

## Rapport de recherche

### Evaluation descriptive du programme « Alcochoix+ » en Suisse romande

Recherche réalisée grâce au financement de l'Office Fédéral de la Santé Publique

10 mai 2013

#### Résumé :

« Alcochoix+ » est un programme structuré dont l'objectif est de donner des outils à des consommateurs excessifs d'alcool afin de baisser leur consommation. Après l'introduction du programme «Alcochoix+» en Suisse romande au printemps 2008, nous avons évalué le programme de façon multicentrique, par un questionnaire pour le participant et l'intervenant, rempli avant et après la fin du programme, soit à 6 semaines d'intervalle. L'évaluation a été répétée 6 et 12 mois après la fin du programme.

Le but était d'évaluer l'adhésion au programme, l'atteinte des objectifs fixés, les éventuels changements des habitudes de consommation et de la qualité de vie, et la satisfaction avec le programme.

Les résultats ont montré que le recrutement a été faible et que le programme Alcochoix + attire peu de consommateurs excessifs, mais surtout des hommes avec une probable dépendance modérée. Toutefois, après avoir participé au programme Alcochoix+, les participants qui ont terminé le programme ont en moyenne réduit leur consommation de plus que la moitié, de 34 à 15 unités d'alcool par semaine. Leur qualité de vie s'est améliorée. Ces changements persistent 12 mois après la fin du programme. La plupart des participants (70%) et tous les intervenants se disent satisfaits du programme.

En conclusion, « Alcochoix+ » semble être un programme d'intervention intéressant, bénéfique et apprécié pour des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool en Suisse romande. Toutefois, le programme est sous-utilisé et n'atteint pas le groupe visé de consommateurs excessifs. Nous conseillons une réflexion sur des moyens pour sensibiliser les consommateurs excessifs d'alcool et promouvoir le programme Alcochoix+, ainsi que leur mise en œuvre. En outre, nous recommandons aussi une véritable évaluation de l'efficacité du programme (étude randomisée contrôlée) pour des consommateurs excessifs ou avec une faible dépendance à l'alcool, comme actuellement le plus attirés par le programme.

Auteurs :

Dr. Thierry Favrod-Coune  
Hôpitaux Universitaires de Genève / Service de Médecine de Premier Recours  
4, rue Gabrielle-Perret-Gentil  
1211 Genève 4  
Tél. 022 372 95 37  
[thierry.favrod-coune@hcuge.ch](mailto:thierry.favrod-coune@hcuge.ch)

Gaspard Aebischer  
Hôpitaux Universitaires de Genève / Service de Médecine de Premier Recours  
4, rue Gabrielle-Perret-Gentil  
1211 Genève 4  
Tél. 022 372 95 37  
[aebiscg6@etu.unige.ch](mailto:aebiscg6@etu.unige.ch)

Fabienne Grondin-Giletti  
Hôpitaux Universitaires de Genève / Service de Médecine de Premier Recours  
4, rue Gabrielle-Perret-Gentil  
1211 Genève 4  
Tél. 022 372 95 37  
[fabienne.grondin-giletti@hcuge.ch](mailto:fabienne.grondin-giletti@hcuge.ch)

Isabelle Girod  
GREa (Groupement Romand d'Etudes des Addictions)  
Rue des Pêcheurs 8 / Case postale 638  
1401 Yverdon-les-Bains  
Tél. 024 426 34 34 - Fax 024 426 34 35  
[info@grea.ch](mailto:info@grea.ch)

Hélène Simoneau  
Centre Dollard-Cormier / RISQ (Recherche Substances Psychoactives Québec)  
Tél. +1 514 385 1232 poste 3203  
[helene.simoneau.cdc@ssss.gouv.qc.ca](mailto:helene.simoneau.cdc@ssss.gouv.qc.ca)

Dresse Barbara Broers, médecin adjoint  
Hôpitaux Universitaires de Genève / Service de Médecine de Premier Recours  
4, rue Gabrielle-Perret-Gentil  
1211 Genève 4  
Tél. 022 372 96 68  
[barbara.broers@unige.ch](mailto:barbara.broers@unige.ch)

Nous remercions chaleureusement tous les intervenants « Alcochoix + » de Suisse romande qui ont donné de leur temps pour ce travail, ainsi que la Dre Anne-Sophie Jannot Berthier pour sa précieuse collaboration concernant l'analyse statistique des données.

