

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

ANNEE 2017

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 02 Novembre 2017 à Poitiers  
par **Mademoiselle Christelle BILLET**

**Efficacité de l'intervention brève chez les adolescents et les jeunes adultes sur l'utilisation de substances psychoactives : une revue systématique de littérature des méta-analyses**

**Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

**Membres** : Madame le Dr Valérie Victor Chaplet

Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur Philippe Binder



*Le Doyen,*

Année universitaire 2017 - 2018

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

### **Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### **Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

### **Maître de conférences des universités de médecine générale**

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

### **Professeurs émérites**

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

# Introduction

Les addictions constituent un problème majeur de santé publique dont les impacts sont multiples : sanitaires, psychologiques, économiques, sociaux... La consommation nocive d'alcool engendre un coût pour la société estimé à 120 milliards euros en 2015, elle est responsable de 49 000 décès par an<sup>1</sup>.

Les jeunes sont seulement 8 % à n'avoir jamais expérimenté l'alcool, le tabac ou le cannabis. Parmi ces substances l'alcool est la plus expérimentée<sup>2</sup>.

Or, la précocité de l'usage d'un produit apparaît comme un déterminant majeur d'usage problématique par la suite et accroît les risques de dépendance<sup>3</sup>. C'est pour cela que nous avons décidé de nous intéresser aux méthodes qui étaient susceptibles de sensibiliser les adolescents à leur consommation.

Les politiques de santé Publique en France ont également bien compris cet enjeu. Ils ont mis en place le Plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies, le dernier en date est celui de 2013-2017. Le dernier rapport de l'INSERM en 2014<sup>4</sup>, a voulu mettre en évidence les interventions de prévention les plus adaptées pour prévenir les usages de substances psychoactives chez les adolescents. Cette synthèse a été réalisée à partir de l'exploitation des résultats de revues de l'INPES. Les experts ont définis, parmi quatre-vingt interventions trouvées, neuf stratégies d'intervention les plus efficaces dont les interventions fondées sur l'entretien motivationnel. Alors que pour les adultes, l'intervention la plus efficace et recommandée par l'HAS est le repérage précoce et l'intervention brève<sup>5</sup>, nous nous sommes demandés si ce type d'intervention était efficace chez les adolescents pour réduire de manière significative leur consommation d'alcool ,et nous avons élargie notre questionnement au tabac et au cannabis.

Nous vous présenterons dans un première partie les informations nécessaires à une bonne compréhension du contexte . Dans une seconde partie nous vous détaillerons notre méthode de recherche pour répondre à notre problématique , puis nous vous présenterons nos résultats et pour finir nous discuterons de ces derniers.

---

<sup>1</sup> GUERIN S., et al., Eur. J. Public Health, 2013

<sup>2</sup> SPILKA S., LE NEZET O., NGANTCHA M., BECK F., « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 », *Tendances n°100*, OFDT, 2015.

<sup>3</sup>KARIRA L. ET AL, Consommation nocives de produits psychoactifs ; résultats préliminaires de l'étude ADOTECHNO, *Alcoologie et Addictologie*, vol 26, 2004.

<sup>4</sup> *Conduites addictives chez les adolescents – Usages, prévention et accompagnement*, éditions Inserm, collection Expertise collective, avril 2014, 500 p.

<sup>5</sup> *Rapport d'élaboration de l'HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*, novembre 2014.

<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>7</b>
<b>PARTIE I - Introduction .....</b>	<b>8</b>
1. Généralités.....	8
1.1 L'adolescence et les substances psychoactives.....	8
1.2 Les modes de consommation .....	8
2. La consommation de substances psychoactives chez les adolescents et jeunes adultes ..	10
2.1 Statistiques sur la consommation d'alcool.....	11
2.2 Statistiques sur la consommation de tabac.....	13
2.3 Statistiques sur la consommation de cannabis .....	14
3. Les actions de prévention.....	15
3.1 Qu'est-ce que la prévention ?.....	15
3.2 Les différents niveaux d'action de la prévention .....	17
4. Le repérage précoce et l'intervention brève.....	17
4.1 Définition .....	17
4.2 Modalités de l'intervention brève.....	18
4.3 Preuve de l'efficacité de l'intervention brève.....	19
5. L'entretien motivationnel.....	21
<b>PARTIE II – Méthodes.....</b>	<b>23</b>
1. Méthodes de sélection de la littérature.....	23
1.1 Critères inclusions .....	23
1.2. Identification de la littérature .....	24
1.2.1 Stratégie de recherche documentaire informatique.....	24
1.2.2 Stratégie de recherche documentaire manuelle.....	24
1.3. Etapes de la recherche.....	24
2. Méthodes de synthèse des résultats.....	24
2.1 Collecte et extraction des données .....	24
2.2 Synthèses des données.....	25
3. Méthodes d'analyses des données .....	25
4. Méthodes d'évaluation de la qualité méthodologique des méta-analyses.....	26
<b>PARTIE III - Résultats .....</b>	<b>27</b>
1. Synthèse de la revue littérature .....	27
2. Synthèses des données .....	28
2.1 Présentation des objectifs des méta-analyses.....	28
2.2 Résultats des caractéristiques des méta-analyses.....	30
2.2.1 Caractéristiques/types de substances psychoactives.....	35
2.2.2 Caractéristiques des participants .....	35
2.2.2.1 Age des participants .....	35
2.2.2.2 Niveau d'usage d'alcool.....	35
2.2.3 Caractéristiques des interventions brèves .....	35
2.2.3.1 La définition .....	35
2.2.3.2 La durée.....	36
2.2.3.3 Le nombre de sessions.....	36
2.2.3.4 Le format.....	36
2.2.3.5 La période de suivi .....	36
2.3. Synthèses des résultats sur les effets de l'intervention brève sur la consommation d'alcool.....	36
2.3.1 Efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation d'alcool .....	40
2.3.1.1 Résultats globaux .....	40
2.3.1.2 Résultats sur la quantité.....	40

2.3.1.3 Résultats sur la fréquence.....	41
2.3.1.4 Résultats sur la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes .....	43
2.3.1.5 Résultats sur la mesure de la concentration sanguine.....	44
2.3.2 Efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation selon le type d'intervention .....	44
2.3.3 Efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation selon les modalités de l'intervention.....	45
2.3.4 Efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation selon les différentes périodes de suivi.....	46
2.3.5 Efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation selon le niveau de consommation.....	47
2.4. Synthèses des résultats sur les effets de l'intervention brève sur la consommation de tabac et de cannabis.....	48
2.4.1 Le tabac .....	48
2.4.2 Le cannabis.....	48
2.5. Synthèses des résultats sur la qualité méthodologique des méta-analyses.....	48
2.5.1 Résumé des résultats .....	48
2.5.2 Limites de chaque méta- analyses.....	49
<b>Partie IV- Discussion.....</b>	<b>52</b>
1. Synthèse des résultats.....	52
2. Critiques - Forces et faiblesses du présent travail .....	52
2.1 Stratégie de recherche documentaire.....	52
2.1.1 Période concernée .....	52
2.1.2 Types d'articles inclus.....	52
2.1.3 Bases de données interrogées.....	52
2.1.4 Liste des mots-clés .....	53
2.2 Sélection et analyse des documents .....	53
2.3 L'analyse des résultats .....	53
3. Interprétation des résultats .....	54
3.1 Définition de l'intervention brève.....	54
3.2 Durée de l'intervention brève.....	54
3.3 A qui d'adresse l'intervention brève ? .....	54
3.4 La durabilité de l'intervention brève.....	55
3.5 Les lieux de pratique de l'intervention brève.....	55
4. Comparaison à d'autres revues de littérature .....	56
5. Intérêt pour la médecine générale .....	56
6. Pistes pour des recherches ultérieures.....	56
<b>Conclusion.....</b>	<b>58</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>59</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>64</b>
Annexe 1 .....	64
Annexe 2 .....	64
Annexe 3 .....	65
Annexe 4 .....	66
Annexe 5 .....	67
Annexe 6 .....	69
Annexe 7 .....	70
Annexe 8 .....	72
Annexe 9 .....	73
<b>Résumé .....</b>	<b>77</b>
<b>Serment .....</b>	<b>78</b>

# Liste des abréviations

SPA : Substances psychoactives  
CIM 10 : Classification Internationale des Maladies  
DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
HBSC : Health Behaviour in School-aged Children  
Espad : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs  
Escapad : Enquête sur la santé et les consommations réalisée lors de la Journée Défense et Citoyenneté  
ODFT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale  
EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction  
INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
ONUDC : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime  
AMSTAR : A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews  
API : Alcoolisation Ponctuelle Importante  
EM : Entretien Motivationnel  
RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève  
PF: Personnel Feedback  
MI: Motivational Interviewing  
CBT : Cognitive Behavioural Therapy  
PET : Psychoeducationnal therapy  
MET : Motivational Enhancement Therapy  
IBM : Intervention Brève Motivationnelle

# PARTIE I - Introduction

## 1. Généralités

### 1.1 L'adolescence et les substances psychoactives

« Adolescence » signifie, étymologiquement, celui qui chemine vers l'âge adulte et qui « abandonne » l'enfance. L'adolescence est une période au cours de laquelle l'adolescent se sépare progressivement du lien de dépendance à ses parents, par la recherche de nouvelles expériences, de prises de risques et de défis associant souvent une certaine résistance aux règles établies. Dans ce contexte, l'adolescence est propice à l'expérimentation de l'usage de substances psychoactives (SPA), dont la répétition est susceptible d'entraîner un abus, voire une dépendance<sup>6</sup>.

L'alcool, le tabac et le cannabis sont des substances psychoactives. Les substances psychoactives agissent sur le système nerveux central. Elles peuvent modifier l'activité mentale, l'état de conscience, l'humeur, les sensations et le comportement d'un individu. Elles provoquent des effets somatiques variables selon les propriétés de chacune, leurs effets et leurs nocivités. La consommation de ces substances peut également être à l'origine d'une dépendance.

Parmi les SPA, il existe les SPA licites comme l'alcool et le tabac, et illicites comme la cocaïne, l'héroïne, le cannabis... Ces SPA diffèrent donc dans leurs accessibilités et leurs effets. Par exemple, l'alcool est autorisé en France. Effectivement sa consommation peut être sans conséquence néfaste, comme elle peut être source de dommages.

### 1.2 Les modes de consommation

Il est important de définir les différents modes de consommation. Auparavant la communauté scientifique internationale individualisait trois grands types de comportement dans la consommation de SPA<sup>7</sup> :

- Le non-usage : c'est l'absence de consommation du produit. Il est primaire (pas d'initialisation) ou secondaire (arrêt après une phase de consommation).
- L'usage simple : il est considéré comme un usage social de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques, ni dommages. Il peut être occasionnel, expérimental, récréatif, festif ou régulier. La consommation du produit est acceptable pour l'individu et la société et reste inférieure aux seuils lorsqu'ils ont été définis comme pour l'alcool.
- Le mesurage : il est lui-même divisé en 3 catégories :
  - o L'usage à risque : la consommation n'est pas encore associée à un quelconque dommage, médical, psychologique ou social, mais est susceptible d'en induire dans certaines circonstances ou situations. On peut le répartir en deux catégories : quantitatif (au delà d'une certaine consommation) ou situationnel (grossesse, conduite automobile...)

---

<sup>6</sup> Conduites addictives chez les adolescents – Usages, prévention et accompagnement éditions Inserm, collection Expertise collective, avril 2014, 500 p.

<sup>7</sup> SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE, « Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance : usage à risque, usage nocif. Recommandations. », Alcoologie et addictologie. 2003, 25 p.

- L'usage nocif (CIM 10 ou abus (DSM-IV). (cf annexe 1) désignait l'usage d'une substance avec une consommation répétée malgré l'apparition de dommages sanitaires, professionnels, familiaux ou sociaux... Cet état est réversible.
- La dépendance était défini selon le DSM-IV (cf annexe 2).

Aujourd'hui, la nouvelle classification du DSM-V a harmonisé les modes de consommation. On parle dorénavant de troubles liés à l'utilisation d'une substance<sup>8</sup> : « Substance Use Disorders ». L'utilisation de la substance est décrite comme suivant :

**a.** Utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une dégradation ou à une détresse cliniquement significative

**b.** Se manifestant par au moins 2 des signes suivants survenant au cours d'une période d'un an :

1. La substance est souvent prise **en quantité** plus importante et pendant une période plus longue que prévue.

2. Il y a un désir persistant ou des effets infructueux pour arrêter ou contrôler l'usage de la substance.

3. Beaucoup de temps est passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets.

4. L'usage répété de la substance aboutit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (ex : absences répétées ou mauvaises performances au travail en rapport avec l'usage de la substance, absences répétées en rapport avec la substance, suspensions ou exclusion de l'école ; négligence des enfants).

5. L'usage de la substance est poursuivi malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance

6. D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont arrêtées ou réduites à cause de l'usage de la substance.

7. Usage répété de la substance dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux (ex : conduite automobile ou d'une machine malgré l'altération des capacités par la substance).

8. L'usage de la substance est poursuivi malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents vraisemblablement provoqués ou aggravés par la substance.

9. Tolérance, définie par l'un ou l'autre des signes suivants :

a. Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.

b. Effet notablement diminué lors de l'usage continu des mêmes quantités de substance. °

10. Sevrage se manifestant par l'un des signes suivants :

a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.

b. La même substance (ou une substance étroitement apparentée) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

11. Existence d'un *craving* ou d'un désir fort ou d'une pulsion à consommer une substance.

On considère les troubles comme :

- Modérés lorsque la présence de 2 à 3 critères est positive
- Sévère lorsque la présence de 4 critères ou plus est positive

On considère la dépendance physique lorsque les critères 9 et 10 sont présents

---

<sup>8</sup> *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, American Psychiatric Association, 5<sup>e</sup> édition, 2013.

Ainsi à partir de cette nouvelle classification on observe :

- La disparition des termes « Abus » et « Dépendance ».
- L'intégration des consommations ponctuelles importantes selon le critère 1
- L'intégration de l'usage à risque à partir du critère 7.

**Ainsi les modes de consommation sont moins stratifiés. Le mésusage devient un trouble général.**

Cependant dans les cas de la consommation d'alcool, les repères sur les quantités recommandées selon l'OMS<sup>9</sup> sont toujours utiles. Un verre standard est défini comme 10g d'alcool, soit 10cl de vin à 12°, 7cl d'apéritif à 18°, 25cl de bière à 8° ou 3cl d'apéritif fort à 40°. Pour pouvoir évaluer et classer si la quantité d'une consommation régulière est problématique ou non en terme de quantité, les seuils définis par l'OMS sont utiles.

Ainsi une consommation d'alcool est dite à faible risque :

- pour les femmes : en dessous de 20 g par jour ; soit 140 g par semaine ;
- pour les hommes : en dessous de 30 g par jour ; soit 210 g par semaine.

Elle devient à risque si :

- pour les femmes : à partir de 20 g et jusqu'à 40 g par jour (même seuil que l'OMS) ; soit entre 140 et 280 g par semaine ;
- pour les hommes : à partir de 30 g et jusqu'à 60 g par jour (OMS : entre 40 et 60 g/j) ; soit entre 210 et 420 g par semaine.

La consommation d'alcool est dite nocive ou à problème lorsque :

- pour les femmes : au-dessus de 40 g par jour (même seuil que l'OMS) ; soit au-dessus de 280 g par semaine ;
- pour les hommes : au-dessus de 60 g par jour (même seuil que l'OMS) ; soit au-dessus de 420 g par semaine.

Les consommations irrégulières - c'est à dire les consommations épisodiques massives, appelées par les anglo-saxons « Binge Drinking » ou encore « alcoolisations ponctuelles importantes (API) » avec une recherche d'ivresse - sont définie comme une consommation de plus de 60 g (soit 6 unités standard) d'alcool dans un temps très court c'est à dire en moins de 2 heures.

## **2. La consommation de substances psychoactives chez les adolescents et jeunes adultes**

Les usages de produits psychoactifs en population adolescente sont documentés en France depuis la fin des années 1990 à l'aide de trois enquêtes. (cf annexe 3)

- HBSC
- Escapad
- Espad

Le dispositif d'observation des usages de SPA utilise une classification différente de celle préalablement décrite. Elle permet de mettre en évidence les différents niveaux d'usages qui sont :

- L'expérimentation: au moins un usage au cours de la vie.
- L'usage actuel : au moins un usage au cours des 12 mois précédant l'enquête.

---

<sup>9</sup> Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, Rapport d'élaboration de l'HAS, novembre 2014.

- L'usage récent : au moins un usage au cours du dernier mois.
- L'usage régulier: au moins 10 usages dans les 30 jours précédant l'enquête.
- L'usage hebdomadaire: au moins un usage dans la semaine.
- L'usage quotidien: au moins un usage quotidien au cours des trente derniers jours.
- L'API : alcoolisation ponctuelle importante soit un nombre de 6 verres en une durée restreinte de moins de une heure

## 2.1 Statistiques sur la consommation d'alcool

### Statistiques sur la consommation d'alcool des jeunes âgés de 13 -18 ans en France

#### **L'enquête Escapad<sup>10</sup>**

Elle a été mise en place en 2000 par l'OFDT en partenariat avec la Direction du Service National. En 2014, près de 9 adolescents âgés de 17 ans sur 10 ont déjà bu ou expérimenté de l'alcool (89.3%). Cependant, comparativement aux années précédentes les niveaux d'expérimentation d'alcool affichent une baisse continue depuis 15 ans avec un recul de 5 points, passant donc de 94.6% en 2000 à 89.3%.

L'usage régulier concerne 12.3% des répondants. L'évolution de ce type d'usage est variable. Les niveaux d'usage régulier d'alcool ont évolué en trois phases : une hausse entre 2000 et 2003, suivi d'une baisse jusqu'en 2008 et une nouvelle hausse jusqu'à 2014.

La consommation quotidienne de boissons alcoolisées demeure toujours exceptionnelle avec moins de 2% des adolescents de 17ans.

En ce qui concerne les alcoolisations ponctuelles importantes en 2014, plus de la moitié (58.9%) des adolescents déclarent avoir déjà été ivres au cours de leur vie et 25.3% déclarent trois épisodes d'ivresse au cours des 12 derniers mois.

48.8% déclarent avoir pratiqué une alcoolisation ponctuelle importante au cours du mois, 21.8% trois alcoolisations ponctuelles importantes au cours du mois (API répétées) et 3% API régulières (10 épisodes au cours du mois). Comparativement aux enquêtes précédentes, le pourcentage de jeunes de 17 ans déclarant des alcoolisations ponctuelles importantes répétées (au moins 3 au cours du mois) après une hausse de 2002 à 2011, diminue faiblement passant de 23 % à 22 %. En revanche, le niveau des alcoolisations ponctuelles importantes régulières (au moins 10 fois au cours du mois) est en hausse entre 2005 et 2014 (de 2.2 % à 3 %). L'âge de la première ivresse est situé entre 15.1 et 15.3 ans suivant les années.

L'analyse régionale de l'enquête ESCAPAD de 2014<sup>11</sup> montre que la région Poitou-Charentes est touchée par un taux d'usagers réguliers d'alcool de 15% pour une moyenne nationale à 12.3% et un taux d'alcoolisations ponctuelles importantes répétées élevé de 27% pour une moyenne nationale à 21.8%.

<sup>10</sup> SPILKA S., LE NÉZET O. et TOVAR M.L., « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, n°79, OFDT, 4 p. et SPILKA S., LE NÉZET O., NGANTCHA M., BECK F., « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 », *Tendances* n°100, OFDT, 2015, 8 p.

<sup>11</sup> LE NÉZET O., GAUDUCHON T., SPILKA S., « Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014 », *Tendances* n°102, OFDT, 2015, 4 p.

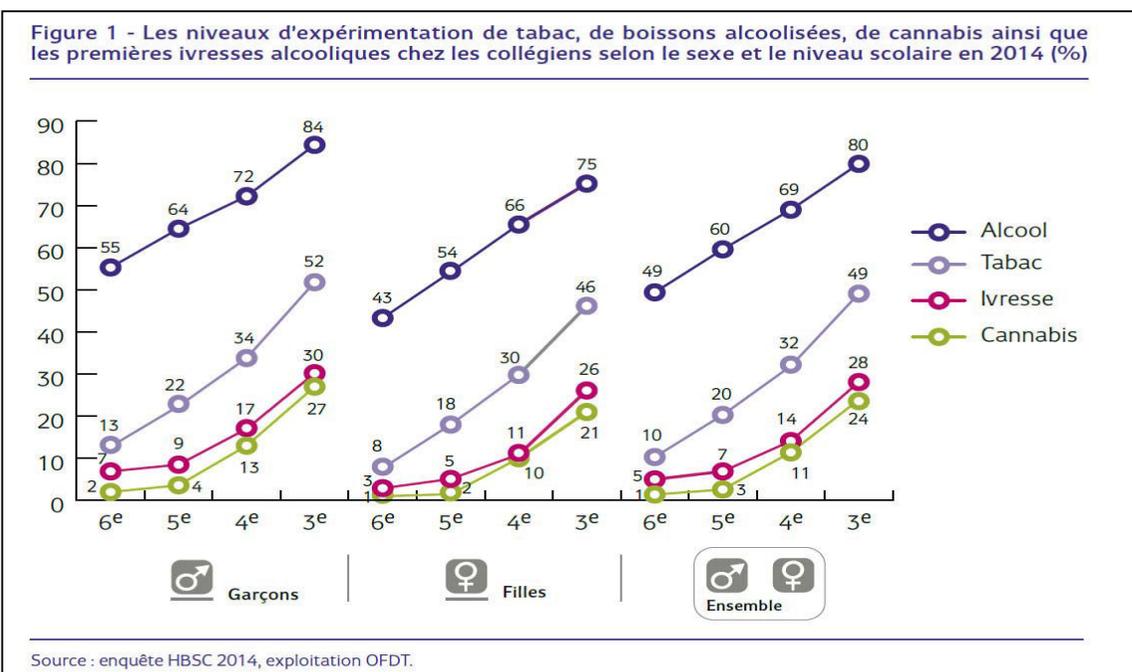
## L'enquête HBSC<sup>12 13</sup>

C'est une enquête internationale réalisée tous les quatre ans depuis 1982 sous l'égide du Bureau Européen de l'OMS. La France y participe depuis 1994 parmi les 443 pays concernés.

D'après l'enquête de 2014<sup>14</sup>, l'alcool est la substance psychoactive la plus fréquemment expérimentée parmi les collégiens. Plus d'un élève de 6<sup>ème</sup> sur deux a déjà bu de l'alcool au moins une fois dans sa vie. Cette expérimentation progresse tout au long des années collège (80% des élèves de 3<sup>ème</sup>). Les ivresses alcooliques concernent un élève sur sept, et cette part augmente singulièrement tout au long du collège (elle est multipliée par 6 entre la 6<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup>). Les usages récents concernent 22.8% des élèves de 4<sup>ème</sup> et 37.1% des élèves de 3<sup>ème</sup>. Les consommations régulières restent rares.

