Addiction*, 2002. 97.
- Heather, N., *WHO Phase IV Collaborative Project on Implementing Country-Wide Early Identification and Brief Intervention Strategies in Primary Health Care*, 1998.
- DREES, « Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins », *Études et résultats*, n° 405, 2005.
- Nalpas, B. et al., « Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme », *La presse médicale*, t. XXXII (n° 9), 2003.
- Samuel, R., Michaud, P., « Le généraliste face au risque « alcool » : une étude qualitative », *Pratiques médicales et thérapeutiques*, n° 21, 2002.
- Bouix, J.-C. et al., « Parler d'alcool reste un sujet tabou », *La revue du praticien*, 16, 2002.
- Deehan, A. et al., « Tackling alcohol misuse : opportunities and obstacles in primary care », *British Journal of General Practice*, 1998. 48.
- Perrin, H., Gautier, A., « Tabac et alcool : quelle implication des professionnels », dans *Baromètre santé médecins/généralistes*, Paris, 2003.
- Batel, P., « Repérage des consommateurs excessifs en médecine générale », *THS La revue*, 1 (3), 1999.
- Michaud, P., Fouilland, P., « Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins », *La revue du praticien*, t. XVII, n° 611, 2003.
- Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*, Paris, Inserm, 536, 2003.
- Rapport public annuel*, Cour des comptes, 2003.
- Gomel, M.K. et al., « Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use », *Social Science and Medicine*, 1998. 47 (2).
- Donio, V., Duburcq, A., *Évaluation finale du projet d'amélioration de la qualité des soins en ville, en alcoologie*, Étude pour le réseau Agir 33, Cemka Éval., 2005.

Sigles

ADDICA : Addictions précarité Champagne-Ardenne.

AGIR 33 : Réseau addictions Gironde.

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie.

CRPAT : Comité régional de prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies.

RESAPSUD : Réseau sud aquitain des professionnels de soins aux usagers de drogues.

URMLB : Union régionale des médecins libéraux de Bretagne.

Tendances

Directeur de publication
Jean-Michel Costes

Comité de rédaction
Marie-Danièle Barré, Aline Desesquelles,
Alain Epelboin, Jean-Dominique Favre, Claude Got,
Serge Karsenty, Annette Leclerc, Thomas Rouault

Secrétariat de rédaction
Julie-Émilie Adès

Maquettiste
Frédérique Million

Impression
Imprimerie Masson / 69, rue de Chabrol
75010 Paris

ISSN 1295-6910
Dépôt légal à parution

Observatoire français des drogues
et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex
Tél : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
e-mail : ofdt@ofdt.fr

An english version of this publication will be
available soon on Web at this URL:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdevlive/english-tab.html>

www.ofdt.fr