## Introduction

La surconsommation d'alcool est un enjeu majeur de santé publique. En Europe, il s'agit de la troisième cause modifiable de morbidité et mortalité, après la consommation de tabac et l'hypertension artérielle<sup>1</sup>. En Suisse la consommation d'alcool est parmi les causes les plus fréquentes d'affections et de décès qui pourraient être évités : 3500 personnes meurent chaque année des suites de leur consommation d'alcool<sup>2</sup>. Entre 250 000 et 300 000 personnes sont dépendantes à l'alcool et environ 1 million de conjoint(e)s, adolescents ou enfants souffrent de la dépendance de leur proche, que ce soit dans le milieu familial ou professionnel<sup>3</sup>. Quant aux coûts directs et indirects de l'alcool, ceux-ci s'élèvent à 6,7 milliards de francs par année (coûts de santé, dégâts matériels, frais de justice, perte de productivité, etc.)<sup>4</sup>.

Le seul objectif de traitement pour les problèmes liés à l'alcool a longtemps été l'abstinence, sous l'influence du modèle Minnesota et des Alcooliques Anonymes. Par la suite, une exception est survenue cependant pour les buveurs excessifs et non-dépendants, pour lesquels l'OMS a proposé une définition quantitative<sup>5</sup>. Selon les critères de l'OMS, il y a consommation chronique « à risque élevé » de développer à long terme une maladie liée à l'alcool pour un homme qui boit en moyenne plus de 60 grammes d'alcool pur par jour, le seuil étant de 40 grammes pour une femme. Le risque « moyen » se situe quant à lui à plus de 40 grammes pour les hommes et à plus de 20 grammes pour les femmes ; les deux catégories forment celle de la « consommation chronique excessive ». La « consommation ponctuelle excessive » est quant à elle définie comme 4 verres standards ou d'avantage pour une femme et 5 ou d'avantage pour un homme. Dans un rapport OFSP de 2011, basé sur l'enquête suisse sur la santé de 2007, la prévalence de consommateurs à risque s'élève au total à 16.2% de la population >15 ans, dont 5.2% de « consommation chronique excessive » et 11% de consommation ponctuelle excessive (2.9% 1x par semaine, et 8.1% 1x par mois). Dans une enquête précédente, entre 1997 et 2005<sup>6</sup>, la proportion de personnes faisant partie de la catégorie des consommateurs excessifs en Suisse était d'environ 19% de la population >15 ans (personnes ayant une consommation ponctuelle à risque soit 4 unités standard ou plus pour les femmes, 5 ou plus pour les hommes ; et/ou chronique à risque, soit plus de 2 unités standard pour les femmes, 4 pour les hommes dans cette enquête). D'autre part, en 2002, 18.7% des hommes et 4.1% des femmes consommaient entre 20 et 59 g. d'alcool par jour<sup>7</sup>, ce qui permet aussi d'apprécier la haute prévalence des buveurs à risque.

Il a été habituellement considéré que les buveurs excessifs pouvaient réduire leur consommation, même si beaucoup de résistance à ce but de traitement a pu être rencontrée, notamment aux Etats-Unis. Les premières observations montrant que des personnes avec problèmes d'alcool peuvent revenir à une consommation contrôlée datent des années 1960 en Angleterre (Davies<sup>8</sup>), en Australie ensuite (Lovibond et Caddy<sup>9</sup>), puis aux Etats-Unis dans les années 1970 (Linda et Marc Sobell<sup>10</sup>).

L'approche de « réduction de consommation » reste encore sujette à d'importantes polémiques, principalement par crainte que l'utilisation d'objectifs de consommation contrôlée amène des individus abstinents à reprendre la boisson ou encore que des personnes avec une dépendance à l'alcool cherchent à réduire sans succès leur consommation, plutôt qu'à y renoncer<sup>11</sup>. Bien que ces craintes ne puissent être simplement écartées, il est aussi considéré que les bienfaits de l'approche du « boire contrôlé » pourraient largement dépasser ses éventuels désavantages. Cela est exprimé par Linda et Marc Sobell dans ces termes<sup>11</sup> : *“(...) it is also important to recognize that we currently have no idea how many people might seek treatment or enter treatment earlier if alternative treatment goals such as low-risk drinking and harm reduction were promoted in treatment and supported in the community. In addition (...) it may also be the case that if it were known that low-risk outcomes were acceptable, individuals with more serious problems who currently do not seek treatment might feel encouraged to seek assistance”*. Il est d'ailleurs intéressant de constater que même parmi une population alcoolo-dépendante, l'objectif d'une consommation contrôlée ne semble pas forcément inutile, comme tend à le démontrer l'étude de Dawson et al., 2005.<sup>12</sup>

En Suisse, il est démontré que l'objectif de « boire contrôlé » fait partie de l'intérêt des gens ayant un problème d'alcool. Dans l'étude de Maffli, Kuntsche, et Delagrande en 2003<sup>13</sup>, 41% des gens avec des problèmes d'alcool déclarent viser à long terme une consommation modérée. Dans le monde des intervenants, l'objectif du « boire contrôlé » est aussi bien accepté, variant entre 67 et 91% selon les régions linguistiques et le type d'institution, ambulatoire versus résidentielle (Klingemann, Rosenberg, 2007<sup>14</sup>).