Si l'on compare ces résultats, à l'enquête de 2010, on peut constater :

- Les niveaux d'ivresse ont reculé de 4 points passant de 17.4% à 13.4%. Les ivresses apparaissent plus tardivement.
- Les expérimentations diminuent faiblement de 71.4% à 64.4% mais les chiffres restent hauts.
- Les usages récents ont fortement baissé sur l'ensemble des collégiens de 45.8% à 29.9%.



Pour résumer, ces enquêtes montrent une légère inflexion de l'expérimentation d'alcool chez les adolescents, une diminution modérée des alcoolisations ponctuelles importantes et à l'opposé une augmentation des usages réguliers, même s'il ne concerne

<sup>12</sup> SPILKA S., LE NÉZET O., BECK F., EHLINGER V. et GODEAU E., « Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège » ». Résultats du volet drogues, en France, de l'enquête Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) 2010 », *Tendances*, n°80, 2012, 6 p.

<sup>13</sup> SPILKA S., EHLINGER V., LE NÉZET O., PACORICONA D., NGANTCHA M., GODEAU E. ? « Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège » ». *Tendances n°106*, OFDT, 2015, 6 p.

<sup>14</sup> EHLINGER V., SPILKA S., RICHARD J.-B. et GODEAU E., *La santé des collégiens en France / 2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) : Méthodologie générale*, INPES, Saint-Denis, 2016, 6p

qu'un faible pourcentage de la population. Ces chiffres sont donc à la fois encourageants et inquiétants, notre attention doit toujours être portée sur les usages de l'alcool chez les adolescents.

### Statistiques sur la consommation d'alcool des jeunes âgés de plus de 18 ans en France

#### **L'enquête ESPAD<sup>15</sup>**

Elle permet de mesurer et de comparer les consommations de substances psychoactives chez les adolescents de 16 ans dans plus de 30 pays européens tous les quatre ans.

Les trois quarts des lycéens indiquent avoir bu une boisson alcoolisée lors du mois précédent l'enquête et la moitié disent avoir connu une alcoolisation ponctuelle importante. Dès la classe de 2<sup>nd</sup>, ce sont plus de neuf jeunes sur dix qui déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours de leur vie.. Il en est de même avec l'usage régulier d'alcool qui concerne un lycéen sur cinq.

De plus, la moitié des lycéens (52 %) déclare une alcoolisation ponctuelle importante et six lycéens sur dix rapportent au moins une expérience d'ivresse. Par ailleurs, ces alcoolisations augmentent fortement entre la 2<sup>nd</sup> et la terminale : les alcoolisations ponctuelles importantes au cours du mois et les ivresses répétées progressent de 10 points sur la période (respectivement, 47 % vs 56 % et 19 % vs 29 %). Quoi qu'il en soit, la fréquence d'usage d'alcool apparaît fortement corrélée à ces deux modes d'alcoolisation intensifs. Ainsi, plus de la moitié des usagers réguliers d'alcool (53 %) ont répondu avoir connu à la fois une alcoolisation ponctuelle importante et une ivresse au cours du mois.

## **2.2 Statistiques sur la consommation de tabac**

### Statistiques sur la consommation de tabac des jeunes âgés de 13 -18 ans en France

#### **L'enquête Escapad**

En 2014, près de 7 adolescents sur 10 ont déjà fumé une cigarette (68,4 %). Depuis quinze ans, le niveau d'expérimentation de tabac affiche une baisse continue, avec un recul de 9 points entre 2000 et 2014 (77.6% vs 68.4%). Le niveau de tabagisme quotidien a diminué de manière importante entre 2000 et 2008, passant de 41,1 % à 28,9 %, il est à nouveau en hausse depuis 2008. Entre 2011 et 2014, l'usage quotidien a continué de progresser très légèrement, évoluant de 31,5 % à 32,4 %.

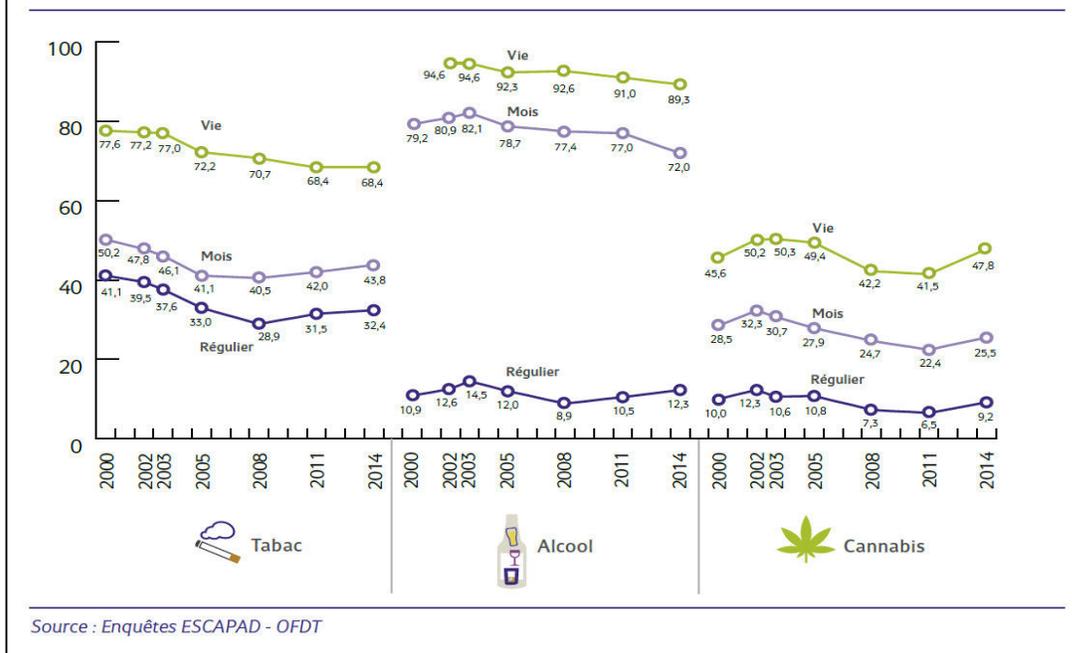
#### **Enquêtes HBSC**

En 2014, un tiers des collégiens dit avoir déjà eu l'occasion de fumer une cigarette, avec des niveaux très variés selon le niveau scolaire. L'expérimentation est multipliée par 5 durant les années collège, avec un élève sur deux qui a déjà fumé au moins une fois une cigarette en 3e. L'usage quotidien du tabac à l'adolescence concerne 5,6 % des élèves de 4<sup>ème</sup> et 12,3 % de ceux de 3<sup>ème</sup>, soit le double. Si l'on compare ces résultats, à l'enquête de 2010, on peut constater que l'expérimentation de la cigarette est restée globalement stable parmi les collégiens (30,2% à 27,8%) et que l'usage quotidien est quant à lui en baisse avec un taux passant de 11.8% à 8.9%.

---

<sup>15</sup> SPILKA S. et LE NÉZET O., Premiers résultats du volet français de l'enquête European School survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) 2011, Saint-Denis, OFDT, 2012, 17 pages

Figure 1 - Évolutions des niveaux d'usage de tabac, boissons alcoolisées et cannabis à 17 ans en métropole depuis 2000 (en %)



## Statistiques sur la consommation de tabac des jeunes âgés de plus de 18 ans en France

### L'enquête ESPAD

Deux lycéens sur cinq déclarent avoir fumé des cigarettes lors du mois précédant l'enquête. En 2011, sept lycéens sur dix déclarent avoir déjà fumé du tabac au cours de leur vie. En classe 2<sup>de</sup>, ils sont 66 %, et à la fin du lycée trois jeunes sur quatre (74 %) sont expérimentateurs. Le lycée est également une période d'intensification du tabagisme quotidien : il concerne 16 % des élèves de 3<sup>ème</sup>, proportion qui double en 2<sup>de</sup>. A la fin du lycée, un élève sur trois se déclare fumeur quotidien. En outre, un quart (24 %) des fumeurs quotidiens en 2<sup>de</sup> déclarent fumer plus de 10 cigarettes par jour, alors qu'ils ne sont que 5 % dans ce cas en 3<sup>e</sup>.

## 2.3 Statistiques sur la consommation de cannabis

### Statistiques sur la consommation de cannabis des jeunes âgés de 13 -18 ans en France

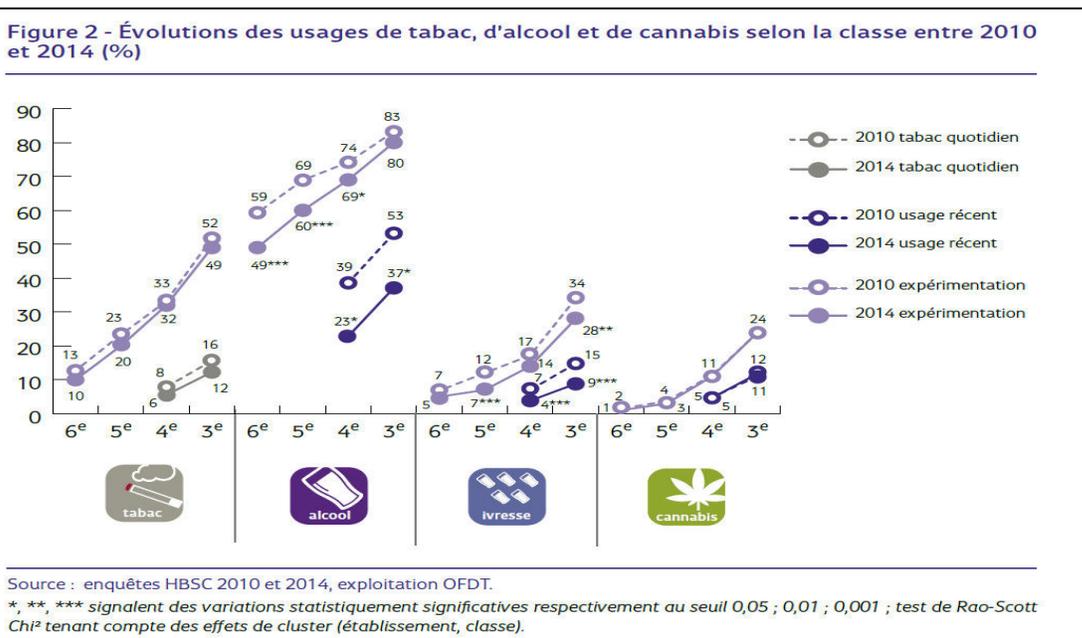
#### L'enquête Escapad

En 2014, un peu moins de 5 adolescents sur 10 ont fumé du cannabis au cours de leur vie (47,8 %). Entre 2010 et 2014, l'expérimentation est stable (45,6% vs 47,8%) avec une phase de hausse puis de baisse et de nouveau une ascension de l'expérimentation. L'usage régulier de cannabis présente une forte similitude avec celle de l'expérimentation. La hausse des niveaux d'usage régulier du début des années 2000 a été suivie d'une baisse importante jusqu'en 2011, avant une remontée de plus de 2 points en 2014 (soit une hausse relative de 40 % entre ces deux dates). Enfin, l'usage quotidien de cannabis, dont le niveau a peu évolué durant les quinze dernières années, progresse également entre 2011 et 2014 : 4,0 % vs 3,0 % en 2011.

#### Enquêtes HBSC

En 2014, un collégien sur dix déclare avoir déjà consommé du cannabis. L'expérimentation du cannabis, durant les années collège ne débute réellement qu'à partir de

la 4<sup>ème</sup>, où un élève sur dix déclare en avoir déjà fumé au moins une fois (comme en 2010). Cette expérimentation se caractérise par une très forte progression entre la 6<sup>ème</sup> (1,4 %) et la 3<sup>ème</sup> (23,9 %). Si l'on compare ces résultats, à l'enquête de 2010, on peut constater une stabilité des chiffres avec 10,2% d'expérimentateurs de cannabis en 2010 contre 9,8% en 2014. Concernant les niveaux d'usage récent de cannabis, ils ne présentent aucune évolution particulière par rapport à 2010 (7.9% vs 8.2%).



## Statistiques sur la consommation de cannabis des jeunes âgés de plus de 18 ans en France

### L'enquête ESPAD

La moitié des lycéens (49 %) précise avoir déjà fumé du cannabis. Le passage au lycée correspond à l'une des plus importantes phases d'initiation au cannabis. Les expérimentations augmentent en 2<sup>de</sup> de 41 %. L'usage régulier de cannabis se développe particulièrement parmi les lycéens, 8 % d'entre eux ayant déclaré un tel usage. Le niveau maximal est atteint en classe de 1<sup>ère</sup> (11 %), et le passage en terminale s'accompagne d'une inflexion avec une baisse de 3 points par rapport au niveau précédent.

## 3. Les actions de prévention

### 3.1 Qu'est-ce que la prévention ?

Avant de définir la prévention, nous allons différencier les mesures structurelles des mesures individuelles.

**Les mesures structurelles** comprennent l'ensemble des dispositions visant à modifier l'environnement, c'est à dire le contexte social et économique dans lequel s'inscrit la consommation. Concrètement, ces mesures ont comme objectif de rendre l'accès à l'alcool et au tabac plus difficile (en augmentant les prix, en diminuant les points de vente, en imposant un âge minimum légal pour acheter de l'alcool...), de renforcer la répression (en multipliant les contrôles routiers, en renforçant la présence policière autour des lieux de forte

consommation...) et de limiter la publicité pour les boissons alcoolisées. Il s'agit donc de mesures administratives ou réglementaires qui relèvent des politiques publiques.

**Les mesures individuelles** comprennent, quant à elles, l'ensemble des dispositions visant à modifier les comportements des individus : il s'agit des mesures éducatives et de la prévention.

### **Que signifie le terme de prévention ?**

La définition de la prévention dans la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Article L1417-1) est : « La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident »

*La prévention selon l'OMS de 1948*<sup>16</sup> est « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Elle classe ces mesures suivant le stade de la maladie.

#### Prévention primaire :

Elle est l'ensemble des actes visant à diminuer l'**incidence** d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas.

#### Prévention secondaire :

Elle est l'ensemble des actes visant à diminuer la **prévalence** d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque (exemple : le dépistage).

#### Prévention tertiaire :

Elle est l'ensemble des actes visant à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement.

Il existe d'autres classifications et définitions de la prévention comme celle de *RS. Gordon* établit en 1982, et de *San Marco*<sup>17</sup> qui s'appuie sur les critères de la population cible. Elle est classée selon les trois parties suivantes :

- La prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. C'est la promotion de la santé
- La prévention sélective s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifique, aux sujets exposés. C'est la prévention des maladies.
- La prévention ciblée est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risques spécifiques à cette partie bien identifiée de la population. Elle est dirigée vers les malades ayant pour objectif de leur apprendre à gérer leur maladie et leurs traitements pour éviter la survenue de complication. C'est l'éducation thérapeutique.

Cette classification est non plus basée sur le moment de l'intervention (stade de la maladie) mais sur la population à laquelle elle s'applique (cible). Elle est fondée sur l'appropriation de sa santé par la population cible.

<sup>16</sup> <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf> consulté le 06/05/2017

<sup>17</sup> SAN MARCO, J-L, « Eléments d'une politique de prévention des addictions », in : REYNAUD M. (Dir), *Traité d'addictologie*, Flammarion, Paris, 2006, p. 133-145

## 3.2 Les différents niveaux d'action de la prévention

Nous pouvons ainsi résumer les différents niveaux d'actions d'intervention de la prévention comme l'a fait *Toumbourou*<sup>18</sup>:

- La régulation : en modifiant l'environnement de l'individu grâce aux lois et politiques de santé publique ;
- Le soutien au développement avec la mise en place d'interventions dans les milieux scolaires et les familles ayant comme objectif de renforcer des facteurs protecteurs, et de réduire des facteurs de risques. Ceci afin de prévenir l'initiation ou retarder l'âge de la consommation.
- Le dépistage et l'intervention brève avec la mise en place d'interventions brèves dans les milieux scolaire et les milieux de soins afin d'éviter les usages réguliers, les troubles liés à l'utilisation d'une substance ;
- Les traitements : en orientant dans des structures spécialisées pour une prévention des complications ;
- La réduction des risques, c'est une prise en charge centrée sur la réduction des dommages sans diminution de la consommation.

Actuellement, une synthèse de la littérature publiée par l'INPES<sup>19</sup> fait état de 27 interventions ayant été identifiées comme efficaces pour prévenir la consommation d'alcool des jeunes, dont neuf s'adressent aux jeunes âgés de 10 à 15 ans et huit aux jeunes âgés de 16 ans. Parmi celles-ci, les interventions de types brèves motivationnelles semblent validées.

Mais que signifient : le repérage précoce, l'intervention brève et l'entretien motivationnel.

## 4. Le repérage précoce et l'intervention brève

### 4.1 Définition

Pour commencer, nous allons essayer de clarifier les termes. Il n'existe pas une *définition* explicite et univoque dans la littérature de « l'intervention brève ». Elle a été développée dans les années 1990 par Miller et Rollnick. Selon les standards internationaux en prévention de l'ONUDC<sup>20</sup> : « Le dépistage vise à détecter des problèmes de santé ou des facteurs de risque à un stade précoce avant qu'ils n'engendrent une maladie ou d'autres problèmes . L'intervention brève est une thérapie structurée de courte durée visant à aider une personne à cesser ou réduire l'utilisation d'une substance psychoactive ou pour traiter d'autres questions vitales. L'intervention brève se compose de sessions de consultation qui peuvent inclure des sessions complémentaires ou des informations supplémentaires.

Les sessions identifient d'abord s'il y a un problème de consommation de substance psychoactive et fournissent la consultation. Les sessions sont structurées et durent typiquement de 5 à 15 minutes. Les sessions d'intervention brève peuvent également employer l'entretien motivationnel, qui est une intervention psychosociale où l'abus de substance d'une personne est discuté. Le patient est soutenu en prenant des décisions et en fixant des buts au sujet de sa consommation. Dans ce cas, l'intervention brève est normalement fournie au cours de la une à quatre sessions d'une heure. »

<sup>18</sup> TOUMBOUROU J.W., STOCKWELL T., NEIGHBORS C, et al. *Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use*, Lancet, 2007.

<sup>19</sup> GUILLEMONT J.ET AL, « Interventions validées et prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes: synthèse de la littérature » santé publique, vol 25,2013.

<sup>20</sup> *International Standards on Drug Use Prevention United nations office on drugs and crime*, Vienna ,United Nations, February 2015

Si on se réfère à la définition de Whitlock on peut définir l'intervention brève comme une intervention à visée comportementale intégrée dans le temps de consultation en soins primaires<sup>21</sup>.

## 4.2 Modalités de l'intervention brève.

**Les techniques d'interventions** brèves décrites dans les différentes études sont très hétérogènes: entretien motivationnel, thérapie cognitivo-comportementale, brochures d'informations, feedback...

**La durée d'une intervention** brève est en général de 5 à 20 minutes : c'est le conseil simple ou l'intervention minimale, encore appelée « very brief intervention » par les anglo-saxons. En pratique, la durée la plus fréquemment admise est de 10 à 20 minutes<sup>22, 23 24</sup>

**Dans l'intervention brève, le soignant donne un conseil de manière explicite** : c'est le A de l'acronyme FRAMES développé par le psychologue américain WR Miller et qui résume les étapes d'une intervention brève<sup>25</sup> (ceci se traduit en français par REAGIR) :

- **Feed-back** : restitution au patient de l'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d'alcool ; **Repérer**
- **Responsability** : la responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient et non au thérapeute ; **Responsabilité**
- **Advice** : un conseil de modération est clairement donné au patient ; **Avis**
- **Menu** : ou choix d'options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool sont donnés au patient ; **Gestion**
- **Empathy** : le thérapeute fait preuve d'empathie, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts et les acquis du patient ; **Empathie**
- **Self-efficacy** : le thérapeute cherche à renforcer chez son patient les ressources personnelles en faveur du changement ; **influence positive**

Il existe donc de multiples variantes sur le contenu, la durée ou les modalités de réalisation d'une intervention brève.

**L'intervention brève s'appuie sur les modalités de l'entretien motivationnel.** Une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement est recommandée au praticien. Le soignant apprécie le degré de motivation du patient à diminuer sa consommation d'alcool. Cette évaluation fait référence aux stades décrits par Prochaska et DiClément. Le patient peut coter sur une échelle de 1 à

---

<sup>21</sup> WHITLOCK E. P., ORLEANS T., PENDER N., ALLAN J., « Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions : An Evidence-based Approach », *American Journal of Preventive Medicine* 22, 2002, p. 267-284.

<sup>22</sup> PERNEY P., DEPINOY D., DUHAMEL O. « Interventions brèves : Modalités », *Alcoologie et Addictologie*, 2003.

<sup>23</sup> BIEN T.-H., MILLER W.-R., TONIGAN J.-S. Brief interventions for alcohol problems : a review. *Addiction*, vol 88, 1993, p 315-336.;

<sup>24</sup> COUZIGOU P., VERGNIOL J., KOWO M., TERREBONNE E., FOUCHER J., CASTERA L., LAHARIE D., DE LEDINGHEN D., *Intervention brève en alcoologie*, La Presse médicale, vol. 38, n°7-8, 2009, p. 1126-1133

<sup>25</sup> MICHAUD P, DEWOST A.-V., FOUILLAND P. « Boire moins c'est mieux ». *Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins ?*, La Presse médicale, tome35, n°5, 2006, p831-839.

10 son désir de diminuer sa consommation d'alcool ce qui permet de savoir à quel stade il se trouve et ainsi d'engager une intervention appropriée.

**Mais l'entretien motivationnel diffère de l'intervention brève sur un point. Dans l'entretien motivationnel le patient doit parvenir seul à comprendre pourquoi et comment changer son comportement de consommation.**

En 2014, l'HAS a publié un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève chez l'adulte pour le tabac, l'alcool et le cannabis<sup>26</sup>. Elle propose une liste des différentes étapes de l'intervention brève résumée ainsi :

- Restituer les résultats des questionnaires de consommation.
- Informer sur les risques concernant la consommation de substance.
- Évaluer les risques personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les attentes du patient.
- Échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- Proposer des objectifs et laisser le choix.
- Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation.
- Remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum...

Elle recommande une posture partenariale faisant référence à l'alliance thérapeutique et un entretien s'appuyant sur « l'entretien motivationnel ».

Pour résumer, le repérage précoce et l'intervention brève consiste à évaluer la consommation d'alcool, à donner des informations sur les risques en rapport et à proposer des objectifs de modération en évaluant le degré de motivation de la personne qui consulte. Cette détermination est essentielle, les informations à donner à la personne sont différentes suivant si la personne est prête ou non à changer de comportement.

### **4.3 Preuve de l'efficacité de l'intervention brève.**

L'intervention brève **chez l'adulte** a donné lieu à une abondante littérature (études et méta-analyses)<sup>27</sup>. Les concepts même de repérage et d'intervention brève ne sont pas définis de la même manière, cela provient de la multitude de définitions de cette intervention. De plus, les études incluses dans les synthèses comportent des points distinctifs: les seuils de consommation définis ; le contenu de l'intervention brève (type d'intervention, durée, nombre de sessions) ; les critères de comparaison entre les groupes observés ; la durée du suivi ; les indicateurs utilisés pour mesurer l'effet de l'intervention... Ainsi il est difficile de résumer la littérature scientifique.

