

Résumé

Contexte : dans le cadre de la préparation de l'étude nationale sur l'efficacité de l'intervention brève en santé au travail (EIST), une étude de faisabilité a été réalisée en 2004 par le programme « Boire moins c'est mieux » (BMCM), avec la collaboration de 32 médecins du travail et leurs 38 assistantes. Elle a permis l'évaluation du risque lié à l'alcool par le questionnaire Audit chez 2 060 salariés. Le présent article décrit les enseignements tirés de l'analyse des questionnaires remplis par les salariés et par les personnels de santé au travail qui ont participé à l'étude.

Résultats : seuls 0,4 % des salariés ont refusé de remplir les questionnaires, dont 11 % n'étaient pas exploitables : 1 839 ont donc pu être analysés. La consommation à risque ou problématique concerne 7,8 % des salariés [IC 95 % : 6,8 - 9], et la dépendance 1 % [0,6-1,4]. Deux tiers des consommateurs à risques repérés par l'Audit ne l'auraient pas été par une stratégie de repérage biologique. Le questionnaire, sa méthode de passation et l'intervention brève ont été jugés acceptables par les médecins et les assistantes sur lesquelles reposaient la distribution du questionnaire et le contrôle de son bon remplissage.

Discussion : les résultats en termes de fréquences des niveaux de mésusage sont comparables à ceux de Demortière et coll. (1999) mais amènent à mettre l'accent sur la fréquence relative du mésusage sans dépendance.

Conclusion : la fréquence de la consommation à risque justifie de centrer sur elle une stratégie de prévention en santé au travail. L'acceptabilité de l'ensemble des éléments de la démarche est une nouvelle fois démontrée. Les résultats de l'étude EIST permettront de juger de l'efficacité des interventions brèves.

Risque alcool et santé au travail

Étude de repérage et d'intervention auprès de 2 060 salariés

VÉRONIQUE KUNZ [MÉDECIN DU TRAVAIL, ALCOOLOGUE, MEDISIS (OISE)

ET PROGRAMME « BOIRE MOINS, C'EST MIEUX » (BMCM)].

PHILIPPE MICHAUD [MÉDECIN ADDICTOLOGUE, COORDINATEUR DU PROGRAMME BMCM].

SAMIR TOUBAL [BIostatisticien, BMCM].

GREGG LOBBAN [ASSISTANT DE RECHERCHE CLINIQUE, BMCM].

GÉRALD DEMORTIÈRE [MÉDECIN DU TRAVAIL, AMETIF, SMTIOF (IDF) ET BMCM].

Le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque ou à problème se développent actuellement en médecine de ville dans plusieurs pays d'Europe. L'OMS préconise désormais d'étendre à tous les acteurs de santé primaire ce type d'intervention et l'expertise collective de l'Inserm 2003 [1] recommande de développer, dans le champ de la santé au travail, les méthodes de repérage et d'accompagnement des buveurs excessifs sans alcoolodépendance. En France, la SMTIOF, l'Anpaa et son équipe BMCM ont initié les premières expérimentations. L'Inpes a accordé une subvention de recherche à l'Anpaa pour la mise en place d'une étude randomisée sur l'efficacité de l'intervention brève en médecine du travail (EIST 2004-2006). La phase de faisabilité donne déjà des enseignements.

INTRODUCTION

Les services de santé au travail assurent le suivi médical d'environ 17,5 millions de salariés. Pour 28 % d'entre eux, le médecin du travail est le seul intervenant de santé vu dans l'année [2]. Une étude réalisée en 1999 [3] indique que 8,2 % des salariés vus en visite de médecine du travail ont une consommation d'alcool à risque ou problématique. Dans l'entreprise même, la réalité du risque alcool est démontrée, avec ses conséquences préjudiciables individuelles et collectives, sanitaires et économiques [1] qui donnent la mesure des enjeux du repérage précoce de la consommation excessive d'alcool. Pourtant les médecins du travail ne s'impliquent encore que faiblement dans l'évaluation du risque alcool [4].

En 1999, ces considérations ont incité des équipes de santé au travail d'Île-de-France à mener l'étude citée qui a montré que l'utilisation couplée de la consommation déclarée d'alcool et d'un questionnaire (Deta ou Audit) avait une bonne pertinence diagnostique [3]. L'Audit est un questionnaire OMS validé en français [5] [6].