Pour le contrôle de la consommation, pendant longtemps aucun programme standardisé n'a existé. Parmi les premiers véritables programmes de consommation contrôlée, nous avons déjà cité le programme de Lovibond et Caddy<sup>9</sup> en Australie, dont les résultats sont encourageants montrant 60% d'amélioration à 2 ans.

En ce qui concerne le Canada francophone, c'est en 1994 que l'on trouve un premier programme de consommation contrôlée, le P.CRA (Programme de consommation réfléchie d'alcool), qui ne connut pas d'expansion notable<sup>15</sup>. Par la suite, le programme «C'est assez» (version française de *DrinkWise*, Sanchez-Craig, 1996<sup>16</sup>) est développé au Centre de toxicomanie et de santé mentale en Ontario, puis «L'Alcochoix» en Alberta (version française de *Drinking Decisions*, Robson et al., 1998<sup>17</sup>). Ce programme présente plusieurs caractéristiques intéressantes dont l'utilisation de l'approche cognitivo-comportementale (reconnue pour son efficacité auprès des personnes toxicomanes) et l'autonomisation du client (*empowerment*), mais il reste assez directif, notamment en fixant lui-même les objectifs du participant.

Le programme «L'Alcochoix» a été utilisé au Québec, mais les auteurs n'en ont permis aucune adaptation, notamment après la modification des recommandations OMS concernant la consommation à faible risque : les objectifs sont fixés par le programme, mais se situent au-dessus

des quantités des nouvelles recommandations. Cela semble donc mal adapté aux besoins du Québec, et un nouveau programme a été développé, en gardant les éléments contenus dans le premier. Six grands principes sous-tendent l'élaboration du nouveau programme: (1) il est axé sur une approche cognitivo-comportementale et motivationnelle, (2), il favorise l'*empowerment*, (3) il est établi en partenariat avec les professionnels impliqués, soit en les consultant, (4) il s'inscrit en continuité avec les interventions existantes, (5) il est intégré dans une stratégie d'intervention plus large en première ligne et ne vise donc plus uniquement les usagers recrutés par la publicité, et (6) il est intégré au réseau de soins et de services du Québec (Ostoj, Landry et Guyon, 2002). Son nom devient «**Alcochoix+** »<sup>18</sup>.

«**Alcochoix+**» s'adresse à une catégorie de personnes ayant une consommation excessive (également appelée consommation à risque), préoccupés par les conséquences sanitaires, professionnelles ou sociales de leur consommation. Il a pour objet de (re)donner confiance aux personnes participantes dans leur capacité à contrôler leur consommation d'alcool. Cette approche mise résolument sur les capacités et l'autonomie des personnes plutôt que de souligner leurs faiblesses; elle leur permet de consolider leur motivation et leur estime de soi, en étant responsable du choix de leurs objectifs et du processus pour y parvenir.

D'un point de vue de santé publique, il est essentiel d'insister sur le fait que le programme s'inscrit dans une perspective de prévention de la dépendance à l'alcool. La personne n'est donc pas mise dans la position d'un *malade* ou d'un *patient*, mais d'un participant qui souhaite améliorer la gestion de sa consommation d'alcool. Ce point devrait permettre une large diffusion du programme dans la population.

Après avoir été évaluée par un intervenant formé à « Alcochoix+ », la personne progresse seule à l'aide d'un manuel (formule individuelle), ou en choisissant de rencontrer le professionnel à quelques reprises si nécessaire (formule dirigée), ou en groupe. Le programme se construit en six étapes permettant de :

- prendre connaissance de sa consommation;
- identifier les situations à risque de consommation excessive;
- établir son objectif de consommation;
- découvrir des stratégies permettant de réduire ou d'éviter une consommation;
- pouvoir combler ses besoins et se faire plaisir autrement que par la consommation d'alcool;
- savoir maintenir dans le long terme ses nouvelles habitudes de consommation.