Pour définir l'intervention brève, en 1994, Babor et Grant<sup>28</sup> ont qualifié un traitement de « minimal » s'il ne comporte qu'une seule séance, de « bref » entre une et trois séances, de « modéré » entre cinq et sept séances et « d'intensif » pour huit sessions ou plus. Cependant, cette classification n'a pas été reprise dans toutes les différentes études. Les dernières études

---

<sup>26</sup> *Rapport d'élaboration de l'HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*, novembre 2014

<sup>27</sup> ANDERSON P., GUAL A., COLOM J., *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*, INPES, Paris, 2008, 141 p.

<sup>28</sup> BABOR T.F., GRANT M., « A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care: summary of a WHO project », *Addiction* 89, 1994, p. 657-678

et méta-analyses ont tout de même prouvé l'efficacité de l'intervention brève dans la réduction de la consommation d'alcool et dans la réduction des complications liées à l'usage de l'alcool.

Cinq méta-analyses ont prouvé l'efficacité de l'intervention brève **en médecine générale** et en soins primaires : Kahan en 1995<sup>29</sup>, Poikolainen en 1999<sup>30</sup>, Ballesteros en 2004<sup>31</sup>, Whitlock en 2004<sup>32</sup> et Bertholet en 2005<sup>33</sup>.

Cependant, selon l'étude de Cuijpers<sup>34</sup>, l'intervention brève est efficace sur la mortalité liée à l'alcool mais pas sur la mortalité totale et sur la morbidité<sup>35</sup>.

*La durée et le nombre de sessions nécessaires restent à déterminer en raison de réponses contradictoires selon les études.*

En 2009, Kaner a publié dans la revue Cochrane, une méta-analyse ayant prouvé l'efficacité de l'intervention brève chez les hommes mais pas chez les femmes<sup>36</sup>, ces résultats ne se sont pas forcément retrouvés dans d'autres méta-analyses.

Une seule étude Française<sup>37</sup> a été réalisée, elle retrouve les constatations faites dans certaines études, à savoir une absence de différence entre le groupe contrôle et le groupe intervention, mais avec une réduction importante de la consommation d'alcool dans les deux groupes.

Certains soignants restent perplexes sur la généralisation du repérage précoce et de l'intervention brève dans la pratique de la médecine générale<sup>38</sup>.

---

<sup>29</sup> KAHAN M., WILSON L., BECKER L., « Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers : a review », *Canadian Medical Association Journal* 152, 1995, p. 851-859.

<sup>30</sup> POIKOLAINEN, K., « Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis », *Preventive Medicine* 28, 1999, p. 503-509.

<sup>31</sup> BALLESTEROS, J., DUFFY J. C., QUEREJETA I., ARINO J., GONZALES-PINTO A. (2004a) « Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care : systematic review and meta-analysis », *Alcoholism : Clinical & Experimental Research* 28, p. 608-618

<sup>32</sup> WHITLOCK E. P., POLEN M. R., GREEN C. A., ORLEANS T., KLEIN J., « Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults : a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force », *Annals of Internal Medicine* 140, 2004, p. 557-568

<sup>33</sup> BERTHOLET N., DAEPEN J-B., WIETLISBACH V., FLEMING M., BURNAND B. « Brief alcohol intervention in primary care : systematic review and meta-analysis », *Archives of Internal Medicine* 165, 2005, p. 986-995.

<sup>34</sup> CUIJPERS P., RIPER H., LEMMENS L., « The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis », *Addiction*, 99, 2004, p. 839-845.

<sup>35</sup> HUAS D., BERNARD RUEFF B., Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *exercer*, 90, 2010.

<sup>36</sup> KANER E.F., DICKINSON H.O., BEYER F.R. et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007,

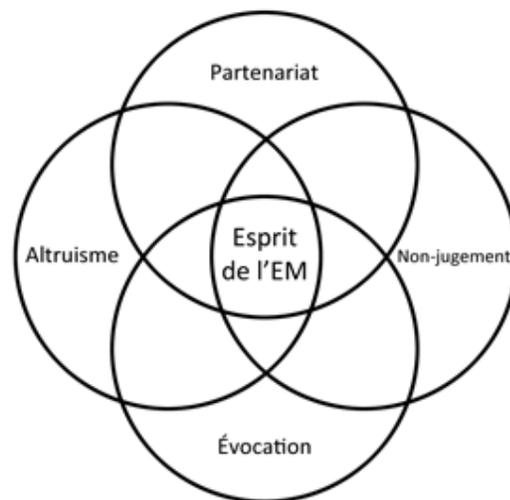
<sup>37</sup> HUAS D., PESSIONE F., BOUIX J.C., DEMEUAX J.L., ALLEMAND H., RUEFF B., « Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs à problèmes », *Revue Praticien Médecine Générale*, 16, 2002, p. 1443-48

<sup>38</sup> BEICH A., THORSEN T., ROLLNICK S. « Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice : systematic review and meta-analysis ». *BMJ*, 327, 2003.

## 5. L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel<sup>39 4041</sup> est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. William R. Miller et Stephen Rollnick, psychologues et professeurs d'université aux États-Unis et au Royaume-Uni, définissent ainsi cette forme d'entretien. Elle consiste en un entretien semi-structuré visant à faire réfléchir l'adolescent sur ses ambivalences et ses résistances par rapport aux changements.

Comme dans l'approche de Carl Rogers, l'entretien est centré sur la personne et se déroule dans une atmosphère empathique et valorisante. La relation vise à **augmenter la motivation au changement** en respectant l'ambivalence et en explorant les valeurs propres et les perceptions du sujet. L'intervenant aide la personne à énoncer ses propres motivations à changer.



L'esprit de l'EM comprend quatre piliers nécessaires à toute intervention :

- **Le partenariat** : l'entretien motivationnel est à envisager comme la collaboration entre deux experts, le professionnel, expert dans son domaine, et la personne experte de sa propre situation créant ainsi une alliance thérapeutique.
- **Le non-jugement** qui consiste à reconnaître la valeur inconditionnelle de chaque être humain et son potentiel, ainsi que son autonomie. Il se manifeste une empathie approfondie pour le point de vue de l'autre et valorise ses capacités et ses efforts comme cela est proposé dans l'approche de Carl Rogers
- **L'altruisme** : l'intérêt qui prévaut doit rester celui de la personne accompagnée
- **L'évocation** : l'intervenant qui pratique l'entretien motivationnel considère que la personne a en elle les ressources pour changer, et qu'il est là pour l'aider à les faire émerger

Les bases clés de l'entretien motivationnel sont :

- **L'auto-actualisation** représente la capacité du patient à modifier de lui-même les comportements qu'il perçoit comme problématiques.
- **L'efficacité personnelle** c'est solliciter et partir des acquis du patient. C'est reconnaître ses compétences et par conséquent renforcer son estime de soi
- **La notion d'ambivalence** est un principe clé de l'entretien motivationnel. Bien qu'ils perçoivent et souhaitent profiter des bénéfices de l'abstinence, les patients ne sont souvent pas prêts à renoncer aux bénéfices de leur consommation.
- **La dissonance cognitive** est l'expression d'idées contradictoires.

<sup>39</sup> A. MILLER W.R., ROLLNICK S., *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*, trad. par LECALLIER D., MICHAUD P., InterEditions, Paris, 2013, p. 12 ;

<sup>40</sup> NAAR-KING S., SUAREZ M., *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*, trad. par LECALLIER D., MICHAUD P., InterEditions, Paris 2011

<sup>41</sup> PHAN O, LASCAUX M., « L'entretien motivationnel chez l'adolescent présentant des conduites addictives », *Annales medio-psychologiques*, 167, 2009, p523-528.

Les étapes du changement (Modèle trans-théorique (DiClemente et Prochaska)<sup>42</sup>)

Dans ce modèle, le changement n'est pas un événement brutal mais il se produit par étapes et par cycles :

- la pré-contemplation
- la contemplation
- la décision
- l'action
- le maintien
- la rechute

Le but de l'entretien motivationnel « est d'augmenter les motivations personnelles du patient afin qu'il puisse arriver ou revenir au stade d'action ».

Ainsi, comme nous venons de le présenter, les jeunes expérimentent tôt et pour certains consomment régulièrement de l'alcool, du tabac et/ou du cannabis. Il est nécessaire d'intervenir en matière de prévention auprès de cette population. L'intervention brève, efficace chez les adultes, l'est-elle également pour cette tranche d'âge de la population ?

**Problématique :**

*L'intervention brève de type motivationnel est-elle efficace pour réduire ou retarder la consommation de tabac, alcool et /ou cannabis chez les adolescentes et les jeunes adultes ?*

**Objectif primaire :**

Savoir si l'intervention brève de type motivationnel est efficace chez les adolescents et les jeunes adultes afin de savoir s'il est intéressant de diffuser son application dans la réduction de la consommation des drogues.

**Objectif secondaire :**

Mettre en évidence s'il existe des modalités de l'intervention brève plus efficaces que d'autres et clarifier la définition de l'intervention brève.

---

<sup>42</sup> PROCHASKA W., DI CLEMENTE CC., « Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change », *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19, 1982, p. 276-87

# PARTIE II – Méthodes

Nous souhaitons pouvoir identifier les méta-analyses pouvant répondre à la question posée.

## 1. Méthodes de sélection de la littérature

Définition des critères de sélection des publications retenues pour l'analyse.

### 1.1 Critères inclusions

#### Description des interventions brèves

Nous avons choisi de limiter succinctement les interventions incluses. Ces dernières doivent correspondre aux principes de l'intervention brève (défini dans l'introduction) et de l'entretien motivationnel. La définition de l'intervention brève étant variée dans la littérature en termes de durée, format, modalités... nous avons délibérément choisi de ne pas définir plus de limites pour intégrer tous les modèles.

#### Population de l'étude

Nous avons choisi d'étudier les effets de l'intervention brève chez les adolescents âgés de 13 à 18ans et les jeunes adultes âgés de 19 à 24ans du fait que la première expérimentation de consommation d'alcool se fait vers 15ans et que le phénomène de « binge drinking » concerne plutôt les étudiants à l'université. Nous n'avons pas posé de limite ni sur le sexe, ni sur l'ethnie.

#### Niveau de consommation de la population étudiée

Nous avons choisi d'intégrer tous les types de consommation de tabac et/ou d'alcool et/ou de cannabis quel que soit le niveau d'usage y compris la dépendance.

#### Année de publication des études analysées

Au début, nous avons décidé de nous concentrer sur les vingt dernières années, de 1997 à 2017. Or, les premières définitions de *l'intervention brève* datent de 1993 et les premières méta-analyses sont de 2003. L'étude sera donc logiquement concentrée sur les années 2000.

Les langues des articles inclus sont l'anglais et le français.

#### Les lieux des études

Les études peuvent se dérouler à l'international dans tous types de lieux d'intervention (lycées, universités, hôpitaux, centres de soins primaires, centre pénitencier...) sans restriction. Nous faisons l'hypothèse que les interventions brèves peuvent être pratiquées en tous lieux, sans influence de ces derniers sur l'efficacité de l'intervention.

#### Type d'articles

Nous avons fait le choix d'inclure uniquement des méta-analyses. Les revues de littératures qualitatives ont été exclues. Ce choix est motivé par le fort niveau de preuves des méta-analyses selon le tableau de l'ANAES(cf. annexe 4).

#### Critère de jugement principal

Une diminution significative de la consommation d'alcool, de tabac et/ou de cannabis significatif.

Un retard significatif de la consommation de tabac, d'alcool et/ou de cannabis.

## 1.2. Identification de la littérature

### 1.2.1 Stratégie de recherche documentaire informatique

Les bases de données informatiques PubMed, Cochrane, Sciences Direct et PsycINFO ont été utilisées.

Les mots clés suivants ont été identifiés en partie à partir du MeSH et ont permis d'effectuer une formule de recherche : "brief intervention", "motivational interviewing", "motivational counselling", "early intervention", "tobacco use", "alcohol drinking", "marijuana smoking", "adolescent", "youth", "young adult"

La formule de recherche suivante a été utilisée dans les bases de données décrites : **("Alcohol drinking" OR "tobacco use" OR "marijuana smoking") AND ("brief intervention" OR "motivational interviewing" OR "motivational counselling" OR "early intervention") AND (adolescent OR "young adult" OR youth)**

Si la base de données le permet, nous avons appliqué les filtres sur le type d'article, la langue et les dates de publications .

A partir de la base de données *Sciences Direct*, les filtres sont différents, nous avons sélectionné des domaines d'études tel que la psychologie et la médecine.

### 1.2.2 Stratégie de recherche documentaire manuelle

Nous avons effectué une recherche de la littérature à partir de la bibliographie des articles lus.

## 1.3. Etapes de la recherche

La recherche s'est effectuée en trois étapes, un premier tri à partir du titre et du résumé des articles, un second tri après une lecture du texte intégral suivant les critères d'inclusions et d'exclusions et un troisième tri avec une analyse critique de la qualité méthodologique des études selon les grilles de l'AMSTAR (cf. annexe 5)

## 2. Méthodes de synthèse des résultats

### 2.1 Collecte et extraction des données

Chaque article a été analysé selon deux grilles :

- une grille d'extraction de données sur les caractéristiques des méta-analyses incluses
- une grille d'extraction des principaux résultats mesurés catégorisés.

Les critères de la fiche d'extraction des données des méta-analyses incluses sont les suivants : nombre d'essais inclus, caractéristiques des participants inclus, drogues étudiées, lieux des études, périodes de suivi et critères de jugement principal (résultats mesurés).

Les résultats ont été catégorisés en quatre parties :

- les résultats de la mesure de la réduction de la consommation d'alcool,
- les résultats selon le type d'intervention
- les résultats selon les modalités de l'intervention
- les résultats selon la période de suivi

La mesure de la réduction de la consommation d'alcool peut s'exprimer de manière différente. Elle peut s'exprimer en quantité, c'est à dire en nombre de verres bus à un

moment donné, dans la semaine, dans le mois, mais également en fréquence, c'est à dire en nombre de jours pendant lesquels l'alcool est consommé, en nombre de jours par semaine, par mois. Pour les adolescents, nous pouvons analyser la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes. Les résultats biologiques permettent également de mesurer la consommation alcool à un instant précis soit par test salivaire, sanguin ou respiratoire.

Des questionnaires permettent aussi d'évaluer la consommation.

De manière globale, tous les essais qui ont été inclus dans les méta-analyses possèdent leurs propres outils de mesure des résultats. La difficulté pour la méta-analyse est de compiler ces différents résultats grâce au processus de codage.

A partir des données récoltées, nous avons choisi de classer les résultats sur la réduction de la consommation d'alcool selon quatre types de mesures différentes:

- la quantité
- la fréquence
- la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes
- la mesure de la concentration sanguine maximum

Pour les études dont les résultats n'étaient pas analysés de cette manière, nous vous présentons les résultats globaux sur la réduction de la consommation

## 2.2 Synthèses des données.

Les éléments recueillis grâce aux fiches ont été réunis dans deux tableaux. Nous vous expliquerons les résultats par la suite.

## 3. Méthodes d'analyses des données<sup>43 44</sup>

Une méta-analyse produit un résultat que l'on nomme indice d'efficacité. Chaque données brutes des essais est ré-analysées. Un indice est calculé pour chacun des essais de la méta-analyse. Il quantifie l'intensité de l'effet et sa taille est donnée par son intervalle de confiance.

Quatre types d'indicateurs statistiques sont fréquemment utilisés par les méta-analystes :

- le  $d$  de Cohen (qui correspond à une différence de moyenne standardisée : dms),
- le  $g$  de Hedges
- le coefficient de corrélation  $r$  de Pearson,
- le rapport de cotes (odds ratio)

Les deux indicateurs statistiques les plus utilisés pour résumer les résultats de ce type d'études (et qui permet l'évaluation de la grandeur d'effet) sont le **d de Cohen** et le **g de Hedges**.

Cette dernière mesure prend en compte les conditions d'ajustement d'échantillonnage. En termes d'interprétation, Cohen suggère de considérer que **d compris dans un intervalle de 0,20 à 0,49** (ou un  $g$  de Hedges) comme étant un effet faible, un **d compris dans un intervalle de 0,50 à 0,79** comme étant un effet modéré et un **d supérieur à 0,80** comme un **effet fort**.

Les résultats peuvent être positifs ou négatifs, ils sont exprimés avec un intervalle de confiance. Si cet intervalle comprend zéro pour les différences de moyenne il est considéré comme non significatif. Si cet intervalle comprend un pour les odds ratio ou les risques relatifs, les résultats sont considérés comme non significatifs.

---

<sup>43</sup> VINCENT ZAUGG ET AL., « Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des revues systématiques », *Santé Publique* 2014/5, vol. 26, p. 655-667.

<sup>44</sup>LAROCHE Patrice, *La méta-analyse Méthodes et applications en sciences sociales*, de boeck, 2015.

## 4. Méthodes d'évaluation de la qualité méthodologique des méta-analyses

A partir du questionnaire AMSTAR, nous avons analysé la qualité méthodologique des méta-analyses. Grâce à la réalisation d'une grille synthétique, nous avons calculé le score de réponses favorables afin de déterminer si la méta-analyse était de bonne qualité. Nous avons considéré que sur les 11 questions évaluées les études ayant un taux de réponse favorable compris entre 0 et 3 sont de mauvaises qualités, entre 4 et 7 de moyennes qualités et au delà de 8, de bonnes qualités.

Nous avons également analysé de manière individuelle les questions afin d'identifier celles qui posaient le plus de problème.

Nous nous sommes efforcés dans chaque méta-analyse sélectionnée d'identifier les biais de publication afin de pouvoir conclure à l'efficacité d'une mesure. Les biais de publication correspondent à l'intégration dans la méta-analyse des essais qui n'auraient pas été publiés en raison de leurs résultats négatifs. La méthode consistant à vérifier s'il n'existe pas d'études manquantes négatives, est le « funnel plot ». Il s'agit d'un graphique avec en ordonnées la taille des différentes études et en abscisses les estimations des effets observés. Le trait vertical représente l'effet commun. Le graphique doit avoir une forme symétrique en entonnoir. Les études les moins précises sont situées à la base de l'entonnoir. Il existe d'autres tests comme le test de régression d'Egger.....

On peut également faire appel à l'analyse de sensibilité qui consiste à exclure certaines études pour mettre en évidence leur influence sur les résultats.

Nous nous sommes également concentré à étudier la méthode statistique entreprise en vérifiant la réalisation du test d'hétérogénéité et sa prise en compte dans les résultats afin de ne pas remettre en cause la pertinence des résultats. L'hétérogénéité doit être recherchée, elle évalue si les résultats de tous les essais peuvent être considérés comme similaires (hypothèse d'homogénéité), le regroupement des essais et alors possible. Autrement dit, le test d'hétérogénéité permet d'établir si les différences entre les effets de l'intervention peuvent être attribuées à une erreur d'échantillonnage soit au hasard ou s'il existe des différences réelles entre les effets de l'intervention. Le test utilisé peut être le  $I^2$  de Higgins et coll., le  $Q$  de *Hedges et Olkin* variante du chi deux.

Le  $I^2$  représente une estimation du pourcentage de la variabilité due à l'hétérogénéité. Une valeur de  $I^2$  inférieure à 25% indique une hétérogénéité faible, une valeur comprise entre 25 et 50% une hétérogénéité modérée et une valeur supérieure à 50% une hétérogénéité forte. La valeur obtenue du  $Q$  de Cochran se distribue comme un chi deux. Si le  $p$  du test d'hétérogénéité est inférieure à la valeur définie 0.05 ou 0.010, le test est significatif, et on peut donc conclure que la variation est due à l'échantillon, l'échantillon est hétérogène. Dans le cas contraire ( $p$  non significatif) la variation est due aux fluctuations, aux erreurs d'échantillonnage, l'échantillon est homogène.

Grâce au test d'hétérogénéité, le choix du modèle d'analyse peut être entrepris. Si le test est négatif, c'est à dire que les résultats sont homogènes, un modèle à effet fixe sera utilisé ; à l'inverse si le test est positif, c'est à dire que les résultats sont hétérogènes un modèle à effet aléatoire doit être privilégié.

Au-delà du modèle statistique à employer, lorsqu'une hétérogénéité est mise en évidence, une recherche de ses sources doit être entreprise. Pour cela, il est possible de faire soit une analyse en sous-groupe, autrement dit une méta-analyse stratifiée, soit une méta-régression, c'est à dire régresser les variables supposées modératrices et pouvoir identifier les interactions entre les variables et l'effet.

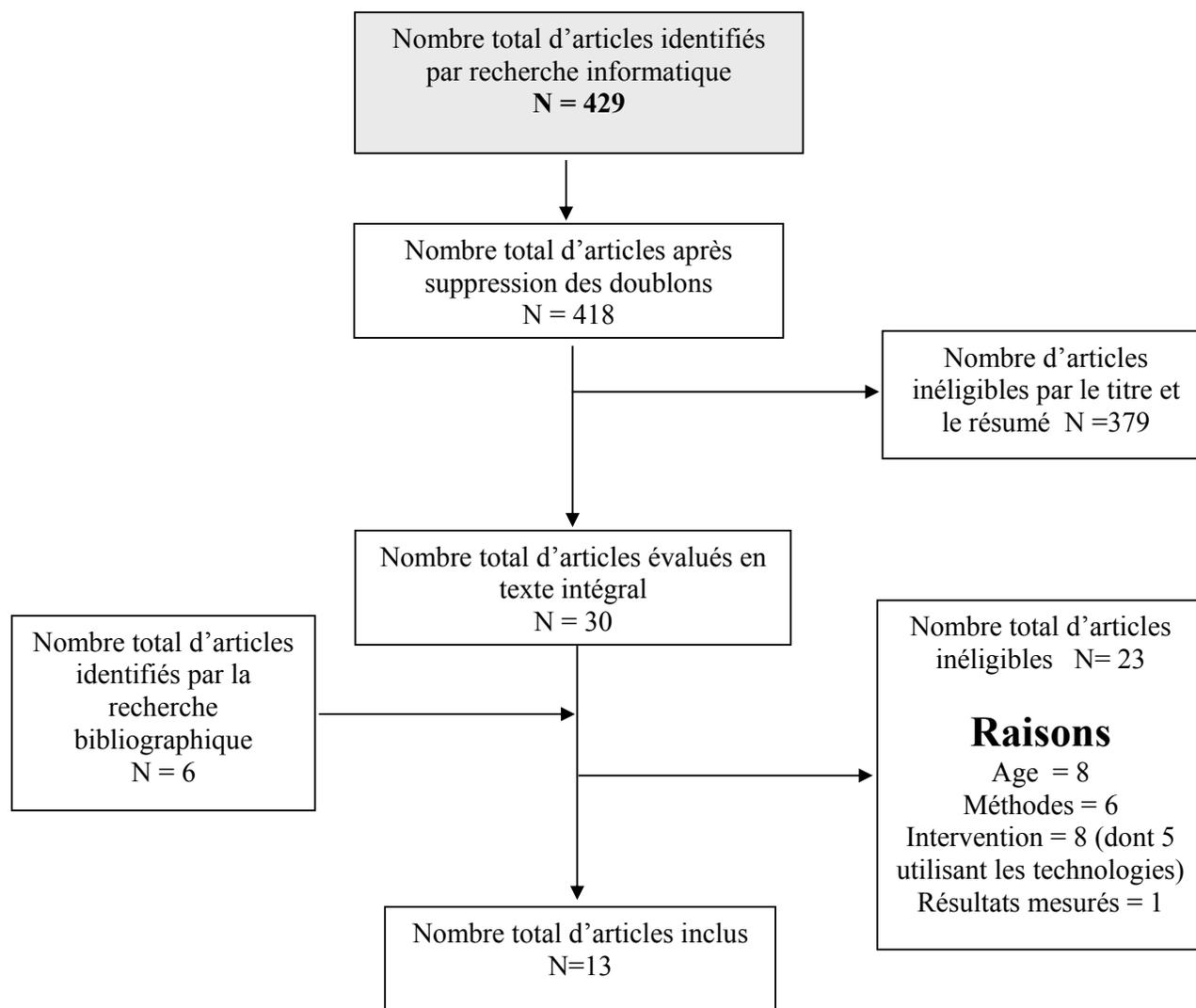
L'analyse en sous-groupe doit être interprétée soigneusement.