Depuis, une expérience de formation de 40 médecins du travail au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) a montré le caractère applicable en routine du repérage effectué avec les questionnaires et l'intervention brève [7]. Le principe de cette dernière s'appuie sur les modalités proposées pour les médecins généralistes par le programme « Boire moins c'est mieux » (BMCM), à savoir un entretien bref en 8 points, comportant des aspects informatifs et motivationnels, avec l'appui didactique des livrets « Ouvrons le dialogue » de l'Inpes [8].

Pour autant, la démonstration de l'efficacité de l'intervention brève en santé au travail est nécessaire.



Étude suivie à l'Inpes par Pierre Arwidson et Colette Menard de la direction des affaires scientifiques.

L'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.

Un verre standard représente une de ces boissons :

7 cl d'apéritif à 13°	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 ou moins 2 à 4 fois par mois 2 à 3 fois par semaine 4 fois ou plus 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 par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour 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 par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour 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 par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour 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 par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour 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 par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour 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 par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour 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 ?

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

score :

Votre sexe : homme femme

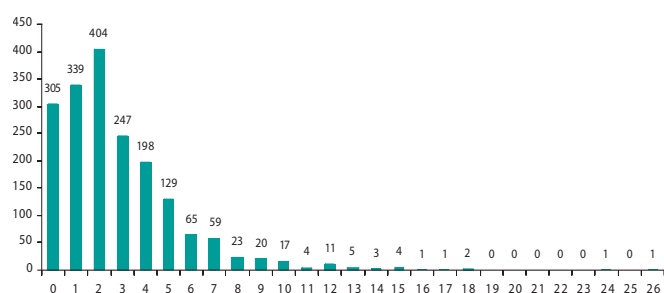
Les valeurs attribuées à chaque réponse figurent ici sur la première ligne. Elles ne sont pas inscrites sur les autoquestionnaires distribués. Le score à l'AUDIT est la somme des réponses à chaque ligne.

MÉTHODE ET POPULATION

L'étude longitudinale randomisée EIST (2004 - 2006) réalisée par BMCM vise à comparer l'évolution de la consommation d'alcool à un an, selon qu'une intervention alcoologique brève a été délivrée par le médecin du travail ou non. Le protocole prévoit de repérer en salle d'attente (par le biais d'une assistante et du questionnaire Audit) un échantillon de salariés ayant un usage nocif sans dépendance. Après randomisation :

- le groupe témoin (TE) se voit remettre par l'assistante le « Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool » de l'Inpes ;
- le groupe (IB) est soumis à une séance de « conseil » délivrée par le médecin du travail pendant sa consultation.

Figure 1 - Distribution des scores calculés de l'Audit (n=1839)



Les salariés seront revus un an après, à l'occasion de la visite périodique de médecine du travail.

L'évaluation est complétée par un dosage biologique dans les 2 groupes.

Les questions sur l'acceptabilité de certains points du protocole ont conduit à organiser l'étude de faisabilité. La durée de l'expérimentation a été réduite à 4 mois.

L'étude EIST-f avait trois objectifs :

- répondre aux questions relatives à l'organisation du protocole de l'étude ;
- sensibiliser d'autres services de santé au travail (SAT) au concept du RPIB ;
- permettre une première analyse descriptive des différents modes de consommation d'alcool de cette population.

Trente-deux médecins (et leurs 38 assistantes) ont participé à l'étude de faisabilité sur six sites différents (Oise, Paris et Ouest parisien, Bordeaux, Fréjus-Puget, Lille-Arras, Le Havre).

Les formations, assurées sur les sites, portaient sur le contexte de l'étude, le risque alcool, l'utilisation de l'Audit, l'intervention brève et le protocole de l'étude EIST-f.

La période d'inclusion des salariés a duré 15 jours par médecin et s'est échelonnée entre janvier et mars 2004. À tous les salariés (hommes et femmes) consultant pendant l'étude, l'assistante a proposé le questionnaire Audit, à remplir en salle d'attente ; elle en calculait ensuite le score. Si le salarié était éligible, c'est-à-dire s'il avait un score indiquant une consommation à risque (score compris entre 6/7 et 12 selon le sexe), et s'il n'y avait pas de critères d'exclusion, elle lui proposait de participer à l'étude. Le salarié était informé de la nécessité d'effectuer dès que possible un bilan biologique simple (volume globulaire moyen ou VGM et gamma GT ou GGT) et un autre, 4 mois plus tard. En cas d'inclusion, le salarié devait suivre la procédure prévue par le protocole d'EIST. Les salariés étaient revus à 4 mois pour un entretien d'évaluation de la situation alcoologique par l'assistant de recherche.