En 2007, le programme a été utilisé au CENEA de Neuchâtel, puis au printemps 2008, «Alcochoix+» a été adapté pour la Suisse romande par le GREA, avec le soutien du réseau

romand d'alcoologie. Il a été introduit en Suisse romande dans les lieux spécialisés dans le traitement des personnes dépendantes de l'alcool.

Depuis son introduction, la question du faible nombre de personnes en Suisse romande qui faisait appel au programme et de leur caractérisation se posait, tout comme celle de l'évolution des participants avant et après le programme.

L'objectif de cette étude était donc d'évaluer le programme de façon multicentrique, avec un suivi à six mois et à un an. Il s'agissait plus précisément d'évaluer l'adhésion au programme, l'atteinte des objectifs de consommation fixés, les éventuels changements des habitudes de consommation, de la qualité de vie, et la satisfaction avec le programme. Le postulat de cette étude était d'observer si l'adaptation romande d'«Alcochoix+» était associée à une diminution de la consommation d'alcool et une amélioration de la qualité de vie, et ce auprès de personnes consommateurs excessifs auparavant peu touchés par l'offre actuelle en alcoologie. Enfin, cette étude pourrait éventuellement permettre d'apporter de nouveaux arguments concernant la question de l'utilité de l'objectif de consommation contrôlée pour des personnes atteintes d'une dépendance à l'alcool.

## Méthode

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective, observationnelle. Le collectif est un groupe qui prend part au programme «Alcochoix+» après appel spontané ou proposition d'un thérapeute, dans un des 12 centres en Suisse romande qui offrent le programme. Une évaluation basée sur un questionnaire est effectuée avant le programme (annexe 1) et à 6 semaines (annexe 2) à la fin du programme, puis à 6 et 12 mois (annexe 3) après la fin de l'intervention. Les critères d'inclusion ont été toute personne de plus de 18 ans qui demande à effectuer le programme « Alcochoix+ », ou à qui le programme est proposé. Les critères d'exclusion étaient la grossesse, une maladie physique contre-indiquant strictement la consommation d'alcool (cirrhose hépatique connue, encéphalopathie hépatique, pancréatite chronique demandant un traitement médicamenteux, hémorragie digestive dans les 3 mois précédents, démence sur alcool connue), prise concomitante de médicament à effet antabuse (disulfiram, métronidazole ou autre).

Les questionnaires ont été remplis par les intervenants eux-mêmes avant et après le programme. Les questionnaires ultérieurs (6 mois, 12 mois) ont été remplis par un assistant de recherche qui a contacté les participants par téléphone. Les participants ont été dédommagés d'une somme de 30.- FS pour les questionnaires à 6 et 12 mois. En cas de refus de cette somme, elle a été versée à la FEGPA (Fédération Genevoise de Prévention de l'Alcoolisme), suite à la demande de plusieurs personnes recontactées.

Chaque participant a reçu une information écrite sur l'étude, et a signé un accord de participation. L'étude a fait l'objet d'une autorisation (Protocole 09-305) du Comité d'éthique des Hôpitaux Universitaires de Genève. Cette autorisation a été avalisée par les comités d'éthique des autres cantons romands.

La variable « nombre d'unités d'alcool » est basé sur l'auto-déclaration des participants.

Les questionnaires utilisés pour évaluer le type de consommation ou la gravité de la dépendance étaient l'Alcool Use Disorder Identification Test (AUDIT) développé en 1993 par l'OMS<sup>19</sup> et le Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)<sup>20</sup>, traduction française du Short Alcohol Dependence Data Questionnaire" (SADD) utilisé au Québec.

Le questionnaire de qualité de vie utilisé correspond au questionnaire inclus dans le programme « Alcochoix+ », qui a tiré ses questions du questionnaire SF-36 et SIP-2L, en les sélectionnant d'après leur pertinence (facteurs de la qualité de vie influençables par l'alcool<sup>21</sup>). Ce questionnaire non standardisé ne vise donc pas à une évaluation absolue de la qualité de vie, mais à son éventuelle variation durant l'étude.

Les caractéristiques des personnes incluses dans le programme « Alcochoix+ » ont été décrites par des fréquences pour les variables catégorielles; par la médiane (50% des participants au dessous et au dessus de la valeur) et l'intervalle interquartile pour les variables continues (intervalle comprenant les 50% des participants, 25% se trouvant au dessous et 25% au dessus de l'intervalle).

Pour chaque échéance de suivi (fin du programme soit 6 semaines, 6 mois et 12 mois), les caractéristiques des personnes suivies et non suivies (genre, scolarité, programme proposé/demandé, score AUDIT et consommation par semaine) ont été comparées à l'aide d'un test du chi-deux pour les variables catégorielles et un test de Student pour les variables continues.