# PARTIE III - Résultats

## 1. Synthèse de la revue littérature

429 articles originaux ont été identifiés avec l'équation de recherche à partir des bases de données précédemment décrites. 13 méta-analyses ont été incluses pour l'analyse.

Diagramme de flux de sélection des articles.



## 2. Synthèses des données

### 2.1 Présentation des objectifs des méta-analyses

*CARNEY T., MYERS B.*, « Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis »,

Le but des auteurs était de résumer l'évaluation et les preuves de l'efficacité de l'intervention brève dans l'utilisation de substances chez les adolescents à risques de délinquance et participant à des activités criminelles.

*TAIT R. J., HULSE G. K.*, « A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug »

Le but des auteurs était d'évaluer séparément l'efficacité de l'intervention brève chez les adolescents de moins de 20ans dans la réduction de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues. Le second objectif était de pouvoir utiliser ces résultats pour faire des recommandations sur l'utilisation de l'intervention brève chez les adolescents .

*FOXCROFT D.R., COOMBES L., WOOD S., ALLEN D., ALMEIDA SANTIMANO N.M.L., MOREIRA M.T.*, « Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults »

Les auteurs avaient comme objectif de savoir si l'entretien motivationnel avait un effet sur la prévention de l'abus d'alcool chez les jeunes âgés de moins de 25 ans, spécifiquement sur la consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool. Ils voulaient savoir si des preuves claires justifiaient l'application de l'entretien motivationnel dans les pratiques par les personnes impliquées dans la lutte contre l'abus d'alcool chez les jeunes.

Ils ont également évalué si la durée de l'intervention pouvait avoir une influence sur l'effet de l'intervention.

Les auteurs ont utilisé deux groupes contrôles, l'un utilisant aucune évaluation et l'autres des interventions alternatives comme les thérapies cognitivo-comportementales, des brefs feedbacks, des programmes d'entraînement de self-control, etc...

Ils ont cherché si le type de groupe contrôle, le lieu ou le statut du consommateur à risque influençaient les résultats.

*TANNER SMITH E.E., LIPSEY M.W.*, « Brief alcohol intervention for Adolescents and Young adults : A systematic Review and Meta-analysis »

Cette méta-analyse avait comme objectif d'examiner l'effet global de l'intervention brève chez les adolescents et les jeunes adultes sur leur consommation d'alcool et les problèmes engendrés par l'alcool. Elle a étudié également si l'effet varié avec les caractéristiques de l'intervention et des participants. Pour finir, ils souhaitaient vérifier la persistance de l'effet de l'intervention.

*JENSEN C. D., CUSHING C.C., AYLWARD B.S., CRAIG J.T., SORELL D.M., STEELE R.G.*, « Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change : A meta-analytic review »

Le but premier de cette étude était de résumer les informations à propos de l'efficacité de l'entretien motivationnel utilisé pour promouvoir un changement de comportement sur les utilisateurs de substances. De plus, les auteurs souhaitaient vérifier le maintien dans le temps de l'efficacité acquise après l'intervention. Ils ont concentré leurs recherches sur les adolescents uniquement.

*FOXCROFT DR, COOMBES L, WOOD S, ALLEN D, ALMEIDA SANTIMANO NML.*  
«Motivational interviewing for alcohol misuse in young».

Les auteurs avaient comme objectif de savoir si l'entretien motivationnel avait un effet sur la consommation abusive d'alcool chez les jeunes âgés de moins de 25 ans à l'université et dans d'autres lieux. Ils souhaitaient présenter un rapport précis.

Un autre objectif était de vérifier si la durée de l'intervention influençait l'effet de l'entretien motivationnel.

Les auteurs ont utilisé deux groupes contrôle différents. Un groupe utilisant un procédé considéré comme placebo, comprenant aucune intervention ou des interventions habituelles.

L'autre groupe utilisant des interventions spécifiques considérées comme actives : des thérapies cognitivo-comportementales, des brefs feedbacks, des programmes d'entraînement de self-control... Ils ont étudié si le type de groupe contrôle pouvait avoir une influence sur les résultats.

*CAREY K.B., SCOTT-SHELDON L.A.J., CAREY M.P., AND. DEMARTIN K.S.,*  
«Individual-Level Interventions to Reduce College Student Drinking: A Meta-Analytic Review»

Les auteurs ont voulu résumer les interventions de prévention dans l'abus d'alcool chez les étudiants. Un de leurs objectifs était de clarifier l'ampleur des changements dans la réduction de la quantité ou fréquence d'alcool consommée et dans les comportements. Un autre objectif était de mesurer la persistance de l'effet de l'intervention dans le temps. Enfin, ils ont analysé quelles interventions et quelles caractéristiques des participants influençaient les résultats.

*HENNESSY EE. AND TANNER-SMIT EE.,* «Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs»

Les auteurs ont souhaité répondre à deux questions : l'intervention brève en milieu scolaire est-elle effective dans la réduction de la consommation d'alcool chez les adolescents par rapport au groupe témoins ? Y a-t-il une différence dans l'efficacité de l'intervention brève selon qu'elle soit délivrée de manière individuelle ou en groupe ?

*KOHLER S., AND HOFMANN A.,* «Can Motivational Interviewing in Emergency Care Reduce Alcohol Consumption in Young People? A Systematic Review and Meta-analysis »

Les auteurs ont évalué les effets de l'entretien motivationnel sur la consommation d'alcool des jeunes adultes qui étaient repérés comme positifs à une consommation à risque lors d'une brève intervention délivrée lors d'un passage aux urgences.

*FACHINI A. ET AL.* «Efficacy of brief alcohol screening intervention for college students (BASICS) : a meta-analysis of randomized controlled trials».

Les auteurs ont souhaité mettre en évidence l'efficacité du « *Brief Alcohol Screening Intervention for College Students* » (BASICS) dans la réduction de la consommation d'alcool et des problèmes associés chez les étudiants universitaires.

*HUH D., ET AL.,* « Brief motivational interventions for college student drinking may not be as powerful as we think: An individual participant-level data meta-analysis».

Les auteurs, en utilisant une méta-analyse de données individuels de participants, ont évalué la taille globale de l'effet de l'intervention brève motivationnelle sur la réduction de la consommation hebdomadaire d'alcool en quantité, sur la quantité maximale consommée et sur les conséquences négatives liées à l'alcool. Les trois objectifs de l'étude étaient d'évaluer l'efficacité de l'intervention brève motivationnelle, de déterminer si l'efficacité diffère selon le type d'intervention ( groupe ou individuel, avec ou sans feedback) et d'examiner si l'effet de l'intervention varie avec le genre ou avec le niveau de consommation initiale.

CARNEY T, MYERS BJ, LOUW J, OKWUNDU CI. «Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents».

L'objectif était d'évaluer l'efficacité de l'intervention brève en milieu scolaire dans la réduction de l'utilisation de substances et des comportements apparentés en comparaison à deux groupes contrôle différents. Un groupe ne recevant aucune information et l'autre groupe bénéficiant d'un autre type d'intervention.

SAMSON J. et TANNER SMITH EE., « Single-session alcohol interventions for heavy drinking college students : a systematic review and meta-analysis» *J.Stud. Alcohol Drugs*, vol 76, 2015.

L'objectif des auteurs était d'étudier spécifiquement l'efficacité d'une seule brève intervention sur la réduction de la consommation d'alcool parmi les étudiants gros buveurs.

## **2.2 Résultats des caractéristiques des méta-analyses**

Le tableau suivant représente les caractéristiques des méta-analyses incluses

Titre, Auteurs et Année de l'étude	Nombres d'études incluses et nombre de participants	Drogues analysés	Type d'interventions analysées	Caractéristiques des participants	Lieux	Période de suivi	Résultats mesurés
Une seule session d'intervention sur l'alcool pour les étudiants universitaires consommateurs abusifs d'alcool. Sansom JE et Tanner Smith EE. 2015	73 essais	Alcool	Une IB unique d'une durée total de contact maximum à 5 heures.  Durée moyenne de l'IB est de 41,20 minutes (varie de 2 à 180 minutes)  Les modalités : MET/MI(48%), feedback(41%), PET(8%), CBT(3%)	Etudiants de moins de 25 ans avec des <b>niveaux de consommation dangereux</b> 8% sont mandatés	Pas de données	De 1 semaine à environ 24 mois	La quantité, la fréquence de consommation, les API et la concentration sanguine
Une revue systématique de l'efficacité de l'intervention brève chez les adolescents utilisant des substances par type de drogues. Tait RJ et Hulse GK. 2003	11 essais  3734 participants	Alcool (7 essais) Tabac (2 essais) Autres drogues (2 essais)	Une IB avec un maximum de 4 sessions. Le matériel est autorisé.  Les modalités : EM, feedback, BASIC, STARS, PHI  <i>Exclusion des programmes d'interventions en milieu scolaire</i>	Jeunes de moins de 20 ans avec des niveaux de consommation variables. Dans 4/7 essais les participants avaient une consommation d'alcool à risques	Consultations externes, urgences, université, clinique scolaire, clinique du sport, clinique dentaire,	Variation de 30 jours à 6 semaines, 10 semaines, 6 mois, 9 mois, 12, 24 mois et 36 mois.	La quantité, la fréquence de consommation, les API, l'abstinence  Les problèmes liés à l'alcool.
L'efficacité de l'intervention précoce chez les adolescents utilisateurs de substances: conclusion d'une revue systématique et d'une méta-analyse. Carney T et Myers B. 2012	9 essais  1895 participants	Alcool (3 essais) Alcool et autres drogues (6 essais) Exclusion du tabac	IB avec de l'empathie et des conseils Format : Individuel ou en groupe une ou plusieurs sessions. (maximum 20 sessions*3) Durée varie de 20 minutes à 60 minutes.	Jeunes âgés de 13 à 19 ans Exclusion des participants répondant aux critères d'abus et de dépendance	Urgences (2 essais), centres pour jeunes, lycées (2 essais), centres pour les sans abris, clinique, établissement correctionnel pour mineurs.	Elle varie de 1 à 12 mois.	La réduction de consommation de substance.  <i>La réduction des problèmes comportementaux.</i>
L'efficacité de l'intervention brève en milieu scolaire chez les adolescents: une méta-analyse sur le programme de prévention de l'utilisation d'alcool. Hennessy EA et Tanner Smith EE. 2015	17 essais	Alcool	Une IB d'une durée total de contact maximum à 5 heures.  Format : Une ou plusieurs sessions. En groupe ou individuel Délai minimum de 4 semaines entre deux sessions. Les modalités : MET, CBT, PET, feedback.	Participants de niveaux lycéens ou d'études secondaires. Agé de moins de 20 ans en moyenne avec des niveaux de consommation sont variables.	Etablissements scolaires	Variation de 1 à 6 mois.  de 0 à 1 mois (12%) de 1 à 3 mois (35%) de 3 à 6 mois (53%)	La quantité, la fréquence de consommation, les API et la concentration sanguine

Titre, Auteurs et Année de l'étude	Nombres d'études incluses et nombre de participants	Drogues analysés	Type d'interventions analysées	Caractéristiques des participants	Lieux	Période de suivi	Résultats mesurés
L'efficacité de l'intervention brève de repérage d'alcool chez les étudiants universitaires: une méta-analyse des essais contrôlés randomisés. Fachini A et al. 2012	18 essais 6233 participants	Alcool	IB basé sur les principes du protocole BASIC En face à face Format : une (72%) à deux sessions (28%) Les techniques utilisées : EM et PF Durée d'une session : elle varie de 30 à 90 minutes	Etudiants universitaires avec des épisodes de consommation à risques Exclusion des participants dépendants mandatés ou jugés Age moyen est de 20 ans	Université public	Elle varie de 6 semaines à 48 mois. En moyenne 12 mois. (11 périodes de suivi différentes)	Résultats sur la réduction de la consommation. Résultats sur les problèmes liés à l'alcool.
L'entretien motivationnel en soins d'urgence peut-il réduire la consommation d'alcool chez les jeunes ? Une revue systématique et méta-analyse. Kolher S. et Hofmann. 2015	6 essais 1433 participants	Alcool	Entretien motivationnel ou MET  Exclusion des interventions délivrées seulement par un programme informatique  Durée = moyenne : 37 minutes, elle varie de 5 à 45 minutes ;  +/- suivi téléphonique +/- mise à niveau des normes	Jeunes âgés de 13 à 25 ans avec une consommation à risques.	Urgences	Elle varie de 3 à 12 mois (3 périodes différentes : 3, 6 ou 12 mois)	La quantité et fréquence de consommation.
Les interventions brèves en milieu scolaire et les résultats comportementaux pour les adolescents utilisateurs de substance? Carney T et al. 2016	6 essais 1176 participants	Alcool ou autres drogues	Intervention défini comme une IB ou un EM ou d'autres définitions Format : une à 2 à 4 sessions Individuel. Face à face  Deux groupes contrôles différents : l'un recevant une information (732), l'autre une évaluation par eux même des résultats (444)	Participants âgés de moins de 19 ans. L'âge moyen est de 16,9 ans. Exclusion des participants aux critères de dépendance	Lycées, écoles secondaires ou autres lieux d'enseignements pour les 16-18ans	Période de suivi -Courte: 1 à 3 mois, -Moyenne : 4 à 6 mois, -Longue : 7 à 12 mois	Résultats sur la réduction de la consommation. Résultats secondaires sur la réduction des problèmes comportementaux

Titre, Auteurs et Année de l'étude	Nombres d'études incluses et nombre de participants	Drogues analysés	Type d'interventions analysées	Caractéristiques des participants	Lieux	Période de suivi	Résultats mesurés
Les interventions de niveau individuel pour réduire la consommation des étudiants universitaires: une revue méta-analytique. Carey KB et al. 2007	62 essais 3750 participants	Alcool	Interventions très variées : <b>98 types.</b> Le format le plus fréquent: face à face, individuel ou en groupe avec 2 sessions de 50minutes Sans face à face, une session de 15 minutes Modalités : EM (44%) Composants de l'intervention très variés	Etudiants universitaires ou lycéens Moyenne âge de 20,37ans  Volontaires (71%), mandatés (19%) ou recrutés.  <b>Buveurs à risques (65%)</b>	Lycées, universités	Période de suivi : immédiat : moins de 3 semaines  court: 4 à 13 semaines  moyen: 14 à 26 semaines  long : 27 à 195 semaines	La quantité, la fréquence de consommation, les API et la concentration sanguine  <i>La réduction des problèmes comportementaux.</i>
L'entretien motivationnel pour la prévention de l'abus d'alcool chez les jeunes adultes. Foxcroft DR et al. 2016	84 essais 2872 participants	Alcool	EM composé de ces 5 principes Format : une ou plusieurs sessions, individuel ou en groupe.  Durée moyenne: une heure (la plus longue, 19 heures sur 5 séances et la plus courte, 10 minutes)	Jeunes adultes âge varie de 15 à 24ans.  Dépistage universel ou ciblé.  <b>Participants à risques d'abus d'alcool sur 70 essais sur 84.</b>	Etablissements scolaires (54/84), centre de santé (14/84), centre pour les jeunes, centre de formations, centre de recrutement de l'armée..	Période de suivi :  -moins de 4 mois  -plus de 4 mois	Résultats sur la réduction de la consommation.  Résultats sur a réduction des problèmes comportementaux
L'intervention brève motivationnel pour les étudiants universitaires buveurs semble ne pas être aussi puissante que nous pensons: une méta-analyse des données de participants de niveau individuel. Huh D et al. 2015.	17 essais 6713 participants	Alcool	3 types interventions (principes d'IB motivationnel défini) :  -IB motivationnelle en groupe (5essais)  - PF seule (9essais)  - IB motivationnelle individuelle associée à un PF (7essais)	Etudiants mandatés (4,4%) Etudiants en première années d'études (64,3)  <b>Age non renseigné</b>	Etablissements scolaires,	Période de 1 à 12 mois :  -court terme : 1 à 3 mois (3 essais)  -long terme : 6 à 12 mois (6 essais)  -entre court et long (8essais)	Résultats sur la réduction de la consommation en quantité  Résultats sur les problèmes liés à l'alcool.

Titre, Auteurs et Année de l'étude	Nombres d'études incluses et nombre de participants	Drogues analysés	Type d'interventions analysées	Caractéristiques des participants	Lieux	Période de suivi	Résultats mesurés
Les interventions brèves sur l'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes : une revue systématique et méta-analyse. Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015	185 essais : 24 sur les adolescents 161 sur les jeunes adultes	Alcool	Une IB d'une durée total de contact maximum à 5 heures. format : une ou plusieurs sessions avec un minimum de 4 semaines entre deux sessions. individuel ou en groupe.  Les modalités sont variés: MET (42%), PET(36%),  Durée d'IB : 100minutes pour les adolescents contre 55minutes pour les jeunes adultes en moyenne  Face à face avec ou sans un ordinateur	âge varie de 11 à 25 ans  moyenne d'âge des adolescents : 15 ans 29% à risque  moyenne d'âge des jeunes adultes: 20 ans 52% à risque  Sélection universelle, sélective ou indiquée	Lycées (82% adolescents, 55% jeunes adultes)  Universités (le plus urgences, centre de santé pour jeunes	Période varie de 20 à 24 semaines  En moyenne jusqu' 4 ans pour les jeunes adultes et à un an pour les adolescents.	Résultats sur la réduction de la consommation  Résultats sur la réduction des problèmes liés à l'alcool.
L'entretien motivationnel pour l'abus d'alcool chez les jeunes adultes. Foxcroft DR et al.2014	66 essais 17901 participants	Alcool	Entretien motivationnel composé de ces 5 principes +/- associée un feedback ou d'autres composants.  format : Une ou plusieurs sessions individuel (49essais) / en groupe.  Durée moyenne: une heure (43essais sur 66) (la plus longue 19 heures sur 5 séances, la plus courte 10 minutes)	âge de 15 à 26 ans  <b>La plupart des étudiants étaient à haut risque de problèmes d'alcool</b>	Universités (37/66), lycées, centres de santé, centres pour jeunes, centres pénitencier	Période de suivi : -moins de 4 mois -plus de 4 mois	La quantité, la fréquence de consommation, les API et la concentration sanguine  Résultats sur la réduction des problèmes liés à l'alcool.
L'efficacité des interventions d'entretien motivationnel pour le changement de comportement des adolescents utilisateurs de substance. Jensen CD et al. 2011	21 essais 5431 participants	Alcool (12 essais) Tabac ( 7essais) Divers drogues ( 6essais) Cannabis (12essais)	Entretien motivationnel (17essais) et EM plus autres techniques (4essais)  une session (13 essais ) / 2 à 9 sessions (8essais )	âge varie de 12 à 23ans	Cliniques	Période de suivi : -moins de 6 mois (4 essais) -plus de 6 mois (7 essais)	Réduction de la consommation

### **2.2.1 Caractéristiques/types de substances psychoactives**

A partir des critères inclusions que nous avons prédéfinis, nous avons :

- 9 méta-analyses ayant analysées cliniquement les effets de l'intervention sur la consommation d'alcool.
- 4 méta-analyses ayant analysées à la fois les effets sur la consommation d'alcool et d'autres drogues dont le tabac (deux méta-analyses) et le cannabis (deux méta-analyses).

### **2.2.2 Caractéristiques des participants**

#### **2.2.2.1 Age des participants**

L'âge moyen pour chaque méta-analyse n'était pas toujours calculé mais globalement nous pouvons mettre en évidence que l'âge moyen est d'environ 20 ans pour 8 des méta-analyses. Pour les méta-analyses restantes l'âge varie en général de 15 à 25 ans. Seulement une étude, *Huh et al. 2015*, n'a pas spécifié précisément l'âge des participants inclus, cette dernière précisait qu'il s'agissait d'étudiants la plupart en première année d'études.

#### **2.2.2.2 Niveau d'usage d'alcool**

Les niveaux d'usages d'alcool sont différents suivant les méta-analyses. Trois des méta-analyses *Kolher S. et Hofmann. 2015*, *Fachini A et al. 2012*, *Sansom JE et Tanner Smith EE. 2015* ont inclus exclusivement des consommateurs avec des consommations à risques et pour trois autres méta-analyses *Foxcroft DR et al.2014*, *Carey KB et al. 2007*, *Foxcroft DR et al. 2016*, il s'avère que la majorité des participants étaient des consommateurs à risque.

### **2.2.3 Caractéristiques des interventions brèves**

#### **2.2.3.1 La définition**

Le type d'intervention brève est variable suivant les méta-analyses. Nous avons regroupé en quatre parties distinctes les différents types d'interventions analysés :

- deux études *Tait R.J. et Hulse J.K.2003 et Fachini et al.2012* ont intégré le protocole « BASIC » *Brief Alcohol Screening Intervention for College student* qui correspond à une intervention brève en face en face comprenant un ou deux sessions utilisant les techniques de l'entretien motivationnel et le feedback personnalisé (PF) sur les comportements. En précisant que Tait R.J. a différencié l'entretien motivationnel et le feedback personnalisé comme intervention possible.
- quatre études *Sansom JE et Tanner Smith EE. 2015*, *Hennessy EA et Tanner Smith EE. 2015*, *Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015 et Carey KB et al. 2007* ont définis l'intervention brève selon quatre techniques différentes comme l'entretien motivationnel ou la thérapie de renforcement motivationnel (MET), la thérapie cognitivo-comportementales (CBT), le feedback personnalisé (PF), la thérapie psycho-éducationnelle (PET).
- deux études, *Carney T et al. 2016 et Carney T et Myers B. 2012* ont intégré des interventions brèves ou des interventions comprenant les principes de l'entretien motivationnel.
- une étude *Huh et al 2015*, a nommé les intervention incluses comme des interventions brèves motivationnelles associées ou non à un feedback personnalisé
- les quatre études restantes ont utilisé uniquement l'entretien motivationnel.