RÉSULTATS

Un salarié sur treize est consommateur excessif d'alcool

Sur les 2 060 salariés qui se sont vus proposer le questionnaire Audit dans la phase d'inclusion, le taux de refus a été de 0,4 %. Malgré les interventions des assistantes lorsqu'elles repéraient des réponses incomplètes (question 2 souvent mal comprise), 11 % des 2 060 Audit présentent des données manquantes. Les résultats suivants portent ainsi sur 1 839 Audit. (Fig. 1)

Les interventions brèves ont eu une durée moyenne de 9 minutes. L'accueil du salarié a été estimé après

chaque intervention par le médecin sur une échelle de 1 à 10. Le score moyen est de 8,4.

Répartition des niveaux de risque en fonction du sexe

Tableau 1

Niveau de risque	Hommes (N=1028) % [IC 95 %]	Femmes (N=800) % [IC 95 %]	Total (N=1828)
Abstinence	10,5 [9,1-11,9]	24,5 [22,5-26,5]	16,6 %
Faible risque	76,1 [74,1-78,1]	72,8 [70,8-74,8]	74,6 %
Risque	11,7 [10,2-13,2]	2,6 [1,9-3,3]	7,8 %
Dépendance	1,7 [1,1-2,3]	0,1 [0-0,2]	1 %

L'échantillon comporte 56 % d'hommes, son âge moyen est de 39 ans (38,3 pour les femmes et 39,3 pour les hommes, $p=0,047$) ; 74,6 % des salariés présentent une consommation à faible risque, 7,8 % une consommation excessive [IC 95 % : 6,8-9], et 1 % une dépendance [0,6-1,4]. (Tableau 1).

Parmi les sujets questionnés, 9,4 % consomment de l'alcool plus de 4 jours par semaine (1 femme pour 4 hommes). Le nombre de verres standard consommés lors d'un jour de consommation est plus élevé

chez les hommes ($p < 10^{-4}$), ainsi que la fréquence des consommations occasionnelles à risque immédiat (6 verres ou plus) ($p < 10^{-4}$). Par ailleurs, les hommes sont plus fréquemment concernés que les femmes par les conséquences de la consommation d'alcool (questions 4 à 10). Les différences observées sont particulièrement nettes pour l'incapacité de s'arrêter, la culpabilité, les blackouts (amnésies du lendemain) et les conseils reçus. L'âge influence également de façon très significative la fréquence des blackouts. (Tableau 2).

Comportements d'alcoolisation aiguë et amnésies du lendemain selon l'âge

Tableau 2

Fréquence des amnésies du lendemain (blackouts)						
Tranches d'âge	Hommes (N = 918)			Femmes (N = 604)		
	Effectif	Score moyen (± DS)	Test de F (p)	Effectif	Score moyen (± DS)	Test de F (p)
< 30 ans	190	0.20 (± 0.53)	F=10.2 ($p < 10^{-4}$)	143	0.041 (± 0.20)	F=3.43 ($p=0.032$)
30-44 ans	376	0.07 (± 0.39)		268	0.018 (± 0.16)	
≥ 45 ans	352	0.04 (± 0.30)		193	0 (± 0)	

* NS : non significatif.

Sur les 46 salariés inclus, 33 ont accepté un examen sanguin dont 11 comportaient des anomalies (10 GGT augmentées et 2 VGM supérieurs à 95). Ainsi, 2/3 des

consommateurs excessifs repérés par l'Audit n'auraient pas été repérés par une stratégie de repérage fondée sur la perturbation de la GGT et/ou du VGM.

DISCUSSION

L'étude de faisabilité a permis d'ajuster les modalités de formation, et de finaliser les supports d'enquête de l'étude nationale. Elle confirme (sur 2 060 salariés) l'excellente acceptabilité en santé au travail d'une autoévaluation de la consommation d'alcool par questionnaire qui permet d'ouvrir le dialogue sur ce sujet lors de l'entretien médical. Le taux de refus (0,4 %) est aussi faible que dans deux précédentes études : 0,66 % sur 1 176 salariés [2] et 1 % sur 1 768 salariés [7]. Les interventions ont été acceptables pour le médecin (9 minutes) et l'accueil par le salarié était bon (score de 8,4 sur 10).

Les difficultés de remplissage de l'Audit pourraient être améliorées par une meilleure formulation de la question 2 : « Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée où vous buvez des boissons alcoolisées » plutôt que « au cours d'une journée ordinaire ».