La consommation, les scores AUDIT et QDBA et les items concernant la qualité de vie à l'inclusion et au suivi ont été comparées en estimant la moyenne de la différence entre l'inclusion et le suivi et en testant l'hypothèse d'une différence nulle à l'aide d'un test de Wilcoxon. L'évolution de ces différentes variables (consommation, AUDIT, QDBA et qualité de vie) a aussi été estimée suivant l'hypothèse du biais maximum, c'est-à-dire en supposant que ces variables étaient constantes tout au long du suivi pour les personnes pour lesquelles l'information sur le suivi était manquante (analyse « intention to treat »).

L'association entre l'évolution du score AUDIT et de la consommation d'une part et les caractéristiques de base d'autre part a été testée en utilisant un modèle linéaire avec la différence de consommation ou de score AUDIT comme variable dépendante et les différentes caractéristiques initiales de l'individu (genre, nombre d'année de scolarité, programme demandé/proposé, nombre de consommation et niveau d'audit) comme variable indépendante.

L'erreur de type 1 a été fixée à 0.05 (limite de signification statistique).

## Résultats selon les questions de recherche

Les données brutes sont disponibles en tant qu'annexe 4.

### **- quel a été le nombre de participants par mois?**

La période d'inclusion de l'étude a porté sur 17 mois, soit de mai 2010 à fin septembre 2011 dans 12 centres en Suisse romande ; sur ces 12 centres, seuls 4 ont inclus des participants (Hôpitaux Universitaires de Genève, Centre Envol de la Fondation Phénix à Genève, Addiction Valais et Le Torry à Fribourg). Durant cette période et dans ces 4 centres, 60 participants ont été inclus, soit 3.75 par mois et 0.61 par mois et par centre. 20 personnes ont été recrutées aux Hôpitaux Universitaires de Genève, 21 à Addiction Valais, 17 à la Fondation Phénix à Genève et 2 au Torry à Fribourg. Les autres centres prévus pour participer à l'étude, soit 8 centres dans les cantons de Vaud, Jura, Neuchâtel et Berne n'ont fourni aucun participant à l'étude.

### **- quel était leur profil socio-démographique et addictif ?**

Les résultats concernant le profil des participants à l'inclusion figurent dans le tableau 2.

Tableau 2

(les chiffres précédés d'un intervalle sont des médianes, l'intervalle est l'intervalle interquartile)

<b>Variable</b>		
Sexe	Homme	72% (43)
	Femme	28% (17)
Age		48 [37 ; 55]
Etat civil	Celib	32% (19)
	Marié	42% (25)
	Divorcé	17% (10)
	Séparé	8% (5)
	Veuf/ve	2% (1)
Scolarité	7 à 9	10% (6)
	10 à 13	48% (28)
	14 et plus	41% (24)
Programme	Demandé	75% (45)
	Proposé	25% (15)
Connu par	Journaux	0% (0)
	Radio, TV, Internet	11% (6)
	Affiche, dépliant	15% (8)
	Parent, ami	7% (4)
	Médecin	41% (22)
	Autre	26% (14)
Consommation dernière semaine	Jours	6 [4 ; 7]
	Consommation	6 [4 ; 7]
	Nombre de consommations	30 [15 ;42]
	Nombre >6unités	2 [1 ;4]
Consommation habituelle	Jours	7 [4.5 ; 7]



	Consommation	6 [4 ;8]
	Nombre de consommations	35 [20 ; 46.5]
	Nombre >6unités année	50 [11 ;150]
QDBA		10.5 [8 ; 14.75]
AUDIT		20.5 [16.25 ; 24.75]
Tabac	Tabac	55% (31)
	Jours par semaine	7 [7 ; 7]
	Cigarette par jour	20 [16.25 ; 30]
	Depuis (années)	20 [13 ; 29.5]
Médicaments sédatifs	Non	68% (40)
	Moins de 3 fois par semaine	10% (6)
	3 fois ou plus par semaine	22% (13)
Cannabis	Non	46 (77%)
	Moins de 3 fois par semaine	9 (15%)
	3 fois ou plus par semaine	5 (8%)
Cocaine	Non	93% (56)
	Moins de 3 fois par semaine	7% (4)
Héroïne	Non	100% (60)
Admission au programme		98% (59/60)
Formule choisie	Individuelle	10% (6)
	Dirigée	83% (49)
	Groupe (non obtenu)	7% (4)