### 2.2.3.2 La durée

La durée moyenne des interventions est très différente d'une étude à l'autre. La durée pour trois des études *Sansom JE et Tanner Smith EE. 2015, Kolher S. et Hofmann.2015, Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015*, est respectivement de 41 minutes, 37 minutes et de 100 minutes pour les adolescents et de 55 minutes pour les jeunes adultes. Les autres varient de 5 à 45 minutes, de 30 à 90 minutes, de 20 à 60 minutes, ou plus d'une heure. Quatre études n'ont pas fourni d'informations sur la durée des interventions.

### 2.2.3.3 Le nombre de sessions

Hormis la durée, le nombre de sessions est également décrit dans certaines méta-analyses. Pour quatre des méta-analyses, celui-ci est précisément limité à 2 ou 4 sessions, *Tait RJ et Hulse JK.2003 et Fachini et al.2012, Carey KB et al. 2007, Carney T et al. 2016* pour trois méta-analyses, *Sansom JE et Tanner Smith EE. 2015, Hennessy EA et Tanner Smith EE. 2015, Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015* les auteurs ont préféré préciser un temps de contact global de 5 heures maximum. Pour les méta-analyses restantes les données sont peu précises.

### 2.2.3.4 Le format

Quelques auteurs des méta-analyses se sont également intéressés aux formats de l'intervention. Ils ont analysé si l'intervention pouvait être plus efficace en groupe ou de manière individuelle ou les deux.

### 2.2.3.5 La période de suivi

Enfin, la période de suivi pour chacune des méta-analyses est également très variable, elle varie d'une période allant de 1 à 6 mois jusqu'à une période allant d'1 mois à 4 ans. Six des méta-analyses ont analysé l'effet du temps sur l'ampleur de l'intervention.

## **2.3. Synthèses des résultats sur les effets de l'intervention brève sur la consommation d'alcool.**

(Tableau1)

(Tableau-1)	Taille de l'effet avec son intervalle de confiance de 95%											
	Résultats globaux	Résultats sur la quantité consommée	Résultats sur la fréquence consommée	Résultats sur la consommation concentration sanguine maximum	Résultats sur les API	Résultats sur le type d'intervention MI/MET	Résultats sur le type d'intervention PET	Résultats sur le type d'intervention Feedback	Résultats sur le type d'intervention	Résultats sur les modalités de l'intervention individuel/ groupe une session/ plusieurs sessions	Résultats suivant la durée de l'IB et les différentes périodes de suivi	Résultats selon le niveau de consommation
Une seule session d'intervention sur l'alcool pour les étudiants universitaires consommateurs abusifs d'alcool. Sansom JE et Tanner Smith EE. 2015	pas de donnée	pas évidence de variation de l'effet avec le type de mesure	$\bar{g} = 0,18$ [0,12 à 0,24] <b>significatif</b>	pas évidence de variation de l'effet avec le type de mesure	pas évidence de variation de l'effet avec le type de mesure	$\bar{g} = 0,20$ [0,11 à 0,29] <b>significatif</b>	$\bar{g} = -0,01$ [-0,20 à 0,09] non significatif(NS)	$\bar{g} = 0,20$ [0,10 à 0,30] <b>significatif</b>	$\bar{g} = 0,33$ [-0,07 à 0,73] non significatif	pas de donnée	pas évidence de l'influence de la durée sur l'intervention. Le délai entre l'intervention et l'évaluation influence la taille de l'effet, plus le délai est long plus la taille de l'effet est petite à un mois $\bar{g}=0,29$ [0,17, 0,42] à 12 mois $\bar{g} = 0,15$ [-0,01, 0,31]	pas de donnée
Une revue systématique de l'efficacité de l'intervention brève chez les adolescents utilisant des substances par type de drogues. Tait RJ et Hulse GK. 2003	$d = 0,275$ $p < 0,0001$ <b>significatif</b>	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	$d = 0,241$ $p < 0,01$ <b>significatif</b>	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée
L'efficacité de l'intervention précoce chez les adolescents utilisateurs de substances: conclusion d'une revue systématique et d'une méta-analyse. Carney T et Myers B. 2012	$\bar{g} = 0,24$ [0,11 à 0,37] $p < 0,0001$ <b>significatif</b>	$\bar{g} = 0,05$ [0,02 à 0,08] <b>significatif</b>	$\bar{g} = 0,44$ [0,12 à 0,77] <b>significatif</b>	pas de donnée	$\bar{g} = 0,14$ [0,05 à 0,22] <b>significatif</b>	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	$\bar{g} = 0,29$ [0,12 à 0,45] individuel $\bar{g} = 0,09$ [-0,36, 0,54] groupe $\bar{g} = 0,09$ [0,02, 0,16] une session $\bar{g} = 0,58$ [0,17, 1] plusieurs sessions	pas de donnée	pas de donnée
L'efficacité de l'intervention brève en milieu scolaire chez les adolescents: une méta-analyse sur le programmes de prévention de l'utilisation d'alcool. Hennessy EA et Tanner Smith EE. 2015	pas de donnée	pas de donnée	$\bar{g} = 0,34$ [0,11 à 0,56] $p < 0,0001$ <b>significatif</b>	pas de donnée	pas de donnée	$b = 0,44$ [-0,09 à 0,97] plus grand effet que les autres interventions	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	intervention en groupe $b = -0,49$ [-1,00 à 0,01] plus petit effet qu'individuel	pas de donnée	pas de donnée
L'efficacité de l'intervention brève de repérage d'alcool chez les étudiants universitaires: une méta-analyse des essais contrôlés randomisés. Fachini A et al. 2012	Réduction de 1,5 verres par semaine à 12 mois de suivi [- 3,24 à - 0,29] <b>significatif</b>	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée
L'entretien motivationnel en soins d'urgence peut-il réduire la consommation d'alcool chez les jeunes ? Une revue systématique et méta-analyse. Kolher S. et Hofmann. 2015	pas de donnée	$dms = -0,09$ [-0,22 à 0,04] $p = 0,18$ <b>Non significatif</b>	$dms = -0,17$ [-0,32 à -0,02] $p = 0,03$ <b>non significatif</b>	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée

Taille de l'effet avec son intervalle de confiance de 95%												
	Résultats globaux	Résultats sur la quantité consommée	Résultats sur la fréquence consommée	Résultats sur la consommation concentration sanguine maximum	Résultats sur les API	Résultats sur le type d'intervention MI/MET	Résultats sur le type d'intervention PET	Résultats sur le type d'intervention Feedback	Résultats sur le type d'intervention CBT	Résultats sur les modalités de l'intervention individuel/ groupe une session/ plusieurs sessions	Résultats suivant la durée de l'IB et les différentes périodes de suivi	Résultats selon le niveau de consommation
Les interventions brèves en milieu scolaire et les résultats comportementaux pour les adolescents utilisateurs de substance ? Carney T et al. 2016	Résultats par rapport aux groupe contrôle recevant une information pas d'effet significatif de l'intervention Résultats par rapport au groupe contrôle des évaluations seules cf cases	abus d'alcool dms = -0,38 [-0,7 à -0,07] à moyen terme <b>significatif</b>  dms= -0,72 [-1,05 à -0,40] à long terme <b>significatif</b>	dms= -0,91 [-1,21 à -0,61] à moyen terme <b>significatif</b>	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	Cf. cases précédentes	pas de données
Les interventions de niveau individuel pour réduire la consommation des étudiants universitaires: une revue méta-analytique. Caret KB et al. 2007	pas de donnée	Suivi immédiat d = 0.19 [0.07 à 0.32], court terme d = 0.13 [0.06 à 0.19], moyen terme d = 0.11 [0.02 à 0.20]  long terme d = 0.06 [-0.4 à 0.16].	Suivi immédiat d = -0.08 [-0.26 à 0.10], court terme d = 0.02 [-0.07 à 0.10], moyen terme d = -0.03 [-0.16 à 0.10]  long terme d = 0.16 [-0.03 à 0.30].	Suivi immédiat d = 0.41 [0.26 à 0.47], court terme d = 0.13 [0.04 à 0.21], moyen terme d = 0.10 [-0.01 à 0.20]  long terme d = 0.09 [-0.02 à 0.20]	Suivi immédiat d = 0.17 [0.03 à 0.31], court terme d = 0.18 [0.10 à 0.26], moyen terme d = 0.11 [0.01 à 0.22] t  long terme d = -0.04 [-0.16 à 0.08].	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	Cf. cases précédentes	pas de donnée
L'entretien motivationnel pour la prévention de l'abus d'alcool chez les jeunes adultes. Foxcroft DR et al. 2016	pas de donnée	dms = 0,11 [-0,15 à -0,06] à long terme non significatif  dms= -0,17 [-0,25 à -0,09] à court terme <b>significatif</b>	dms = -0,14 [-0,21 à -0,07] à long terme <b>significatif</b>  dms= 0,18 [-0,29 à -0,07] à court terme <b>significatif</b>	dms = -0,12 [-0,2 à -0,05] à long terme <b>significatif</b>  dms = -0,23 [-0,32 à -0,13] à court terme <b>significatif</b>	pas d'effet significatif	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	Cf. cases précédentes	<u>Quantité</u> à haut risque dms=-0,12 [-0,17 à -0,07] bas risque dms=-0,06 [-0,20 à 0,07] <u>fréquence</u> haut risque dms= -0,15 [-0,23 à -0,07] bas risque dms=-0,07 [-0,29 à 0,15] <u>API</u> les deux résultats sont NS

Taille de l'effet avec son intervalle de confiance de 95%												
	Résultats globaux	Résultats sur la quantité consommée	Résultats sur la fréquence consommée	Résultats sur la consommation concentration sanguine maximum	Résultats sur les API	Résultats sur le type d'intervention MI/MET	Résultats sur le type d'intervention PET	Résultats sur le type d'intervention Feedback	Résultats sur le type d'intervention CBT	Résultats sur les modalités de l'intervention individuel/ groupe une session/ plusieurs sessions	Résultats suivant la durée de l'IB et les différentes périodes de suivi	Résultats selon le niveau de consommation
L'intervention brève motivationnelle pour les étudiants universitaires buveurs semble ne pas être aussi puissante que nous pensons: une méta-analyse des données de participants de niveau individuel. Huh D et al. 2015.	pas de donnée	OR 0,79 [0,61 à 1,10] : effet de intervention sur probabilité de ne pas consommer NS RR = 0,96 [0,91 à 1,00] : effet de intervention sur le nombre de verres bu NS	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	groupe ou individuel pas d'effet significatif	effet comparable à court et à moyen terme	pas d'influence sur l'effet de l'intervention
Les interventions brèves sur l'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes : une revue systématique et méta-analyse. Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015	Adolescent: $\bar{g} = 0,28$ [0,16 à 0,38] Adultes: $\bar{g} = 0,17$ [0,13 à 0,20] <b>significatif</b>	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	$\bar{g} = 0,20$ [0,14 à 0,26] jeunes adultes <b>significatif</b> (petit nombre études pour les adolescents)	$\bar{g} = 0,16$ [0,09 à 0,23] jeunes adultes <b>significatif</b>	$\bar{g} = 0,20$ [0,13 à 0,26] jeunes adultes <b>significatif</b>	$\bar{g} = 0,13$ [0,04 à 0,22] jeunes adultes <b>significatif</b>	effet similaire individuel ou en groupe	effet similaire suivant le temps de contact sauf pour les jeunes adultes un temps court semble plus efficace. Pas de décroissance de la taille de l'effet de l'intervention à un an.	pas d'influence sur l'effet de l'intervention
L'entretien motivationnel pour l'abus d'alcool chez les jeunes adultes. Foxcroft DR et al.2014	pas de donnée	dms = -0,14 [-0,20 à -0,08] <b>significatif</b> à moins de 4 mois : dms= -0,25 [-0,37 à -0,14] <b>significatif</b>	dms = -0,11 [-0,19 à -0,03] <b>significatif</b> à moins de 4 mois dms= -0,26 [-0,44 à -0,09] <b>significatif</b>	A plus de 4 mois dms = -0,14 [-0,23 à -0,05] <b>significatif</b> à moins de 4 mois dms= -0,27 [-0,44 à -0,11] <b>significatif</b>	A plus de 4 mois dms= -0,05 [-0,12 à 0,01] NS à moins de 4 mois dms= -0,23 [-0,42 à 0,004] NS	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas d'influence du lieu. Les composants: balance décisionnelle, détermination d'objectifs pour les adolescents : large effet	suivi à plus de 4 mois pas de relation trouvé entre l'ampleur de l'effet et la durée de l'intervention (méta régression)	pas de donnée
L'efficacité des interventions d'entretien motivationnel pour le changement de comportement des adolescents utilisateurs de substance. Jensen CD et al. 2011	d = 0,173 [0,094 à 0,252] <b>significatif</b>	alcool et drogues: d= 0,146 [0,059 à 0,233] <b>significatif</b>	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de donnée	pas de données	effet significatif à moins et plus de 6 mois (moins plus large effet)	pas de donnée

## **2.3.1 Efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation d'alcool**

### **2.3.1.1 Résultats globaux**

Nombres d'études incluses : 5

*Tait RJ et Hulse JK.2003*

**$d = 0,275$   $p < 0,0001$  significatif**, les résultats sont homogènes ( $p = 0,82$ ). Ainsi, l'intervention brève est efficace pour réduire la consommation d'alcool mais de manière faible avec un petit effet.

*Carney T et Myers B :*

**$\bar{g} = 0,24$  [**0,11 à 0,37**]**  $p < 0,0001$  **significatif**, hétérogénéité significative  $p < 0,0001$   $I^2 = 74\%$  mais ces résultats intègrent l'alcool et d'autres drogues.

*Carney T et al. 2016*

Les auteurs ont différencié les résultats par rapport à deux groupes témoins, l'un recevant une information et l'autre une simple évaluation des résultats. Les résultats étant représentés suivant différentes périodes (courte 1 à 3 mois, moyenne : 4 à 6 mois, et longue 7 à 12 mois).

Par rapport aux évaluations seules :  **$dms = -0,38$  [**-0,70 à -0,07**]** à moyen terme et  **$dms = -0,72$  [**-1,07 à -0,38**]** à long terme, ce qui est en faveur de l'efficacité de l'intervention brève sur l'abus de l'alcool.

Par rapport aux groupes recevant une information les résultats sont non significatifs. Le test d'hétérogénéité n'était pas applicable pour cette étude.

*Huh D et al.2015*

**OR = 0,79** [**0,61 à 1,10**] représente la probabilité de ne pas consommer de l'alcool. L'effet est en faveur de l'intervention avec une petite réduction de la probabilité de ne pas boire mais n'est pas significatif.

**RR = 0,96** [**0,91 à 1,00**] représente le nombre de verres bus en un week-end. L'effet est en faveur de l'intervention avec une petite réduction de la quantité bue mais n'est pas significatif.

*Jensen et al 2011*

**$d = 0,173$  [**0,094 à 0,252**]**, soit un petit effet significatif en faveur de l'entretien motivationnel, mais les résultats intègrent toutes drogues confondues.

**$d = 0,146$  [**0,059 à 0,233**]**, ces résultats sont fortement en faveur de l'entretien motivationnel, ils intègrent l'alcool et d'autres drogues mais ont exclu le tabac.

Les échantillons sont homogènes.

**Donc**, sur cinq études, quatre sont en faveur de l'intervention brève motivationnelle avec une ampleur variable allant de faible à modérée.

### **2.3.1.2 Résultats sur la quantité**

Nombres d'études incluses : 6

*Carney T et Myers B. 2012*

**$\bar{g} = 0,05$  [**0,02 à 0,08**]**  $p = 0,004$ , hétérogénéité non significative  $p = 0,95$   $I^2 = 0\%$ . Les résultats sont en faveur de l'intervention brève mais très faiblement.

*Kolher S. et Hofmann.2015*

**dms = -0,09 [-0,22 à 0,04]** : résultats de la méta-analyse de la plus large différence de moyenne.

**dms= 0.02 [-0.09 à 0.13]** : résultats de la méta-analyse de la plus petite différence de moyenne.

Les résultats sont non significatifs, ils ne montrent pas l'avantage de l'intervention pour réduire la quantité d'alcool consommée chez les consommateurs à risque.

I2 : moins de 24%.

*Carney T et al. 2016*

Pour le groupe recevant une information, il n'y a pas de différence significative avec l'intervention brève. **Dms= 0.02 [-0.22 à 0.26]** à court terme et **dms= -0.14 [-0.33 à 0.05]** à moyen terme. L'intervention brève n'est pas plus efficace.

Par rapport aux évaluations seules : il n'y a toujours pas de différence significative avec l'intervention brève à moyen terme et long terme ce qui n'est pas en faveur de l'efficacité de l'intervention brève.

*Carey KB et al. 2007*

Les auteurs ont catégorisé les résultats à différentes périodes de suivi.

Suivi immédiat **d=0.19 [0.07 à 0.32]**, court terme **d= 0.13 [0.06 à 0.19]**, à moyen terme **d= 0.11 [0,02 à 0.20]** et à long terme **d= 0.06 [-0.4 à 0.16]**. Ainsi, les interventions incluses dans cette méta-analyse sont efficaces mais leur efficacité décroît avec le temps.

Les échantillons sont homogènes.

*Foxcroft et al.2016*

Les auteurs ont analysé les résultats sur deux périodes de suivi différentes, une courte de moins de 4 mois et l'autre longue de plus de 4 mois.

A long terme **dms = -0,11 [-0,15 à -0,06]** soit une réduction de 1,2 verre par semaine et à court terme **dms = -0,17 [-0,25 à -0,09]**.

Ainsi ces résultats sont en faveur de l'entretien motivationnel. L'hétérogénéité n'est pas un problème à long terme contrairement à court terme où elle est significative

*Foxcroft et al.2014*

Les auteurs ont analysé les résultats sur deux périodes de suivi différentes, une courte de moins de 4 mois et l'autre longue de plus de 4 mois.

A plus de 4 mois **dms = -0,14 [-0,20 à -0,08]** soit un résultat en faveur de l'entretien motivationnel et représentant une réduction de 1,5 verre par semaine

A moins de 4 mois : **dms= -0,25 [-0,37 à -0,14]** soit une efficacité de l'entretien motivationnel sur la consommation d'alcool.

Il n'y a pas de problème d'hétérogénéité dans cette méta-analyse.

**Donc**, sur 6 méta-analyses, quatre prouvent l'efficacité de l'intervention brève motivationnelle dans la réduction de la consommation d'alcool en quantité, mais les résultats sont faiblement efficaces.

A partir de deux méta-analyses, on constate que l'efficacité décroît avec le temps.

### 2.3.1.3 Résultats sur la fréquence.

Nombre d'études concernées : 10

*Sansom JE et Tanner Smith EE. 2015*

$\bar{g} = 0,18$  [0,12 à 0,24], soit un résultat faible en faveur de l'intervention par rapport au groupe contrôlé.

Le résultat converti en nombre de verres représente une diminution de 0.37 jours par semaines chez les buveurs à risque.

*Carney T et Myers B. 2012*

$\bar{g} = 0,44$  [0,12 à 0,77]  $p = 0.008$ , l'hétérogénéité est significative  $I^2 = 93\%$   $p < 0.0001$ .

Les chiffres montrent un résultat en faveur de l'intervention brève mais le test d'hétérogénéité montre une grande différence entre les études.

*Hennessy EA et Tanner Smith EE. 2015*

$\bar{g} = 0,34$  [0,11 à 0,56]  $p < 0,0001$  **significatif**, l'hétérogénéité est significative  $I^2 = 73,7\%$ .

Ces chiffres montrent un effet bénéfique en faveur de l'intervention que l'on peut qualifier de faible. Pour se situer, cela correspond à une réduction de 1,4 jour de consommation dans le mois.

*Fachini et al. 2012*

**dms = -1.5 [-3,24 à -0,29]**  $p < 0.01$  **significatif**. Les auteurs ont mis en évidence l'efficacité de l'intervention sur la consommation d'alcool avec une réduction de 1.5 jour par semaine à 12 mois de suivi.

*Kolher S. et Hofmann. 2015*

**dms = -0,17 [-0,32 à -0,02]** : résultats de la méta-analyse de la plus large différence de moyenne et de la plus petite **dms = -0.03 [-0.14 à 0.08]**. Une analyse est en faveur de l'entretien motivationnel pour réduire la fréquence des consommations alors que l'autre non.  $I^2$  est de moins de 42%

*Carney T et al. 2016*

Pour le groupe recevant une information, il n'y a pas de différence significative avec l'intervention brève. **dms = 0.05 [-0.29 à 0.19]** à court terme et **dms = -0.01 [-0.2 à 0.18]** à moyen terme. L'intervention n'est pas efficace.

Par rapport aux évaluations seules : **dms = -0.91 [-1,21 à -0,61]** à moyen terme et **dms = -0.20 [-0.53 à 0.14]** ce qui est en faveur de l'efficacité de l'intervention brève à moyen terme mais pas à long terme.

Les échantillons sont homogènes à moyen terme.

*Carey KB et al. 2007*

Suivi immédiat  $d = -0.08$  [-0.26 à 0.10], court terme  $d = 0.02$  [-0.07 à 0.10], à moyen terme  $d = -0.03$  [-0,16 à 0.10] et à long terme  **$d = 0.16$  [0.03 à 0.30]**.

Les interventions de cette méta-analyse ne sont pas efficaces sauf à long terme soit après un délai de 8 mois à 4 ans.

Les échantillons sont homogènes.

*Foxcoft et al. 2016*

À long terme **dms = -0,14 [-0,21 à -0,07]** soit un effet en faveur de l'entretien motivationnel et donc une réduction de 0,22 jours par semaine. L'hétérogénéité n'est pas un problème.

À court terme **dms = -0.18 [-0.29 à -0.07]**, soit également efficace mais l'hétérogénéité est problématique  $I^2 = 55\%$ .

*Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015*

Cette méta-analyse a séparé deux tranches d'âge : les adolescent et les jeunes adultes  
Adolescent :  $\bar{g} = 0,27 [0,16 \text{ à } 0,38]$ , soit un effet modéré en faveur de l'intervention brève et représentant une réduction de 1,3 jour par mois .

Jeunes adultes:  $\bar{g} = 0,17 [0,13 \text{ à } 0,20]$  soit un effet faible en faveur de l'efficacité de l'intervention brève et représentant une réduction de 0,8 jours par mois.

Les échantillons sont homogènes.

*Foxcroft Dr et al 2014*

A plus de 4 mois :  $dms = -0,11 [-0,19 \text{ à } -0,03]$ , l'entretien motivationnel permet une réduction de 0,17 jours par semaine mais l'hétérogénéité des études n'est pas correcte,  $I^2 = 67\%$

A moins de 4 mois :  $dms = -0,26 [-0,44 \text{ à } -0,09]$  Un résultat en faveur de l'entretien motivationnel mais dont l'hétérogénéité pose problème  $I^2 = 55\%$ .

**Donc**, sur les dix méta-analyses, toutes concluent à une réduction de la fréquence de consommation d'alcool, mais l'effet observé est très variable. Il varie de très faible pour sept résultats avec des effets inférieurs à 0.20, à faible pour quatre autres et une seule fois il est fort. Cinq des méta-analyses ont les résultats du test d'hétérogénéité significatif alors qu'elles ont conduit des analyses à effets aléatoires. Ceci remet donc en question la pertinence des résultats.

