

Le dépistage et les interventions brèves

Plusieurs activités à visée préventive peuvent être effectuées par les professionnels de la santé dans le cadre de consultations cliniques. Les services de « dépistage, interventions brèves et orientation »^b consistent à identifier les personnes qui ont une consommation à risque d’alcool (volet dépistage) et à leur offrir des interventions de courte durée (interventions brèves) dans le but de réduire la consommation d’alcool à des niveaux à plus faible risque. Les personnes chez qui le dépistage révèle la possibilité d’un trouble de l’usage de l’alcool sont dirigées vers des ressources spécialisées (volet orientation)²⁴. Les services sont généralement offerts lors de consultations médicales dans les services de première ligne, mais certains auteurs proposent qu’ils soient offerts dans d’autres milieux, tels que les pharmacies, les centres communautaires et les services à domicile²⁵.

LE DÉPISTAGE

Description

Le volet dépistage du « dépistage, interventions brèves et orientation » consiste en un ensemble validé de questions pour identifier les habitudes de consommation des patients. Il s’agit d’un service préventif, tel que le dépistage de la tension artérielle ou du cholestérol sanguin, qui peut être réalisé dans le cadre d’une visite d’un patient à un professionnel de la santé²⁶.

Études chez les personnes âgées

De nombreuses méta-analyses ont démontré l’efficacité du dépistage dans la population générale pour identifier les personnes qui ont une consommation d’alcool à risque, mais sans dépendance ou qui présentent une dépendance peu sévère à l’alcool²⁷⁻²⁹.

En ce qui regarde les personnes âgées, même lorsque la consommation est relativement modeste, elles peuvent subir des conséquences de la consommation d’alcool (feuille 2). Cela soulève l’importance d’une bonne évaluation clinique³⁰. Pour le présent feuillet, nous n’avons pas fait une revue de littérature sur chacun des outils de dépistage, mais rapportons les recensions des écrits sur le sujet. Ces dernières portent principalement sur la qualité des outils de dépistage utilisés, mais aucune ne porte sur les stratégies à mettre en place pour

que les cliniciens (ex. : médecins, infirmières, psychologues) intègrent davantage dans leur pratique le dépistage de la consommation à risque des personnes âgées. Elles ne portent pas non plus sur les stratégies d’auto-évaluation de la consommation que peuvent utiliser les personnes âgées.

Plusieurs outils de dépistage sont couramment utilisés. Ils sont brièvement présentés en indiquant, lorsque c’est possible, leurs principales forces et limites³⁰⁻³².

Le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) permet de repérer la consommation à risque. Rehm et collaborateurs soulèvent cependant qu’il dépiste plus difficilement les problèmes de consommation d’alcool chez les personnes les plus âgées³²⁻³³.

Le questionnaire CAGE comprend quatre questions : 1) Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées? 2) Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation? 3) Avez-vous déjà eu l’impression que vous buviez trop? 4) Avez-vous déjà eu besoin d’alcool dès le matin?³⁰ Une réponse positive à deux questions sur quatre est un critère prédictif d’un problème de consommation d’alcool. Ce questionnaire est facile à utiliser, mais il présente quelques limites. Il met l’emphase sur la dépendance et non sur la consommation d’alcool au-delà des limites de consommation à faible risque, ce qui le rend moins bien adapté au contexte de la prévention clinique. Il repose également sur une estimation de la consommation à vie et aurait donc avantage à être accompagné de questions sur la consommation courante. De plus, il n’a pas été adapté spécifiquement pour les personnes âgées.

L’AUDIT (« Alcohol Use Disorders Identification Test ») est un test bien connu et évalué. Il comprend dix questions et vise spécifiquement à identifier la consommation d’alcool à risque. Il n’a pas été adapté aux personnes âgées et les études de validité chez les personnes âgées rapportent des résultats contradictoires³⁰.

L’AUDIT-C est une version plus courte de l’AUDIT, comprenant trois questions au lieu de dix. L’AUDIT-C n’est pas développé pour les personnes âgées³⁰.

^b DIBO est une traduction de « screening, brief intervention and referral » (SBIR).