Les questionnaires sont sensibles très précocement, ont un faible coût, et influencent les personnes qui les remplissent. L'acceptabilité de la démarche permet d'envisager, au-delà d'une première intervention, une évaluation régulière réalisable en santé au travail grâce au caractère obligatoire et périodique des visites.

Nous encourageons les médecins du travail à mettre en place une stratégie intégrant une évaluation du risque alcool à chaque visite du salarié.

Nos données confirment deux éléments connus : l'existence de deux groupes d'importance numérique très inégale (les alcoolodépendants et les consommateurs excessifs) et le fait que les « prévalences » sont très inférieures à celles mesurées en médecine générale. La consommation à risque est 4 fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Presque toutes les questions de l'Audit prises séparément confirment cette différence sur les quantités, les fréquences et les retentissements d'une consommation d'alcool. Fait plus rarement montré, les blackouts sont beaucoup plus souvent rapportés dans la tranche d'âge des moins de 30 ans, chez les hommes comme chez les femmes.

CONCLUSION

L'encouragement à une pratique systématique permet une approche faisant glisser le concept d'alcool maladie vers une perspective de santé publique communautaire, sans discrimination. Les consommations dangereuses d'alcool sont ainsi dépistées précocement et non uniquement ciblées sur l'alcoolodépendance. L'intervention brève est un échange adapté à ce mode de consommation sans addiction associée et devient une intervention éducative de promotion de la santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Inserm. *Alcool, effets sur la santé*. Expertise collective, Paris, 2001
- [2] Fouriaud C. et al. « Médecine du travail et prévention générale, résultats d'une enquête épidémiologique auprès de 8 203 salariés ». *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 1991 ; 52(5) : 333-337.
- [3] Demortière G., Pessione F. et 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*, 2^e trimestre 2001 ; 86 : 193-200.
- [4] Herman J.-L. *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.
- [5] Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JF, Grant M. "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit) : WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumptions-II". *Addiction*, 1993 ; 88 : 791-804.
- [6] Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. "The alcohol use disorder identification test (Audit) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version". *Alcohol Clin Exp Res*, 2005 ; 29(11) : 2001-7.
- [7] Demortière G, Michaud P, Dewost A.-V. « Consommation excessive d'alcool chez les salariés : du repérage précoce à la prise en charge. » *Évaluation après formation de 40 médecins du travail au repérage et à l'intervention*. INRS, *Documents pour le médecin du travail*, 2005 ; 102 : 215-223.
- [8] Inpes. *Kit Alcool, ouvrons le dialogue accompagné d'un guide, d'une affiche, de 30 livrets « Faire le point » et de 30 livrets « Réduire sa consommation. »* Disponible à l'Inpes, 42 boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, fax 01 49 33 22 91, référence de l'outil 65-03153-PT.

ADRESSES UTILES

- Anpaa (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) : 20, rue Saint-Fiacre 75002 Paris - Tél. : 01 42 33 51 04.
- Programme « Boire moins c'est mieux » BMCM : 3, avenue Gallieni 92000 Nanterre - Tél. : 01 46 69 01 83.

Summary

Background: In order to prepare the nationwide study on efficiency of brief interventions in occupational medicine settings, a feasibility study was achieved in 2004 by the prevention programme « Boire moins c'est mieux » (less is better), in collaboration with 32 physicians and their 38 assistants. It provided an evaluation of alcohol-related risks in 2060 employees who were asked to fill in WHO's ten-item questionnaire Audit. This paper describes the results of the screening of the employees by the professionals who had participated in the study.

Results: Only 0,4 % refused to answer the questionnaires; among the available files, 11% were not complete, and we analysed 1 839. Among them we found 7,8% scores indicating hazardous drinking [CI 95% : 6,8 - 9] and 1% dependence [CI 95% : 0,6 - 1,4]. Among heavy drinkers detected by Audit, two thirds wouldn't have been found with a biological method. The screening method (i.e. the questionnaire and the way to use it) and the brief intervention were well accepted by the doctors and by their assistants, who had to organize the screening and to check the answers.

Discussion: The frequency of alcohol misuse evaluated here is close to the figures found by Demortière et al. (1999) and leads to emphasize the importance of alcohol hazardous drinking compared with dependence.

Conclusion: These findings justify a screening strategy targeting hazardous drinking. Our study gives new evidence for the acceptability of the tools used here (Audit and brief intervention). The results of the next step (EIST study) will provide more information on the efficiency of this prevention strategy in these particular settings.