#### 2.3.1.4 Résultats sur la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes

Nombres d'études incluses : 4

*Carney T et Myers B. 2012*

$\bar{g} = 0,14 [0,05 \text{ à } 0,22]$ ,  $p = 0.01$ , hétérogénéité non significative  $I^2 = 0\%$  et  $p = 0.86$ .

Les résultats mettent en évidence l'efficacité de l'intervention brève sur les consommations excessives mais faiblement.

*Carey KB et al. 2007*

Suivi immédiat  $d = 0.17 [0.03 \text{ à } 0.31]$ , court terme  $d = 0.18 [0.10 \text{ à } 0.26]$ , à moyen terme  $d = 0.11 [0,01 \text{ à } 0,22]$  et à long terme  $d = -0.04 [-0.16 \text{ à } 0.08]$ .

Ces interventions sont efficaces pour réduire les alcoolisations ponctuelles importantes sauf à long terme.

*Foxcroft et al.2016*

A long terme,  $dms = -0.04 [-0.09 \text{ à } 0.02 ]$ , il n'y a pas d'effet significatif de l'entretien motivationnel.

Les échantillons sont homogènes.

A court terme,  $dms = -0.13 [-0.23 \text{ à } -0.03]$ , les résultats sont en faveur de l'entretien motivationnel mais l'hétérogénéité est significative.

*Foxcroft Dr et al 2014*

A plus de 4 mois,  $dms = -0,05 [-0,12 \text{ à } 0,01]$  l'effet est très faible est non significatif donc l'EM n'est pas plus efficace que le groupe contrôle.

L'hétérogénéité est presque non significative

A moins de 4 mois,  $dms = -0,23 [-0,42 \text{ à } 0,004]$  l'effet est faible mais en faveur de l'entretien motivationnel mais l'hétérogénéité est significative.

**Donc**, les quatre méta-analyses ont un très faible effet sur la réduction des alcoolisations ponctuelles importantes, cet effet diminue avec le temps. De plus, deux des méta-analyses ont des échantillons hétérogènes ce qui remet en cause les résultats malgré un modèle statistique adapté.

### 2.3.1.5 Résultats sur la mesure de la concentration sanguine.

Nombres d'études incluses : 3

*Carey KB et al. 2007*

Suivi immédiat **d = 0,41 [0,26 à 0,47]**, court terme **d = 0,13 [0,04 à 0,21]**, à moyen terme **d = 0,10 [-0,01 à 0,20]** et à long terme **d = 0,09 [-0,02 à 0,20]**. Les interventions sont efficaces rapidement mais l'effet s'efface à moyen et long terme, c'est à dire à partir de 2 mois et demi.

*Foxcroft et al. 2016*

A long terme, **dms = -0,12 [-0,2 à -0,05]**

A court terme, **dms = -0,23 [-0,32 à -0,13]**

Donc les résultats sont en faveur de l'entretien motivationnel et les tests d'hétérogénéité ne posent pas de problème.

*Foxcroft DR et al 2014*

A plus de 4 mois, **dms = -0,14 [-0,23 à -0,05]** et à moins de 4 mois **dms = -0,27 [-0,44 à -0,11]**.

Les résultats sont en faveur de l'entretien motivationnel, les tests d'hétérogénéité sont non significatifs.

**Donc**, les trois résultats prouvent l'efficacité de l'intervention brève mais faiblement. Cette effet s'estompe rapidement.

## 2.3.2 Efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation selon le type d'intervention

### Les techniques de l'intervention

*Sansom JE et Tanner Smith EE.*

Les auteurs ont analysé en sous groupe : l'entretien motivationnel et la thérapie de l'entretien motivationnel (MET) **g̃ = 0,20 [0,11 à 0,29]**, la thérapie psycho-éducative (PET) **g̃ = -0,01 [-0,20 à 0,09]**, la thérapie cognitivo-comportementale (CBT) **g̃ = 0,33 [-0,07 à 0,73]** et le feedback **g̃ = 0,20 [0,10 à 0,30]**. On peut conclure que l'EM et le feedback personnel ont des résultats positifs significatifs. La PET a un effet négatif non significatif et la CBT également.

*Tait RJ et Hulse JK. 2003*

A partir d'une analyse en sous-groupe, il a été mis en évidence que l'entretien motivationnel était efficace pour réduire la consommation **d = 0,241 p < 0,01 significatif**. Les résultats sont homogènes.

*Hennessy EA et Tanner Smith EE. 2015*

**b= 0,44 [-0,09 à 0,97]**. Ces données sont celles de la méta-régression que les auteurs ont réalisée, à partir de 6 variables. Les interventions utilisant la thérapie de l'entretien motivationnel ont un plus grand effet que les autres interventions.

*Foxcroft et al.2016*

A partir d'une analyse en sous-groupe, comparativement selon le groupe témoin, si le groupe témoin était une intervention active l'entretien motivationnel n'était plus efficace sur la fréquence de consommation d'alcool.

*Foxcroft DR et al.2014*

A partir d'une analyse en sous-groupe, comparativement selon le groupe témoin, si le groupe témoin était une intervention active l'entretien motivationnel n'était plus efficace sur la fréquence de consommation d'alcool.

*Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015*

Les techniques des interventions pour les adolescents n'ont pas pu être testées en raison d'un trop petit nombre d'études mais pour les jeunes adultes on observe :

MET  $\bar{g} = 0,20$  [0,14 à 0,26]

PET  $\bar{g} = 0,16$  [0,09 à 0,23]

Feedback  $\bar{g} = 0,20$  [0,13 à 0,26]

CBT  $\bar{g} = 0,13$  [0,04 à 0,22]

On peut donc conclure à une taille de l'effet plus large pour l'entretien motivationnel et le feedback.

De plus, les auteurs ont identifié différents composants de l'intervention. Il a été mis en évidence que pour les adolescents, une balance décisionnelle et une fixation d'objectif avaient un plus large effet sur l'ampleur de l'intervention.

Pour les adultes, il n'a pas été mis en évidence d'efficacité supérieure de certains des composants.

**Ainsi**, parmi les méta-analyses ayant différencié les techniques de l'intervention brève, l'entretien motivationnel et le feedback semblent être les plus efficaces mais avec un effet relativement modeste.

### **2.3.3 Efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation selon les modalités de l'intervention**

La durée de l'intervention

Nombres d'études incluses : 4

*Sansom JE et Tanner Smith EE. 2015.*

Il n'a pas été mis en évidence d'influence de la durée de l'intervention sur l'effet de l'intervention par une méta-régression.

*Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015*

L'effet est similaire suivant le temps de contact sauf pour les jeunes adultes où un temps de contact plus court semble plus efficace  $\bar{g} = 0.30$  [0.09 à 0.51]

*Foxcroft et al.2016*

A partir d'une méta-régression, la durée de l'intervention ne semble pas influencer de manière claire la taille de l'effet.

*Foxcroft DR et al 2014*

A partir d'une méta-régression il n'y a pas de relation significative entre l'ampleur de l'effet et la durée de l'intervention.

**Donc**, de manière univoque la durée de l'intervention brève n'influence pas l'ampleur de l'effet.

#### Le format de l'intervention

Nombres d'études incluses : 4

*Carney T et Myers B. 2012*

$\bar{g} = 0,27$  [0,03 à 0,51] de manière individuel avec un test d'hétérogénéité  $I^2 = 79\%$

$\bar{g} = 0,09$  [-0,36 à 0,54] : NS en groupe avec un test d'hétérogénéité non applicable

$\bar{g} = 0,09$  [0,02 à 0,16] comprenant une session avec un test d'hétérogénéité  $I^2 = 0\%$ ,  $p = 0,53$

$\bar{g} = 0,58$  [0,17 à 1,0] comprenant plusieurs sessions avec un test d'hétérogénéité  $I^2 = 31\%$ ,  $p = 0,23$ .

Grâce à ces données, il se dessine un format plus efficace correspondant à des interventions individuelles comprenant plusieurs sessions mais il n'est pas possible de conclure à cette affirmation car les quatre résultats ne sont pas tous homogènes.

*Hennessy EA et Tanner Smith EE. 2015*

**B = -0,49 [-1,00 à 0,01]**. L'intervention en groupe a un plus petit effet que l'intervention individuelle.

*Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015*

L'effet est similaire si l'intervention a lieu de manière individuelle ou en groupe avec un  $\bar{g}$  aux alentours de 0,27 pour les adolescents et un  $\bar{g}$  aux alentours de 0,20 pour les jeunes adultes.

*Huh D et al. 2015*

L'effet est similaire si l'intervention a lieu de manière individuelle ou en groupe

**Ainsi**, il est difficile de conclure, la moitié des études sont en faveur d'un format individuel à plusieurs sessions, et l'autre moitié conclue à un effet identique selon que l'intervention soit en groupe ou individuel.

### **2.3.4 Efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation selon les différentes périodes de suivi**

Nombres d'études incluses : 5

*Sansom JE et Tanner Smith EE. 2015*

Le délai entre le moment de l'intervention et l'évaluation influence la taille de l'effet, plus le délai est long plus la taille de l'effet est petit, en effet à **un mois**  $\bar{g} = 0,29$  [0,17 à 0,42] à 6 mois  $\bar{g} = 0,23$  [0,10 à 0,36] à 12 mois  $\bar{g} = 0,15$  [-0,01, 0,31]. Donc l'effet s'estompe avec le temps.

*Carey KB et al. 2007*

Les auteurs ont catégorisé les résultats à différentes périodes de suivi pour les différentes mesures (quantité, fréquence, alcoolisation ponctuelle importante et concentration sanguine) que nous avons décrit précédemment.

*Huh D et al. 2015*

L'effet est comparable à court et à moyen terme.

*Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015*

Sur une période d'un an, il n'a pas été mis en évidence de décroissance de la taille de l'effet pour les deux groupes adolescents et jeunes adultes. Par contre, au-delà d'un an, l'effet de l'intervention s'atténue avec  $\bar{g} = 1.22 [0,17 \text{ à } 0,27]$  à une semaine puis  $\bar{g} = 0,08 [-0,11 \text{ à } 0,28]$  à 24 mois.

*Jensen et al 2011 :*

A moins de 6 mois  $d = 0.323 [0.040 \text{ à } 0.607]$  à plus de 6 mois  $d = 0.133 [0.023 \text{ à } 0.244]$ , ainsi l'effet s'estompe avec le temps.

**Donc**, il semble que l'effet de l'intervention s'estompe avec le temps à partir du sixième mois et principalement à partir d'un an.

Un résultat est contradictoire, celui-ci montre une efficacité plus large à long terme sur la fréquence de consommation d'alcool.

### **2.3.5 Efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation selon le niveau de consommation**

Nombres d'études incluses : 3

*Huh D et al. 2015*

Il n'y a pas d'influence du niveau de consommation sur l'effet de l'intervention.

*Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015*

Il n'y a pas d'influence du niveau de consommation sur l'effet de l'intervention.

*Foxcroft et al. 2016*

#### Efficacité sur la quantité

Pour les buveurs à haut risque  $dms = -0,12 [-0,17 \text{ à } -0,07]$  soit un résultat significatif. Pour les buveurs à bas risque  $dms = -0,06 [-0,20 \text{ à } 0,07]$ , soit un résultat non significatif.

#### Efficacité sur la fréquence

Pour les buveurs à haut risque  $dms = -0,15 [-0,23 \text{ à } -0,07]$ . Pour les buveurs à bas risque  $dms = -0,07 [-0,29 \text{ à } 0,15]$ . Soit encore une fois des résultats en faveur de l'entretien motivationnel chez les buveurs à haut risque uniquement.

#### Efficacité sur les alcoolisations ponctuelles importantes

Les deux résultats sont non significatifs ;

**Donc**, pour deux méta-analyses le niveau de consommation des jeunes semblent ne pas influencer l'effet de l'intervention alors que pour une méta-analyse, si le buveur est à haut risque l'intervention est efficace alors que s'il est à bas risque elle ne l'est plus.

## 2.4. Synthèses des résultats sur les effets de l'intervention brève sur la consommation de tabac et de cannabis

### 2.4.1 Le tabac

*Tait RJ et Hulse JK.2003*

**d = 0.037**,  $p = 0.67$ , ces résultats ne sont pas significativement différents de zéro, l'effet de l'intervention sur la consommation de tabac est extrêmement faible, voire marginale.

*Jensen et al .2011*

**d = 0.305 [0.133 à 0.497]**, ce qui montre une large efficacité de l'intervention sur la réduction de la consommation de tabac.

Nous ne pouvons donc pas conclure que les deux résultats sont en faveur de l'intervention brève motivationnelle.

### 2.4.2 Le cannabis

*Carney T et Myers B. 2012*

L'effet global  $\bar{g} = 0,22 [-0,09 \text{ à } 0,52]$  est non significatif. Le test d'hétérogénéité entre les études est acceptable ( $p = 0.07$   $I^2 = 62\%$ ).

De manière séparée, l'effet de l'intervention pour les interventions en une session n'est pas significatif avec un effet  $\bar{g} = 0,06 [0,00 \text{ à } 0,12]$  alors que en plusieurs sessions l'effet est très fort avec  $\bar{g} = 0,42 [0,12 \text{ à } 0,72]$ .

*Carney T et al. 2016*

L'intervention est efficace sur la réduction de la consommation abusive à moyen terme avec **dms = -0,34 [-0,65 à -0,02]** et à long terme de manière plus forte **dms = -0,62 [-0,95 à -0,29]**

A l'inverse, l'intervention est efficace sur la réduction de la fréquence de consommation du cannabis à court terme **dms = -0,83 [-1,14 à -0,53]** mais s'estompe avec le temps avec un effet plus faible à long terme **dms = -0,56 [-0,75 à -0,36]**.

Ces résultats sont donc contradictoires sur l'efficacité de l'intervention brève motivationnelle.

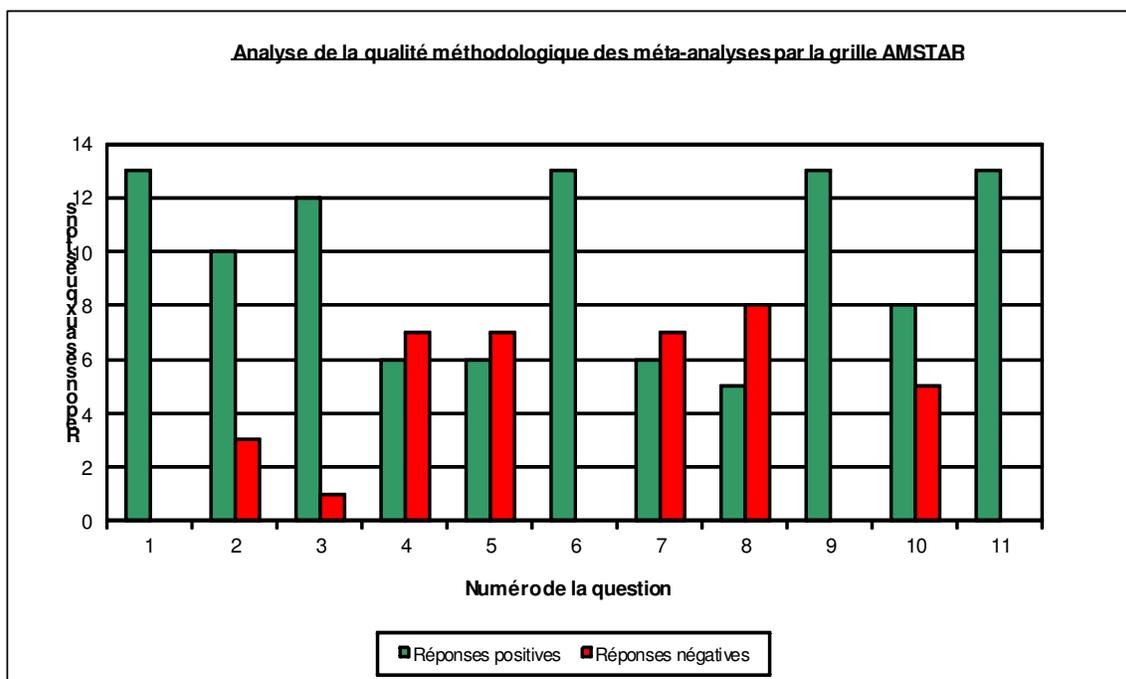
## 2.5. Synthèses des résultats sur la qualité méthodologique des méta-analyses.

### 2.5.1 Résumé des résultats

Vous pouvez trouver en annexe 6 le tableau qui synthétise les résultats de la grille AMSTAR

Au total, nous avons 8 études ayant un taux de réponses favorables compris entre 4 et 7 donc de qualité moyenne, et 5 études de bonne qualité. Nous n'avons pas de méta-analyses de mauvaise qualité. Nous avons un taux moyen de réponse favorable de 73 %.

En analysant de plus près les réponses aux questions, grâce au graphique (ci-dessous) représentant les résultats de la qualité méthodologique des méta-analyses incluses, nous pouvons constater que les questions qui posent problèmes sont celles concernant la recherche de la littérature grise (question 4), la fourniture des listes des études exclues (question 5), l'évaluation de la qualité méthodologique des études incluses (question 7) et sa prise en compte dans les résultats et l'évaluation d'un biais de publication (question 8).



### **2.5.2 Limites de chaque méta- analyses.**

*Sansom JE et Tanner Smith EE. 2015*

Score 8/11

Il n'existe pas de biais de publication clair, malgré que le *funnel plot* est « quasi-symétrique » et que le test de régression ne met pas en évidence de biais.

L'analyse des variables modératrices doit être interprétée précisément.

Toutes les études incluses ne sont pas des essais contrôles randomisés, et l'analyse de la qualité des études incluses n'a pas été décrite.

De plus, les participants inclus étaient des buveurs à risques dont la définition varie à travers les différents essais inclus et pose le problème de la généralisation des résultats.

*Tait RJ et Hulse JK.2003*

Score 6/11

Il n'y a pas de description de l'analyse des biais de publication, pas d'analyse de la qualité des études incluses, et la qualité de la recherche bibliographique est moyenne.

Les études sont basées uniquement aux Etats-Unis, les lieux sont divers.

Le nombre d'études inclus est petit, pour l'analyse sur la consommation du tabac il y a seulement deux études.

Les périodes de suivi des études sont très variables.

Il manque des tableaux et des graphiques, il n'y a pas de *forest plot*.

*Carney T et Myers B. 2012*

Score 8/11

La méta-analyse comprend un petit nombre d'études, les études ne sont pas toutes de bonne qualité.

La recherche de la littérature grise, ainsi que l'analyse des biais de publication n'est pas précisée.

Les groupes sont très hétérogènes, il y a beaucoup de sous-groupes : types de mesures de résultats, types de drogues, types d'interventions en groupe/individuelle et une ou plusieurs sessions.

De plus, les périodes de suivi sont très variables.

Un seul pays est concerné, les USA.

*Fachini et al.2012*

Score 7/11

La recherche des études non publiées n'a pas été entreprise. Les résultats sont hétérogènes mais il n'y a pas d'analyse statistique supplémentaire à la recherche des variables supposées modératrices seulement une discussion des possibles variables.

Il n'est pas précisé d'analyse des biais de publication.

Les études incluses ont été analysées pour leur qualité méthodologique, mais il n'y pas eu d'interprétation pour la conclusion (alors qu'elles étaient de bonne qualité)

De plus, les participants inclus étaient des buveurs à risques ce qui rend la généralisation des résultats difficiles.

Les périodes de suivi sont très variables (11 périodes différentes).

*Kolher S. et Hofmann.2015*

Score 8/11

La méta-analyse comprend un tout petit nombre d'études.

Les études ne sont pas toutes de bonne qualité.

La méthode est critiquable car les auteurs ont fait le choix de ne prendre en compte que les données brutes non ajustées. L'analyse statistique est critiquable.

L'analyse des biais de publication a mis en évidence un biais de publication pour un type de résultats : la fréquence.

Les périodes de suivi sont différentes.

Les auteurs ont réalisé une analyse de sensibilité en excluant une étude portant sur un pays, le Brésil, responsable de l'hétérogénéité des résultats.

La méta-analyse incluait des participants à risque selon des critères d'inclusions spécifiques mais mal décrit dans la revue.

*Carey KB et al. 2007*

Score 6/11

La recherche de la littérature grise, ainsi que l'analyse des biais de publication n'est pas précisée.

Toutes les études incluses ne sont pas des essais contrôlés randomisés et l'analyse de la qualité des études incluses n'a pas été décrite.

L'analyse comporte beaucoup de variables et donc beaucoup de sous-groupes avec quatre périodes de suivi différentes pour 7 types de mesures des résultats.

65% des participants sont des buveurs à risques ce qui rend la généralisation limitée.

L'hétérogénéité n'est pas un problème.

Les périodes de suivi sont très variables.

*Carney T et al. 2016*

Score 10/11

Les auteurs n'ont pas pu réaliser de *funnel plot* en raison du petit nombre d'études incluses. Les résultats sont globalement homogènes mais ils n'ont pas toujours pu être calculés. L'analyse comprend deux groupes principaux eux-mêmes divisés en deux types de drogues avec quatre types de mesures. Au total, on se retrouve avec une à trois études par sous-groupe. Il n'a pas été calculé d'effet global.

La méta-analyse comprend peu d'études.

*Jensen et al 2011*

Score 6/10

Les auteurs n'ont pas inclus uniquement des essais contrôlés randomisés, ils n'ont pas pratiqué d'analyse de la qualité méthodologique des études.

Les auteurs n'ont pas inclus d'études non publiées volontairement, ils n'ont pas réalisé de *funnel plot* mais ils ont calculé le *fail safe N*.

Les deux périodes de suivi décrites manquent de données.

Il manque des chiffres sur le calcul de l'hétérogénéité.

*Foxcroft et al.2016*

Score 11/11

La qualité des études incluses ne permet pas de fournir des preuves de haute qualité.

Il y a 8 variables étudiées sur deux périodes de suivi. Les participants sont des consommateurs à risque d'abus d'alcool sur 70 des 84 essais inclus.

La généralisation des résultats doit prendre en compte que les participants étant majoritairement à risque et que parmi tous les lieux inclus, les établissements scolaires étaient majoritaires.

*Foxcroft DR et al 2014*

Score 11/11

La qualité des études incluses ne permet pas de fournir des preuves de haute qualité.

La généralisation des résultats doit prendre en compte que les participants étaient majoritairement à risque et que parmi tous les lieux inclus, les établissements scolaires étaient majoritaires.

*Hennessy EA et Tanner Smith EE. 2015*

Score 9/11

Toutes les études incluses ne sont pas des essais contrôlés randomisés et l'analyse de la qualité des études incluses n'a pas été décrite.

Il existe un biais de publication.

La période de suivi est moyenne de 1 à 6 mois.

*Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015*

**Score 9/11**

Les auteurs n'ont pas fourni les schémas de l'analyse des biais de publication

Toutes les études incluses ne sont pas des essais contrôlés randomisés et l'analyse de la qualité des études incluses n'a pas été décrite.

*Huh D et al.2015*

**Score 5/11**

Une méta-analyse de données de participants de niveau individuel.

Les études incluses ne sont pas des essais contrôlés randomisés

# Partie IV- Discussion

## 1.Synthèse des résultats

Notre revue systématique de littérature a permis de mettre en évidence une faible efficacité de l'intervention brève dans la réduction de la consommation d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes que ce soit en terme de quantité, fréquence ou épisodes d'alcoolisations ponctuelles importantes .