Parmi les 60 participants inclus, l'âge médian était de 48 ans (Interquartile Range IQR 37 ;55), 72% étaient des hommes et 28% des femmes. 42% des participants étaient mariés, 32% célibataires, 25% divorcés ou séparés et 2% (1 participant) veufs. La scolarité des participants était du niveau de l'école obligatoire (7 à 9 ans) pour 10% d'entre eux, du niveau de la maturité (10 à 13 ans) pour 48% et de hautes études (14 ans et plus) pour 41%. Au moment de l'inclusion, leur consommation s'élevait à une fréquence de 7 (IQR 4.5 ;7) jours par semaines et 6 consommations standards par jour (IRQ 4 ;8). La (médiane de) consommation déclarée par semaine était de 35 (IQR 20 ; 46.5) consommations standards par semaine. Le nombre médian d'épisodes de forte consommation (plus de 5 unités en une occasion) est à 50 par année (IRQ 11 ; 150). Par contre, la moyenne des épisodes de forte consommation s'élevait à 110.1 [Déviation Standard 128.9].

La majorité du collectif (55%) était consommatrice de **tabac** à l'inclusion, à raison d'une médiane de 20 cigarettes par jour (IRQ 16.3 ; 30) pour une durée de 20 ans (IRQ 13 ; 29.5).

La **consommation concomitante de médicaments** sédatifs (benzodiazépines) a concerné 32% des participants, à raison de 3 fois ou plus par semaine pour 32% et moins de 3 fois par semaine pour 10%.

Une consommation de **cannabis** a été déclarée par 23% des personnes, moins de 3 fois par semaine pour 15%, et 3 fois par semaine ou plus pour 8% du collectif. Une utilisation de cocaïne a été présente pour 7% des participants, tous moins de 3 fois par semaine. Aucun participant ne consommait d'héroïne.

### - les participants sont des consommateurs excessifs ?

La médiane du score AUDIT à l'inclusion était à 20.5 (IQR 16.25 ; 24.75). La grande majorité (91%) du collectif était donc dépistée comme étant dans la catégorie « probable dépendance à l'alcool » (score AUDIT > 13) et non dans la catégorie « consommation excessive ». Seul 4 participants (9%) avaient un score AUDIT inférieur à 13 et étaient donc dépistés comme probables consommateurs excessifs par le questionnaire AUDIT.

La médiane du score QBDA (Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool) s'est élevé à 10.5 (IRQ 8 ;14.75).

### - autres résultats descriptifs à l'inclusion

Les résultats concernant la **qualité de vie** des participants à l'inclusion figurent dans le tableau 3.

Environ 50% des participants (entre 38 et 68% selon les items) estiment avoir une bonne qualité de vie, ayant répondu être « plutôt satisfait » ou « très satisfaits » pour chaque item, les autres ayant déclaré être « très insatisfait », « plutôt insatisfait » ou « ni satisfait(e) ni insatisfait(e) ». Il n'est pas possible scientifiquement de réaliser un score global de la qualité de vie par addition des items, car ce score, présent dans le programme « Alcochoix+ » n'est pas validé, et il n'a pas été possible de montrer que ces items représentent une même variable latente. De plus une analyse de corrélations montre que certains items ont une corrélation nulle, ce qui n'est pas possible dans le cas d'une seule variable sous-jacente (la qualité de vie).

Tableau 3

	Très insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Très satisfait(e)
Ma santé en général	5% (3)	7% (4)	27% (15)	52% (29)	9% (5)
Ma forme physique	4% (2)	14% (8)	34% (19)	39% (22)	9% (5)
Mon sommeil	13% (7)	32% (18)	18% (10)	20% (11)	18% (10)
Mon niveau d'énergie	5% (3)	23% (13)	29% (16)	27% (15)	16% (9)
Mes activités sociales	5% (3)	20% (11)	21% (12)	39% (22)	14% (8)
Mes relations familiales	2% (1)	16% (9)	14% (8)	50% (28)	18% (10)
Ma relation de couple	5% (3)	13% (7)	40% (22)	33% (18)	9% (5)
Mon travail ou mes études	15% (8)	11% (6)	24% (13)	36% (20)	15% (8)
Mes finances	25% (14)	18% (10)	18% (10)	30% (17)	9% (5)
Mon bien-être psychologique	5% (3)	39% (22)	18% (10)	34% (19)	4% (2)

Mon apparence physique	2% (1)	11% (6)	36% (20)	41% (23)	11% (6)
Mon estime de moi	4% (2)	30% (17)	21% (12)	39% (22)	5% (3)
Mes relations sexuelles	16% (9)	13% (7)	29% (16)	32% (18)	11% (6)
Le plaisir que j'ai dans la vie en général	2% (1)	21% (12)	18% (10)	50% (28)	9% (5)

**Le temps écoulé entre la prise de connaissance du programme et l'appel au centre** a été nul pour 58% de participants, entre 1 jour et 1 mois pour 25% d'entre eux, et de plus d'un mois pour le 18% du collectif. Entre l'appel et le premier entretien, l'attente a été nulle pour 45% des participants, entre 1 jour et 1 mois pour 51% des personnes, et plus d'un mois pour 4%.