Le SMAST-G est une version courte du MAST-G, lui-même une version pour les personnes âgées du MAST (Michigan Alcoholism Screening Test). Le SMAST-G peut être autoadministré et complété par le médecin. Il est plus centré sur les problèmes causés par la consommation d’alcool (harmful drinking) que sur la dépendance. Ses principales limites sont, d’une part, de ne pas documenter la quantité et la fréquence de la consommation d’alcool et, d’autre part, de ne pas faire de distinction entre la consommation passée et la consommation actuelle³³.

Dans les différentes études répertoriées, les auteurs recommandent le plus souvent comme outil de dépistage à utiliser chez les personnes âgées l’AUDIT-C ou le SMAST-G. Par contre, selon Taylor et collaborateurs, aucun instrument de dépistage utilisé seul n’est adéquat et l’évaluation clinique demeure nécessaire³⁰.

Selon l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013-2014, neuf personnes âgées sur dix ont accès à un médecin de famille et la même proportion a consulté son médecin au cours des douze derniers mois, ce qui offrirait aux médecins une posture privilégiée pour explorer leurs habitudes de consommation d’alcool³⁴. Or, les données de l’Institut canadien d’information sur la santé de 2017 révèlent que seulement 22 % des Québécois âgés de 65 ans et plus ayant consulté leur médecin ou un autre membre de l’équipe médicale dans les deux dernières années avaient discuté de consommation d’alcool³⁵.

Tous les outils de dépistage répertoriés présentent certaines limites pour bien identifier des problèmes liés à la consommation d’alcool chez les personnes âgées.

LES INTERVENTIONS BRÈVES

Description

Les interventions brèves sont des conseils brefs ou du counseling que les médecins et les autres professionnels de la santé peuvent prodiguer aux personnes qui ont une consommation d’alcool à risque. Elles visent à les aider à diminuer leur consommation à des niveaux à plus faible risque. Les interventions brèves peuvent présenter aux personnes une rétroaction sur leur consommation d’alcool; les informer sur les risques associés à cette consommation et sur les avantages de la réduire; leur

apporter des conseils sur des façons de diminuer leur consommation; leur fournir des stratégies de motivation; les aider à identifier les contextes où elles risquent de boire plus et les encourager à se faire un plan personnel pour réduire leur consommation³⁶. Ces interventions sont offertes dans le cadre des consultations cliniques courantes ou à l’urgence et peuvent durer de cinq à vingt minutes. Dans certains cas, elles peuvent être données en plusieurs sessions (d’une à cinq). Ces interventions ciblent les buveurs d’alcool à risque, mais non dépendants, ces derniers devant plutôt viser l’abstinence et être référés à des ressources plus spécialisées. Les interventions brèves peuvent donc comporter plusieurs composantes (auto-évaluation, informations, rencontre avec un professionnel, entretien motivationnel, accompagnement vers les ressources, relance, etc.). Certaines études retenues permettent de préciser lesquelles des composantes semblent plus porteuses d’efficacité³⁶.

Études dans la population générale

Une méta-analyse Cochrane publiée en 2018, incluant 69 essais randomisés jugés de qualité, comprenant 33 642 participants et réalisés dans plusieurs pays, compare les interventions brèves auprès de la population adulte à des interventions minimales ou à l’absence d’intervention. Elle conclut que les interventions brèves sont efficaces pour réduire la consommation d’alcool chez les buveurs à risque et chez ceux qui ont une consommation abusive d’alcool, autant chez les hommes que chez les femmes³⁶. L’intervention brève réduit également la fréquence des épisodes de consommation abusive (binge drinking), le nombre de jours de consommation par semaine ou l’intensité de la consommation. Les interventions de counseling de plus longue durée n’apportent pas de bénéfices additionnels. D’autres méta-analyses concluent que les interventions brèves électroniques (Internet ou appareils mobiles) sont également efficaces pour réduire la consommation d’alcool chez les buveurs à risque³⁷⁻³⁸.

Études chez les personnes âgées

La méta-analyse Cochrane comprend quatre essais randomisés chez des personnes âgées, ce qui n’est pas suffisant pour permettre aux auteurs de se prononcer sur l’efficacité des interventions brèves dans ce groupe d’âge³⁶. Notre recension des écrits inclut ces mêmes essais randomisés et d’autres études non analysées dans la méta-analyse Cochrane. Les quatre essais du