Les caractéristiques de l'intervention les plus efficaces sont les entretiens de type motivationnel, comprenant plusieurs sessions de manière individuelle. La durée de l'intervention ne semble pas influencer l'ampleur de l'efficacité de l'intervention. Cette efficacité paraît s'atténuer à partir d'un délai de 4 à 6 mois. Néanmoins, ces résultats sont à interpréter avec précaution du fait du nombre conséquent de résultats hétérogènes.

Notre revue ne permet pas de conclure à l'efficacité de l'intervention brève chez les fumeurs de tabac et de cannabis, ceci dû au petit nombre de méta-analyses incluses et de leurs résultats contradictoires.

## 2. Critiques - Forces et faiblesses du présent travail

### 2.1 Stratégie de recherche documentaire

#### 2.1.1 Période concernée

La recherche documentaire a concerné les articles publiés de 1997 à 2017, ce qui est une période relativement longue. Notre intention était de couvrir la période à partir de laquelle l'intervention brève se diffusait. Mais, une période aussi longue expose à l'inconvénient de sélectionner des études effectuées dans des contextes différents, la définition de l'intervention brève étant exhaustive et les contextes sociaux de consommation ayant évolué, ce qui peut introduire une certaine hétérogénéité et nuire à la généralisation des résultats.

#### 2.1.2 Types d'articles inclus

Nous avons choisi d'analyser uniquement les méta-analyses parce qu'elles représentent un niveau de preuve de grade A selon la grille de l'HAS<sup>45</sup> ce qui nous assurent une plus grande fiabilité des résultats. L'omission volontaire des revues de littératures qualitatives peut être discutée. Nous nous sommes limités aux articles originaux écrits en langue anglaise ou française. Paradoxalement, nous pouvons nous interroger sur la fiabilité de l'indexation des articles dans les bases de données. Aussi, nous avons peut-être, en procédant de cette façon, omis certaines méta-analyses.

#### 2.1.3 Bases de données interrogées

La recherche documentaire effectuée à l'aide de l'outil informatique a utilisé comme source quatre bases de données. *Medline* est une base de données internationale, les publications qui y sont recensées sont très majoritairement écrites en langue anglaise, ce qui a pour conséquence une surreprésentation des travaux d'origine anglo-saxonne et notamment anglo-américaine. L'interrogation d'autres bases de données comme EMBASE aurait pu limiter ce biais mais, il n'a pas été utilisé en raison de son accès payant. De plus, cela peut

---

<sup>45</sup> ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations; 2000.

avoir nui à l'intégration de toutes les méta-analyses, et donc entraîner un biais de sélection. Pour limiter ce biais nous avons eu recours à d'autres bases de données comme la *Cochrane Library*, *Sciences direct* et *Psycinfo* afin d'avoir un nombre d'articles suffisant.

#### **2.1.4 Liste des mots-clés**

La liste des mots-clés utilisés pour l'interrogation des bases de données a été déterminée a priori. Puis, elle a été enrichie progressivement, à partir de l'analyse des premiers articles sélectionnés, au fur et à mesure des recherches.

## **2.2 Sélection et analyse des documents**

405 études ont été exclues, ce chiffre peut paraître important, mais il est en partie lié à l'interrogation de la base de données *Sciences direct* qui ne permet pas d'indexer les revues sur le type de l'articles. Ainsi, nous sommes retrouvés à trier des études qui n'étaient pas des méta-analyses ou des revues de littérature.

Nous avons volontairement choisi de ne pas inclure les études ayant analysées spécifiquement l'effet de l'utilisation des technologies dans la pratique de l'intervention brève sur la consommation. Cette décision peut être discutée, mais nous avons émis l'hypothèse que les meilleurs interventionnistes devaient être les humains pour pratiquer une intervention.

Au sein de cette revue systématique, l'inclusion des articles a été réalisée uniquement par un seul opérateur (l'auteur).

Enfin, l'interprétation des résultats des études a été limitée par la difficulté de la maîtrise de la langue anglaise de l'auteur.

Deux des 13 méta-analyses sont des études séparées mais dont la méthode et une partie de la base de données sont tirées d'une autre méta-analyse incluse. La sélection de ces méta-analyses proches dans leur méthodologie et dans leurs critères d'inclusions surestime peut-être l'effet constaté bien que le nombre d'essais inclus soit différent d'une méta-analyse à l'autre.

Deux autres méta-analyses se ressemblent dans leurs objectifs, critères d'inclusions et méthodologie. Elles ont été réalisé par deux groupes d'auteurs presque identiques à des temps différents. Leur intégration surestime probablement l'effet observé mais encore une fois les essais inclus dans ces méta-analyses sont différents en quantité.

## **2.3 L'analyse des résultats**

Un point non négligeable à discuter est le critère de jugement principal des méta-analyses c'est à dire la mesure de la consommation. Les tableaux des différents essais inclus dans les méta-analyses nous ont permis d'observer la diversité des différents types de mesures. Ainsi les auteurs des méta-analyses ont soit choisi de présenter un effet global sur la consommation, soit choisi d'analyser les résultats en sous-groupe suivant les types de mesures. A partir des données récoltées, nous avons nous même décidé de catégoriser les résultats selon plusieurs critères. Nous pouvons nous poser la question si cette catégorisation ne modifie pas l'amplitude des résultats.

Nous avons volontairement omis l'intégration des résultats de l'effet de l'intervention brève sur les comportements engendrés par la consommation d'alcool. En effet, ces chiffres ne faisaient pas partie de nos objectifs.

L'interprétation des résultats des tests de méta-régression a été limitée par le niveau de la maîtrise des statistiques de l'auteur.

L'évaluation de la qualité méthodologique des méta-analyses nous garantit des résultats probants. Néanmoins, même si la qualité méthodologique des méta-analyses incluses est satisfaisante celle-ci relève des problèmes importants. La non-prise en compte dans plus de la moitié des études de la qualité des études incluses et malgré des modèles statistiques adaptés, la pertinence de l'hétérogénéité entre les études pour certains résultats.

Ainsi le niveau de robustesse des principaux résultats remet en question la pertinence de notre revue.

Un test d'hétérogénéité significatif après un modèle à effet aléatoire remet-il toujours en question la pertinence de l'analyse, même si les auteurs ont pratiqué par la suite une analyse en sous-groupe ou méta-régression ou test de sensibilité ?

### **3. Interprétation des résultats**

#### **3.1 Définition de l'intervention brève**

Nous souhaitons pouvoir identifier et clarifier la définition de l'intervention brève et ses composantes afin d'apporter une information essentielle à sa diffusion. Parmi nos méta-analyses, quatre ne parlent pas d'intervention brève mais uniquement d'entretien motivationnel. Quatre méta-analyses ont inclus des interventions brèves associées à des critères des composants de l'entretien motivationnel. Les quatre méta-analyses restantes définissent l'intervention brève avec des critères de techniques d'entretien possibles différentes. Ces dernières ont mis en évidence que parmi ces techniques l'entretien motivationnel était la plus efficace ainsi que le « feedback ».

Ainsi pratique-t-on une intervention brève lorsque que l'on pratique un entretien motivationnel ? La définition adéquate ne serait-elle pas l'intervention brève motivationnel comme l'a décrit Huh D.

Certains auteurs parlent de thérapie d'entretien motivationnel, ces dernières comprennent l'entretien motivationnel et le feedback personnalisé.

#### **3.2 Durée de l'intervention brève**

Une des particularités dont-on peut discuter c'est la durée des interventions brèves. Nous avons des interventions brèves d'une durée de 5 minutes et d'autres d'une durée dépassant une heure. Notre revue a permis de mettre en évidence de manière univoque grâce à quatre méta-analyses que la durée d'intervention brève n'influence pas l'effet de l'intervention. Il est vrai qu'il s'agit d'un nombre restreint mais grâce à ces résultats, la définition de l'intervention brève peut être clarifiée en termes de durée et nous pouvons nous interroger sur la pertinence du qualificatif bref. Brève par rapport aux temps nécessaires pour d'autres types interventions, thérapies ? Y a-t-il un minimum requis ?

#### **3.3 A qui d'adresse l'intervention brève ?**

Un élément essentiel de notre revue qu'il est important de souligner sont les caractéristiques des participants. En effet, certaines méta-analyses ont inclus spécifiquement des usagers avec une consommation à risques d'alcool et d'autres avaient dans leurs échantillons une grande majorité de consommateurs à risques. Cette caractéristique pourrait remettre en cause la généralisation des résultats.

Trois des méta-analyses incluses ont voulu vérifier si le niveau de consommation influence l'effet de l'intervention. Malheureusement notre travail ne permet pas de donner une réponse formelle à cette interrogation.

Mais cela soulève d'autres éléments intéressants. Tout d'abord, nous pouvons nous interroger sur la définition que l'on doit retenir et sur celle qui a été utilisée dans les études pour juger qu'un consommateur était à risque. Certains auteurs se sont basés sur la consommation en nombre de verres par jour, d'autres en utilisant le questionnaire de dépistage AUDIT(cf annexe7), certains en utilisant des tests biologiques, voire parfois en se référant aux comportements à risque que pouvaient avoir les patients sous l'emprise de l'alcool, ou même sans définition précise hormis d'avoir eu des épisodes de consommation importante. Ainsi la pertinence du qualificatif à risques est remis en cause dans les caractéristiques des participants inclus.

Nous pouvons aussi nous questionner sur la manière dont nous devons chercher si un adolescent ou un jeune adulte est à risque. Quelles sont les outils dont nous disposons pour être conforme à cette définition ?

Deux questionnaires de repérage sont validés en France pour l'alcool, les questionnaires FACE (hétéro-questionnaire) ( Cf. annexes 8) et AUDIT (auto-questionnaire).

Il existe des outils spécifiques aux adolescents le DEP ADO(cf annexe 9) et l'ADOSPA, ce dernier étant préconisé par l'HAS mais sans aucune recommandation spécifique. Le groupe de travail de l'HAS « propose de rechercher l'existence d'une consommation occasionnelle ou régulière de tabac par des questions simples dès l'entrée au collège ». Le groupe de travail propose « le questionnaire ADOSPA en français (temps de passage : 5 minutes) en complément des questions précédentes ».

Le groupe d'experts de l'INSERM quant à lui préconise « l'utilisation des outils dont les qualités métrologiques et de repérage ont été évaluées pour les adolescents dans le contexte français, comme par exemple : DEP-ADO pour l'ensemble des substances ; CAST (Cannabis Abuse Screening Test) pour le cannabis ; Rocado pour l'alcool ; Fagerström ou HSI (ciblés sur la dépendance à la nicotine) pour le tabac. »

L'OMS a conçu un questionnaire unique « ASSIST », multi produits (9 substances psychoactives), de 8 questions, portant sur les consommations des 3 derniers mois<sup>46</sup>.

Au-delà, du repérage il est intéressant de s'interroger sur la manière dont doit être diffusée l'intervention brève. Faut-il agir sur une population sélectionnée ou ciblée ou généralisée l'intervention brève de manière universelle ?

### **3.4 La durabilité de l'intervention brève**

Il est vraisemblablement important de discuter de la durabilité de l'effet escompté de l'intervention brève. Les périodes de suivi et temps de mesure de l'efficacité de l'intervention brève étaient vraiment très disparates. Il apparaît que l'effet de l'intervention brève sur la consommation d'alcool décroît avec le temps pour devenir quasi nul entre 12 et 24 mois. Cette décroissance montre la non durabilité de l'effet de l'intervention brève et donc peut-être la nécessité de réitérer les interventions après un certain délai.

### **3.5 Les lieux de pratique de l'intervention brève**

Notre revue a été construite dans l'hypothèse que les lieux des interventions n'influençaient pas les résultats, nous n'avons ainsi pas posé de critères d'exclusion. Dans notre revue, les études des méta-analyses se déroulent majoritairement dans les établissements scolaires. Il existe peut-être une influence de ces derniers. Les établissements scolaires ne sont peut-être pas des lieux où les étudiants sont en confiance pour aborder ce sujet.

---

<sup>46</sup> [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_french.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf)

## 4. Comparaison à d'autres revues de littérature

Nous n'avons pas trouvé de revue de méta-analyses portant sur notre problématique.

## 5. Intérêt pour la médecine générale

Le médecin généraliste étant au cœur du système de soins, il rencontre régulièrement des adolescents et des jeunes adultes au cabinet médical. Si l'on considère que l'intervention brève doit être diffusée de manière universelle, son rôle est prépondérant. Il semble nécessaire que l'intervention brève motivationnelle lui soit accessible.

Grâce à ce travail, la pratique de l'intervention brève motivationnelle semble donc accessible au médecin généraliste. En effet, les consultations de médecine générale durant en moyenne 15 minutes, l'intervention brève peut donc y être pratiquée. Les médecins peuvent reprogrammer un rendez-vous de suivi, afin d'effectuer un nombre de sessions suffisantes. Les entretiens peuvent se dérouler en face à face de manière individuelle. La question qui se pose reste la présence des parents pour les mineurs. Leur présence est-elle un frein ou facilitatrice ? Si elle pose un problème, le mineur dispose d'un droit lui permettant, en accord avec le médecin, de ne pas révéler aux titulaires de l'autorité parentale certains traitements ou certaines interventions concernant sa santé.<sup>47</sup>

Le médecin généraliste pourra donc intervenir sur la prise en charge des consommations d'alcool quelles soient expérimentatrices, quotidiennes, ponctuelles importantes

Pour la prise en charge des fumeurs de tabac et de cannabis, malgré que notre revue ne nous permette pas de conclure, il semble tout de même intéressant « d'essayer » de pratiquer l'intervention brève compte tenu que certains résultats obtenus étaient forts .

L'enseignement aux futurs médecins généralistes des pratiques de l'intervention brève et de l'entretien motivationnel pourront être combinés avec des précisions sur les modalités et les formats efficaces.

## 6. Pistes pour des recherches ultérieures

Plusieurs sujets seraient intéressant à développer.

Premièrement, il serait intéressant de savoir qui étaient les interventionnistes, quelles étaient leurs compétences et leur niveau de formation pour pratiquer l'intervention brève : des professeurs, des médecins scolaires, des infirmières, des personnes extérieures à l'établissement ? La qualification de l'interventionniste doit probablement influencer l'intervention brève. En effet, qui peut pratiquer une intervention brève ? Quelle type de formation est nécessaire pour former les interventionnistes ?

Les médecins généralistes sont-ils prêts à se former ? Une thèse<sup>48</sup> a mis en évidence que la formation des médecins généralistes au repérage précoce et à l'intervention brève avait un impact favorable sur les opinions des professionnels médico-sociaux scolaires . Elle semble permettre :

- un repérage plus systématique,
- d'atténuer de nombreux obstacles pour aborder les consommations de SPA

---

<sup>47</sup> Articles 4 et 50 du code de déontologie des médecins et article L-1111-4 du code de la santé public.

<sup>48</sup> LE ROUZIC M., Formation des professionnels médico-sociaux scolaires de la Gironde au « RPIB jeunes » : Impact sur leurs perceptions et attitudes. Étude longitudinale prospective de type « avant/après ». Sous la direction de: Dr Philippe CASTERA,

- une amélioration du sentiment de savoir aider et le sentiment d'orienter le jeune en difficulté.

Deuxièmement, il serait intéressant de savoir si la durabilité de l'intervention brève peut être modifiée par le nombre de sessions

Par exemple, sur la base d'un protocole précis sur une période de suivi déterminée de 18 mois, en mesurant la taille de l'effet de l'intervention brève à 1-3-6 et 12 mois pour un groupe et pour un autre groupe le même schéma mais avec des sessions de rappel l'intervention brève entre chaque mesure de la taille de l'effet.

Troisièmement, pour la prise en charge des fumeurs de tabac et de cannabis, il semblerait nécessaire que certains chercheurs s'attachent à réaliser d'autres méta-analyses sur l'efficacité de l'intervention brève motivationnelle en intégrant les modalités retrouvées sur les caractéristiques de l'IBM et en spécifiant les caractéristiques des participants.

Quatrièmement, une forme de consommation n'a pas été prise en compte dans notre travail. La prise en charge du poly-consommateur. Celle-ci modifie-t-elle l'ampleur des résultats? Des travaux vérifiant l'efficacité de l'intervention brève sur cette catégorie de la population et mesurant l'influence de cette dernière dans les résultats permettraient d'étayer notre travail.

# Conclusion

Grâce à la réalisation d'une revue méthodique et systématique de la littérature, notre travail a permis d'établir un état des lieux de la faible efficacité de l'intervention brève de type motivationnel chez les adolescents et les jeunes adultes dans la réduction de la consommation d'alcool en quantité, fréquence et alcoolisations ponctuelles importantes.

Bien que les arguments scientifiques produisent un résultat qualifié de faible, ce résultat peut être considéré en faveur de l'intervention brève motivationnelle.

En effet, avec toutes les difficultés qu'il existe pour réaliser une méta-analyse sur un sujet qui comporte un nombre de variables très importantes et difficilement comparables, la faible efficacité trouvée est tout de même à prendre en compte.

Par ailleurs, c'est la première revue méthodique et systématique de méta-analyses effectuée sur le sujet.

A ce titre, elle doit pouvoir constituer une source importante de réflexion pour les praticiens et futurs praticiens sur leurs formations à cette pratique .

Elle pourrait en outre constituer un outil intéressant pour promouvoir le développement de la formation des futurs médecins généralistes.

Enfin, elle offre une base de travail pour de futurs travaux scientifiques sur la prise en charge des consommateurs de tabac et de cannabis et poly consommateurs.

# Bibliographie

1. GUERIN S., et al., Eur. J. Public Health, 2013
2. SPILKA S., LE NEZET O., NGANTCHA M., BECK F., « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 », *Tendances n°100*, OFDT, 2015, 8 p.
3. KARIRA L. ET AL, Consommation nocives de produits psychoactifs ; résultats préliminaires de l'étude ADOTECHNO, *Alcoologie et Addictologie*, vol 26, 2004
- 4.(et 6) *Conduites addictives chez les adolescents – Usages, prévention et accompagnement* éditions Inserm, collection Expertise collective, avril 2014, 500 p.
5. *Rapport d'élaboration de l'HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*, novembre 2014.
7. SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE, « Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance : usage à risque, usage nocif. Recommandations. », *Alcoologie et addictologie*. 2003, 25 p.
8. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, American Psychiatric Association, 5<sup>e</sup> édition, 2013.
9. *Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*, Rapport d'élaboration de l'HAS, novembre 2014.
10. SPILKA S., LE NÉZET O. et TOVAR M.L., « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, n°79, OFDT, 4 p.
11. LE NEZET O., GAUDUCHON T., SPILKA S., « Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014 », *Tendances n°102*, OFDT, 2015, 4 p.
12. SPILKA S., LE NÉZET O., BECK F., EHLINGER V. et GODEAU E., « Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège » ». Résultats du volet drogues, en France, de l'enquête Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) 2010 », *Tendances*, n°80, 2012, 6 p. 4
13. SPILKA S., EHLINGER V., LE NEZET O., PACORICONA D., NGANTCHA M., GODEAU E. ? « Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège » ». *Tendances n°106*, OFDT, 2015, 6 p.
14. EHLINGER V., SPILKA S., RICHARD J.-B. et GODEAU E., *La santé des collégiens en France / 2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) : Méthodologie générale*, INPES, Saint-Denis, 2016, 6 p.
15. SPILKA S. et LE NÉZET O., Premiers résultats du volet français de l'enquête European School survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) 2011, Saint-Denis, OFDT, 2012, 17 pages.

16. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf> consulté le 06/05/2017
17. SAN MARCO, J-L, « Eléments d'une politique de prévention des addictions », in : REYNAUD M. (Dir), *Traité d'addictologie*, Flammarion, Paris, 2006, p. 133-145.
18. TOUMBOUROU J.W., STOCKWELL T., NEIGHBORS C, et al. *Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use*, Lancet, 2007.
19. GUILLEMONT J.ET AL, « Interventions validées et prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes: synthèse de la littérature » santé publique, vol 25,2013.
20. *International Standards on Drug Use Prevention United nations office on drugs and crime*, Vienna ,United Nations, February 2015
21. WHITLOCK E. P., ORLEANS T., PENDER N., ALLAN J., « Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions : An Evidence-based Approach », *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 2002, p. 267-284.
22. PERNEY P., DEPINOY D., DUHAMEL O. « Interventions brèves : Modalités », *Alcoologie et Addictologie*, 25, 2003 ;: 51S-58S.
23. BIEN T.-H., MILLER W.-R., TONIGAN J.-S. Brief interventions for alcohol problems : a review. *Addiction*,vol 88, 1993 p. 315-336.
24. COUZIGOU P., VERGNIOL J., KOWO M., TERREBONNE E., FOUCHER J., CASTERA L., LAHARIE D., DE LEDINGHEN D., *Intervention brève en alcoologie*, La Presse médicale, vol 28 n°7-8, 2009 ;p 1126-1133
25. MICHAUD P, DEWOST A.-V., FOUILLAND P. « Boire moins c'est mieux ». *Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins ?*, La Presse médicale, tome 35,n°5, 2006 ;: 831-839.
26. *Rapport d'élaboration de l'HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*, novembre 2014
27. ANDERSON P., GUAL A., COLOM J., *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*, INPES, Paris, 2008, 141 p.
28. BABOR T.F., GRANT M., « A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care: summary of a WHO project », *Addiction* 89, 1994, p. 657-678
29. KAHAN M., WILSON L., BECKER L., « Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers : a review », *Canadian Medical Association Journal* 152, 1995, p. 851-859.
30. POIKOLAINEN, K., « Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis », *Preventive Medicine* 28, 1999, p. 503-509.

31. BALLESTEROS, J., DUFFY J. C., QUEREJETA I., ARINO J., GONZALES-PINTO A. (2004a) « Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care : systematic review and meta-analysis », *Alcoholism : Clinical & Experimental Research* ,vol28, p. 608-618.
32. WHITLOCK E. P., POLEN M. R., GREEN C. A., ORLEANS T., KLEIN J., « Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults : a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force », *Annals of Internal Medicine* ,vol140, 2004, p. 557-568.
33. BERTHOLET N., DAEPPEN J-B., WIETLISBACH V., FLEMING M., BURNAND B. « Brief alcohol intervention in primary care : systematic review and meta-analysis », *Archives of Internal Medicine*,vol 165, 2005, p. 986-995.
34. CUIJPERS P., RIPER H., LEMMENS L., « The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis », *Addiction*,vol 99, 2004, p. 839-845.
35. HUAS D., Bernard RUEFF B., Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ?*exercer*,90, 2010
36. KANER E.F., DICKINSON H.O., BEYER F.R. et al., « Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007. Ref. : CD004148.
37. HUAS D., PESSIONE F., BOUIX J.C., DEMEUAX J.L., ALLEMAND H., RUEFF B., « Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs à problèmes », *Revue Praticien Médecine Générale*, 16, 2002, p. 1443-48
38. BEICH A., THORSEN T, ROLLNICK S. *Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice : systematic review and meta-analysis*. *BMJ*,vol327, 2003.
39. A. MILLER W.R., ROLLNICK S., *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*, trad. par LECALLIER D., MICHAUD P., InterEditions, Paris, 2013, p. 12
40. NAAR-KING S., SUAREZ M., *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*, trad. par LECALLIER D., MICHAUD P., InterEditions,2011 Paris,
41. PHAN O, LASCAUX M., « L'entretien motivationnel chez l'adolescent présentant des conduites addictives », *Annales medio-psychologiques*, 2009.
42. PROCHASKA W., DI CLEMENTE CC., « Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change », *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19, 1982, p. 276-87
43. VINCENT ZAUGG ET AL., « Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des revues systématiques », *Santé Publique* 2014/5 ,vol. 26, p. 655-667.