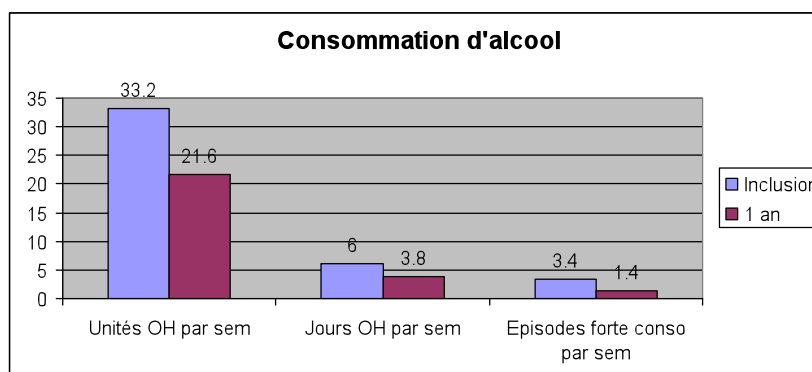
Concernant l'**admission au programme**, en Suisse romande, tous sauf un participant ont été admis au programme.

**- une réduction de la consommation (en nombre de consommations standards par semaine et par jour, épisodes de forte consommation (> 5 unités/occasion)) a-t-elle été observée après le programme Alcochoix+ ?**

Oui. En considérant uniquement les participants qui ont suivi le programme du début à la fin soit 38 participants, la fréquence de consommation durant la semaine après le programme a diminué de 5.19 jours par semaine à 2.97 jours par semaine ( $P<0.001$ ), le nombre de consommation par jour (médiane) de 6.38 à 2.76 unités par jour ( $P=0.002$ ) et par semaine de 34.3 à 14.6 consommations standards par semaine ( $P<0.001$ ). Le nombre d'épisodes de forte consommation est passé de 4 à 0.67 par semaine ( $P=0.03$ ).

En faisant l'analyse en « intention to treat » soit en tenant compte du biais maximal (en incluant les 26 participants sortis de l'étude en cours de route et en leur attribuant une consommation qui n'a pas baissé), la baisse de la consommation reste significative avec une fréquence de consommation durant la semaine après le programme qui a diminué de 6.0 jours par semaine à 3.8 jours par semaine ( $P<0.001$ ), le nombre de consommation par jour de 6.38 à 2.76 unités par jour ( $P=0.002$ ) et par semaine de 33.2 à 21.6 consommations standards ( $P=0.001$ ). Le nombre d'épisode de forte consommation est quand à lui passé de 3.4 par semaine à 1.4 par semaine ( $P=0.03$ ). Cf. figure 1.

Figure 1



Tout de suite après le programme, aucune différence n'a été constatée entre les personnes qui ont terminé ou abandonné le programme en cours de route et celles qui l'ont terminé, que ce soit au niveau du genre, de la scolarité, du fait d'avoir demandé ou pas le programme, de la quantité d'alcool consommé ou du score Audit (avant le programme). Une régression linéaire a été appliquée avec comme variable dépendante la réduction de consommation et comme variables indépendantes les différentes caractéristiques des participants ; aucune corrélation n'atteint une signification statistique. On notera que le fait d'avoir demandé le programme (plutôt que de se l'être vu proposé) a montré une discrète tendance vers la signification avec un  $P=0.18$ . Ce chiffre s'accroît encore à 12 mois, avec un  $P=0.11$ , mais n'atteint toujours pas la signification.