44. LAROCHE Patrice, La méta-analyse Méthodes et applications en sciences sociales , de boeck, 2015.

45. ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations; 2000

46. [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_french.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf)

47. Articles 4 et 50 du code de déontologie des médecins et article L-1111-4 du code de la santé public.

48. LE ROUZIC M., Formation des professionnels médico-sociaux scolaires de la Gironde au « RPIB jeunes » : Impact sur leurs perceptions et attitudes. Étude longitudinale prospective de type « avant/après ». Sous la direction de: Dr Philippe CASTERA

### **Les méta-analyses :**

CAREY K.B., SCOTT-SHELDON L.A.J., CAREY M.P., AND. DEMARTIN K.S., «Individual-Level Interventions to Reduce College Student Drinking: A Meta-Analytic Review», *Addict Behav.* 2007 November.

CARNEY T, MYERS B., « Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2003.

CARNEY T, MYERS B.J., LOUW J, OKWUNDU C.I., «Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents». *Cochrane Database of Systematic Reviews 2016*. Ref: Issue 1. Art. : CD008969.

FACHINI A. ET AL, «Efficacy of brief alcohol screening intervention for college students (BASICS) : a meta-analysis of randomized controlled trials». *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* , 2012,.

FOXCROFT D.R., COOMBES L., WOOD S., ALLEN D., ALMEIDA SANTIMANO N.M.L., MOREIRA M.T., « Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults », *Cochrane database of systematic reviews*, 2016. Ref. : issue 7. art : CD007025

FOXCROFT D.R, COOMBES L, WOOD S, ALLEN D, ALMEIDA SANTIMANO N.M.L. «Motivational interviewing for alcohol misuse in young». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014. Ref: Issue 8 . Art : CD007025.

HENNESSY E.E. AND TANNER-SMIT E.E.,«Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs» *Prev Sci*, 2015 April.

HUH D. ET AL, «Brief motivational interventions for college student drinking may not be as powerful as we think: An individual participant-level data meta-analysis». *Alcohol Clin Exp Res*, vol 39, 2015 May.

JENSEN C. D., CUSHING C.C., AYLWARD B.S., CRAIG J.T., SORELL D.M., STEELE R.G., « Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change : A meta-analytic review », *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79, 2011, p. 433-440.

KOHLER S., AND HOFMANN A., «Can Motivational Interviewing in Emergency Care Reduce Alcohol Consumption in Young People? A Systematic Review and Meta-analysis »*Alcohol and Alcoholism*, vol. 50, No. 2, 2015, p 107–117.

SAMSON J. et TANNER SMITH E.E., « Single-session alcohol interventions for heavy drinking college students : a systematic review and meta-analysis» *J.Stud. Alchol Drugs*, vol 76, 2015.

TAIT R. J., HULSE G. K., « A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug », *Drug and Alcohol Review*, vol. 22, no. 3, 2003, p. 337-346.

TANNER SMITH E.E., LIPSEY M.W., « Brief alcohol intervention for Adolescents and Young adults : A systematic Review and Meta-analysis », *J. Subst Abuse Treat.* 51, avril 2015.

# Annexes

## Annexe 1

### Définition de l'abus selon la CIM-10

Abus : mode d'utilisation d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une manifestation parmi les quatre proposées 3, au cours d'une période de 12 mois. Les symptômes n'atteignent pas les critères de la dépendance

1 - Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)

4- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

## Annexe 2

### Définition de la dépendance d'après le DSM-IV

DSM-IV : Au moins trois des manifestations, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois

- 1) Tolérance, définie par l'un des symptômes : a. Besoin de quantités plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
- 2) Manifestations de sevrage : a ou b : a. Développement d'un syndrome spécifique dû à l'arrêt (ou à la réduction) de l'utilisation prolongée ou massive de la substance qui cause une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel (ou autre) b. Consommation pour diminuer les symptômes de sevrage
- 3) La substance est prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
- 4) Désir persistant, ou efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
- 5) Beaucoup de temps passé pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets
- 6) Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
- 7) Utilisation de la substance poursuivie malgré des problèmes psychologiques ou physiques persistants susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par la substance

## Annexe 3

### Enquêtes Escapad, Espad et HBSC

*Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad)*

Coordination et maîtrise d'œuvre : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Principal investigateur : Stanislas Spilka (OFDT)

Financement et collaboration : OFDT et Direction du service national (DSN, Ministère de la Défense)

Objectifs : Étudier les attitudes et comportements des adolescents à la fin de l'adolescence (âgés de 17-18 ans), relatifs à leurs consommations et modes d'usage de substances psychoactives, leur santé et leurs modes de vie. Suivre les évolutions de ces comportements.

Dates d'observation : 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011 (N=32 249 adolescents)

Méthode : Enquête quantitative avec questionnaire auto-administré anonyme durant la Journée Défense et Citoyenneté (JDC)

Méthode d'échantillonnage : Raisonné exhaustif sur une période donnée (mois de mars)

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation : Absence des jeunes âgés de 17 ans de nationalité étrangère résidant sur le territoire français (<5 %) et des jeunes ne participant pas à la Journée défense et citoyenneté (<10 %)

Champ géographique : France métropolitaine et selon les années les DOM-COM

Analyse géographique : Régionale et départementale

Dernière publication : Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011. OFDT, Tendances n° 79, Février 2012, 4 p.

### *Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*

Coordination et maîtrise d'œuvre : Université d'Edinburgh (CAHRU) pour le Réseau HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) et Service médical du Rectorat de l'Académie de Toulouse Principal investigateur : Emmanuelle Godeau (Service médical du Rectorat de Toulouse)

Financement et collaboration : Ministère de l'Éducation nationale (DGESCO, DEPP), Rectorat de l'Académie de Toulouse, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Association pour le développement de HBSC, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Objectifs : Étudier et comparer au niveau international les attitudes et comportements de santé des jeunes adolescents âgés de 11, 13 et 15 ans. Suivre les évolutions de ces comportements.

Dates d'observation : avril et mai 1994, 1998, 2002, 2006, 2010 (N=11 754 collégiens)

Méthode : Enquête quantitative en milieu scolaire avec questionnaire auto-administré anonyme

Méthode d'échantillonnage : Tirage aléatoire proportionnel à deux degrés (établissements et classes)

Biais de couverture de la source par rapport au champ d'observation : absentéisme (<8 %)

Champ géographique : France métropolitaine et pays participants (41 en 2010)

Analyse géographique : Nationale, internationale

Dernière publication : Godeau E, Navarro F, Arnaud C (DIR.). La santé des collégiens en France / 2010. Saint-Denis: Inpes, Collection Études santé, 2012

*L'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)*

Lors du dernier exercice, en 2011, l'OFDT, qui coordonne le volet français de l'enquête, a choisi d'élargir l'échantillon à l'ensemble des adolescents scolarisés dans le second cycle du second degré, soit de la seconde à la terminale

Elle a été réalisée par l'OFDT avec le soutien de la direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco), du secrétariat général à l'enseignement catholique et en partenariat avec l'unité 669 de l'Inserm.

L'échantillon des lycéens a été constitué, conjointement à celui des jeunes nés en 1995 (volet européen), par la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère de l'Éducation nationale selon un sondage aléatoire équilibré sur les critères suivants : type d'enseignement (général, professionnel...), localisation des établissements (dans une commune urbaine ou rurale), le secteur (public ou privé).

Deux classes par établissement (396 classes au total) ont été échantillonnées dont tous les élèves étaient interrogés.

Au total, entre avril et juin 2011, 7971 élèves scolarisés dans le second degré ont répondu à un questionnaire en classe en présence d'un enquêteur chargé de leur présenter l'enquête et d'encadrer la passation. La participation des classes a été de 95 % et compte tenu des absents le jour de l'enquête et des refus de participer (parents, élèves et classes), le taux de participation des élèves est finalement 85 %.

Après nettoyage des données, l'échantillon final comporte 7 918 élèves, dont 6 048 élèves (53,6 % de filles) sont des lycéens et constituent ainsi l'échantillon analysé ici. Les données ont été redressées pour pallier les non-réponses et assurer la représentativité selon les marges : sexe, âge, classe, secteur (privé/public) et filière (professionnelle et générale).

## **Annexe 4**

Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. ANAES Janvier 2000

Tableau 3 : grade des recommandations

Niveau 1 Preuve scientifique établie A

- Essais comparatifs randomisés de forte puissance
- Méta-analyses d'essais comparatifs randomisés
- Analyse de décision basée sur des études bien menées

Niveau 2 Présomption scientifique B

- Essais comparatifs randomisés de faible puissance
- Études comparatives non randomisées bien menées
- Études de cohorte

Niveau 3 Faible niveau de preuve scientifique C

- Études cas-témoin

Niveau 4 Faible niveau de preuve scientifique C

- Études comparatives comportant des biais importants
- Études rétrospectives
- Séries de cas
- Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)

## Annexe 5

Version française de la grille AMSTAR, adaptée du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO)

1. A-t-on fourni un protocole a priori du travail, un plan de recherche ? La question à l'étude et les critères d'inclusion doivent être établis avant l'exécution de la revue systématique.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

2. La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites en double ? Il doit y avoir au moins deux extracteurs de données indépendants et un mécanisme pour arriver à un consensus dans les cas de divergences.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

3. A-t-on effectué une recherche complète dans la littérature ? La recherche doit porter sur au moins deux sources électroniques. Le rapport doit inclure les années et les bases de données utilisées (ex. : Central, EMBASE et MEDLINE). Les auteurs doivent fournir les mots clés et/ou les termes utilisés pour la recherche et au mieux la stratégie de recherche.

Toutes les recherches doivent être complétées par une consultation de revues, de manuels, de registres spécialisés ou de spécialistes du domaine et par une revue des références contenues dans les études.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

4. Est-ce que la nature d'une publication (ex. : littérature grise) a servi de critère d'inclusion ? Les auteurs doivent déclarer avoir recherché des rapports d'études sans égard au type de publication, publié ? Ils doivent aussi dire s'ils ont exclu des rapports à cause de la nature de la publication, de sa langue, etc.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

5. Les auteurs ont-ils fourni la liste des études incluses et des études exclues ? Les auteurs doivent fournir la liste des études incluses et des études exclues.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

6. Les auteurs ont-ils fourni une description des caractéristiques des études incluses ? Présentées sous une forme condensée comme un tableau, les données de l'étude originale doivent inclure les participants, les interventions et les résultats. L'étude doit rendre compte des différentes caractéristiques de toutes les études analysées (ex. : âge, sexe, données socioéconomiques pertinentes, état de la maladie, durée, sévérité ou autres maladies).

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

7. La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été analysée et documentée ? Le choix des types d'études éligibles doit être précisé et justifié (par exemple les essais contrôlés randomisés, les essais en double insu, les essais comparatifs avec placebo, d'autres types d'études). La qualité de chaque étude a-t-elle été analysée ? (score de Jadad, risque de biais...).

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

8. La qualité des études incluses a-t-elle été prise en compte de façon appropriée dans la formulation des conclusions ? Les résultats concernant la qualité scientifique des

études incluses doivent être pris en compte dans l'analyse et les conclusions de la revue, et doivent être mentionnés explicitement dans la formulation des recommandations. Par exemple « les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de la faible qualité des études prises en compte ».

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

9. Les méthodes d'analyse des résultats étaient-elles appropriées ? Lorsqu'on regroupe des résultats, on doit d'abord vérifier si les études sont combinables en appliquant un test d'homogénéité (p. ex., le test I2). S'il existe de l'hétérogénéité, on devrait utiliser un modèle d'analyse des effets aléatoires et/ou considérer la pertinence de regrouper les résultats des études (est-il approprié de les regrouper ?). Les auteurs doivent expliquer la raison de leur mode de présentation des résultats.

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

10. A-t-on analysé la possibilité d'un biais de publication ? L'analyse d'un biais de publication doit comprendre une représentation graphique (p. ex., graphique en entonnoir) et/ou des analyses statistiques (p. ex. : le test de régression de Egger).

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

11. A-t-on déclaré les conflits d'intérêts ? Les sources potentielles de soutien doivent être clairement présentées, pour les auteurs de la revue systématique et pour chacune des études incluses dans la revue

Oui Non Impossible de répondre Sans objet

# Annexe 6

## Grille AMSTAR

Titres	Résultats de la grille AMSTAR par critères											TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	OUI	NON
	Une seule session d'intervention sur l'alcool pour les étudiants universitaires consommateurs abusifs d'alcool. Sansom JE et Tanner Smith EE. 2015	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	8
Une revue systématique de l'efficacité de l'intervention brève chez les adolescents utilisant des substances par type de drogues. Tait RJ et Hulse GK. 2003	OUI	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	6	5
L'efficacité de l'intervention précoce chez les adolescents utilisateurs de substances: conclusion d'une revue systématique et d'une méta-analyse. Carney T et Myers B. 2012	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	8	3
L'efficacité de l'intervention brève en milieu scolaire chez les adolescents: une méta-analyse sur le programmes de prévention de l'utilisation d'alcool. Hennessy EA et Tanner Smith EE. 2015	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	9	2
L'efficacité de l'intervention brève de repérage d'alcool chez les étudiants universitaires: une méta-analyse des essais contrôlés randomisés. Fachini A et al. 2012	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	7	4
L'entretien motivationnel en soins d'urgence peut-il réduire la consommation d'alcool chez les jeunes ? Une revue systématique et méta-analyse. Kolher S. et Hofmann. 2015	OUI	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	8	3
Les interventions brèves en milieu scolaire et les résultats comportementaux pour les adolescents utilisateurs de substance? CarneyT et al. 2016	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	10	1
Les interventions de niveau individuel pour réduire a consommation des étudiants universitaires: une revue méta-analytique. Caret KB et al. 2007	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	6	5
L'entretien motivationnel pour la prévention de l'abus d'alcool chez les jeunes adultes. Foxcroft DR et al. 2016	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	11	0
L'intervention brève motivationnel pour les étudiants universitaires buveurs semble ne pas être aussi puissante que nous pensons: une méta-analyse des données de participants de niveau individuel. Huh D et al. 2015.	OUI	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	5	6
Les interventions brèves sur l'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes : une revue systématique et méta-analyse. Tanner Smith EE et Lipsey MW. 2015	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	9	2
L'entretien motivationnel pour l'abus d'alcool chez les jeunes adultes. Foxcroft DR et al.2014	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	11	0
l'efficacité des interventions d'entretien motivationnel pour le changement de comportement des adolescents utilisateurs de substance. Jensen CD et al. 2011	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	6	5
TOTAL oui	13	10	12	6	6	13	6	5	13	8	13		
TOTAL Non	0	3	1	7	7	0	7	8	0	5	0		

## Annexe 7

### Questionnaire AUDIT (acronyme de Alcohol use disorders test)

Questions : Score :

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais 0

Une fois par mois ou moins 1

2 à 4 fois par mois 2

2 à 3 fois par semaine 3

Au moins 4 fois par semaine 4

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

3 ou 4 1

5 ou 6 2

7 ou 8 3

10 ou plus 4

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais 0  
Moins d'une fois par mois 1  
Une fois par mois 2  
Une fois par semaine 3  
Tous les jours ou presque 4

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais 0  
Moins d'une fois par mois 1  
Une fois par mois 2  
Une fois par semaine 3  
Tous les jours ou presque 4

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non 0  
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée 2  
Oui, au cours de l'année 4

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non 0  
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée 2  
Oui, au cours de l'année 4

**Résultat :**

Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool (Société française d'alcoologie, 2001).

## **Annexe 8**

### **Questionnaire FACE**

1-A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool?

- Jamais
- Une fois par mois
- 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 les jours ou vous buvez de l'alcool?

- 1 ou 2
- 2 ou 4
- 5 ou 6
- 7 à 9
- 10 ou plus

3-Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool?

- oui
- non

4-Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme?

- oui
- non

5-Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire?

- oui
- non

### **RESULTATS:**

Pour les hommes:

- score < 5: risque faible ou nul
- score de 5 à 8: consommation excessive probable
- score > 9: dépendance probable

Pour les femmes:

- score < 4: risque faible ou nul
- score de 4 à 8: consommation excessive probable
- score > 9: dépendance probable

# DEP-ADO



GRILLE DE DÉPISTAGE  
de consommation  
problématique d'alcool  
et de drogues  
chez les adolescents  
et les adolescentes

# DEP-ADO

## GRILLE DE DÉPISTAGE de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes

Date           - 73 -  
 Année Mois Jour

Nom ..... Prénom .....  
 (facultatif)

Âge   Sexe :  Garçon  Fille

**Quel est ton niveau scolaire ?**  
 Quatrième  
 Troisième  
 Seconde  
 Première  
 Terminale  
 Autre niveau : .....

**1** Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui, quelle a été la fréquence de ta consommation ? (noircir une seule réponse par produit)

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une ou deux fois par semaine	3 fois et + par semaine, mais pas tous les jours	Tous les jours
<b>Alcool</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Cannabis</b> (beuh, shit, herbe, haschich, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Cocaïne</b> (coke, freebase, crack, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Colle/solvants</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Hallucinogènes</b> (LSD, buvard, kétamine, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Héroïne/Subutex® Néo-Codion®</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Amphétamines, Speed</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Autres*</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans ordonnance : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, Ritaline®.

**2** a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ? (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

Oui → Passez à 2b  
 Non → Passez à 3

b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois) ..... de l'alcool ? |  |  ans  
 ..... une ou des drogues ? |  |  ans

**3** Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?  Oui  Non

**Réservé à l'usage de l'intervenant**

Facteur 1 = alcool et cannabis	Facteur 2 = autres drogues	Facteur 3 = conséquences
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>

Si, à la question 1, tu n'as consommé aucun des produits mentionnés,

→ PASSE À LA QUESTION 7

Réservé à l'usage  
de l'intervenant

4 As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues  
au cours des 30 derniers jours ?

Oui  Non

5 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris :

**Garçons**

a) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?  fois

b) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?  fois

**Filles**

5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?  fois



6 Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ?

Oui Non

a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé  
physique (ex. : problèmes digestifs, overdose, infection, irritation  
nasale, tu as été blessé(e), etc.).....

b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta  
consommation d'alcool ou de drogue (ex. : anxiété, dépression,  
problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.).....

c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations  
avec ta famille .....

d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une  
de tes amitiés ou à ta relation amoureuse .....

e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation  
d'alcool ou de drogue (ex. : absence, exclusion scolaire, baisse  
des notes, baisse de motivation, etc.) .....

f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup  
à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue.....

g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais  
consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police  
ne t'a pas arrêté(e) (ex. : vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme,  
vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.) .....

h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool  
ou de la drogue (ex. : relations sexuelles non protégées ou  
invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives  
sous intoxication, etc.) .....

i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou  
de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi .....

j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues  
à un intervenant .....

<input type="checkbox"/>

7 Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois ?

(noircir une seule réponse)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Pas consommé              | <input type="radio"/> La fin de semaine ou une à deux fois par semaine |
| <input type="radio"/> À l'occasion              | <input type="radio"/> 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours  |
| <input type="radio"/> Une fois par mois environ | <input type="radio"/> Tous les jours                                   |

SCORES BRUTS FACTORIELS

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

SCORE TOTAL

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Entourez le FEU correspondant

<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> R
----------------------------	----------------------------	----------------------------

# DEP-ADO GRILLE DE COTATION

## 1 Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui, quelle a été la fréquence de ta consommation ?

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une ou deux fois par semaine	3 fois et + par semaine, mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	0	1	2	3	4	5
Cannabis	0	1	2	3	4	5
Cocaïne	0	1	2	3	4	5
Colle/solvant	0	1	2	3	4	5
Hallucinogènes	0	1	2	3	4	5
Héroïne	0	1	2	3	4	5
Amphétamines/speed	0	1	2	3	4	5
Autres*	0	1	2	3	4	5

\* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans ordonnance : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, Ritaline®.

## 2 b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement ?

<b>Alcool</b>	< 12 ans	= 3	<b>Drogue(s)</b>	< 14 ans	= 3
	12 à 15 ans	= 2		14 à 15 ans	= 2
	16 ans ou +	= 1		16 ans ou plus	= 1

## 3 Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?

Oui = 8 Non = 0

## 4 As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours ?

Oui = 2 Non = 0

## 5 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 8 (garçons) 5 (filles) consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Aucune fois = 0 3 à 25 fois = 2  
1 à 2 fois = 1 26 fois et + = 3

## 6 Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ?

Oui = 2 Non = 0

### FAIRE LE TOTAL DES POINTS

13 et moins	● <b>Feu vert</b>	Aucun problème évident de consommation (pas d'intervention nécessaire)
Entre 14 et 19	● <b>Feu jaune</b>	Problème en émergence (intervention souhaitable)
20 et +	● <b>Feu rouge</b>	Problème évident (intervention spécialisée nécessaire)

# Résumé

Contexte : Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 49 000. Les jeunes sont seulement 8 % à n'avoir jamais expérimenté l'alcool, le tabac ou le cannabis. Parmi ces substances l'alcool est la plus expérimentée. Alors que l'intervention brève a prouvé son efficacité chez l'adulte, quant est-il chez l'adolescent et le jeune adulte ? L'objectif primaire de ce travail est d'évaluer l'efficacité globale de l'intervention brève de type motivationnelle sur la diminution de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis auprès de cette population. Le second objectif est de mettre en évidence s'il existe des modalités de l'intervention brève plus efficaces que d'autres et de clarifier la définition de l'intervention brève

Méthodes : Revue de la littérature basée sur les lignes directrices « Prisma », interrogeant les bases de données PubMed, Cochrane, Sciences Direct et PsycINFO et incluant des méta-analyses, rédigées en langue anglaise et française. Les données collectées ont été extraites, catégorisées et analysées selon 5 grandes variables elles mêmes divisées en plusieurs co-variables.

Résultats : A partir de 429 articles, 13 méta-analyses ont été analysés. Les résultats montrent que l'intervention brève est faiblement efficace pour réduire la consommation d'alcool en terme de quantité, fréquence et alcoolisation ponctuelle importante. L'intervention en entretien individuel, de type motivationnel comprenant plusieurs sessions est la plus efficace. La durée de l'intervention brève n'influence pas son efficacité. Notre travail ne permet pas de conclure sur l'efficacité de l'intervention brève sur la consommation de tabac et de cannabis.

Conclusion : L'efficacité de l'intervention brève chez l'adolescent et le jeunes adultes est démontrée, sa définition éclaircie avec des modalités précises à appliquer .

Mots clés : intervention brève motivationnelle, adolescents , jeunes adultes, alcool

# Serment



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