À 1 an, la consommation habituelle des 34 participants qui ont terminé le programme est passée d'une médiane de 5.7 à 4.1 jours par semaine ( $P=0.001$ ), le nombre de consommations par jour de 7.4 à 4.6 unités par jour ( $P=0.01$ ) et le nombre de consommations par semaine d'une médiane de 45 à 20.3 ( $P<0.001$ ). Le nombre d'épisodes de forte consommation par année est pour sa part passé de 128.7 avant le programme à 61.9 un an après le programme. En appliquant l'hypothèse du biais maximal, la consommation habituelle est passée de 5.7 à 4.1 jours par semaine ( $P=0.001$ ), le nombre de consommations par jour de 7.4 à 4.6 unités par jour ( $P=0.01$ ) et le nombre de consommations par semaine de 45 à 20.3 ( $P<0.001$ ). Le nombre d'épisodes de forte consommation par année est pour sa part passé de 128.7 avant le programme à 61.9 un an après le programme.

Les résultats intermédiaires, obtenus entre 3 à 6 mois, ne sont pas présentés, car pas différents et se basant sur une quantité inférieure de données.

**- quel est le pourcentage de personnes qui diminuent leur consommation conformément à leur objectif ? diminuent mais moins que leur objectif ? stabilisent leur consommation ? augmentent leur consommation ?**

Directement après le programme, 18 participants sur 34 résultats disponibles (53%) avaient atteint leur objectif en terme de nombre de jours de consommation par semaine, 6 (17.6%) avaient fait mieux que leur objectif et 10 (29.4%) ne l'avaient pas atteint. Concernant le nombre de consommations par jour typique, les résultats sont respectivement 15 (44%), 9 (26.4%) et 10 (29.4%).

12 mois après la fin du programme, 20 (54%) participants sur 37 résultats disponibles ont atteint leur objectif en terme de nombre de jours de consommation par semaine, 2 (0.5%) avaient fait mieux que leur objectif et 15 (40.5%) ne l'avaient pas atteint. Concernant le nombre de consommations par jour typique, les résultats sont respectivement 17 (46%), 3 (0.8%) et 18 (48.6%).

Nous n'avons pas eu de données concernant l'objectif de consommation pour des occasions particulières (fêtes). Aucun participant dans les 34 qui ont terminé le programme n'ont stabilisé ou

augmenté leur consommation, tous l'ont réduite, selon leur déclaration. De la même façon, aucun participant n'a renoncé à l'objectif du contrôle de consommation pour un objectif d'abstinence.

**- le pourcentage de personnes consommatrices à faible risque augmente-il ? celui de consommateurs excessifs diminue-il ?**

Aucun participant n'a eu un test AUDIT inférieur à 6 pour les femmes et 7 pour les hommes ; ainsi, aucun participant n'avait une consommation d'alcool à faible risque, ni avant le programme, ni durant le suivi. Le nombre de participant faisant partie des consommateurs excessifs (Audit < 13) est passé de 9% avant le programme à 16%, alors que les consommateurs modérés sont passés de 0 à 16% (en appliquant l'hypothèse du biais maximal).

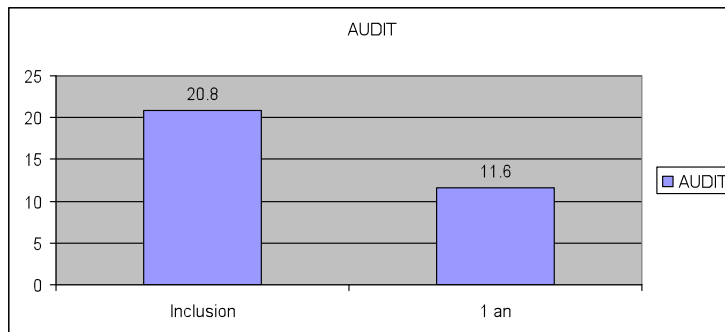
**- quelle est l'évolution respective des patients dans la formule individuelle, dirigée ou groupale ?**

Le peu de personnes incluses dans la forme individuelle (6) et l'absence de disposition de formule groupale en Suisse (malgré le souhait de 4 participants) n'a pas permis de répondre à cette question.

**- le programme aide-t-il aussi les personnes plus gravement atteintes (dépendantes) soit dans la réduction de leur consommation, ou dans le changement de leur objectif vers l'abstinence ? Sont-elles adressées ailleurs ?**

Oui. 12 mois après la fin du programme le score Audit médian est passé de 20.8 à 11.6 ( $P < 0.001$ ) pour les participants qui ont fini le programme (figure 2). En appliquant l'hypothèse du biais maximal, les chiffres sont 20.2 avant le programme et 14.4 1 an après, la valeur de P étant inchangée. Ainsi, plus 50% du collectif est passé d'un score Audit parlant en faveur d'une dépendance à un score indiquant une consommation excessive. Aucune donnée n'a été récoltée concernant une autre orientation après le programme.

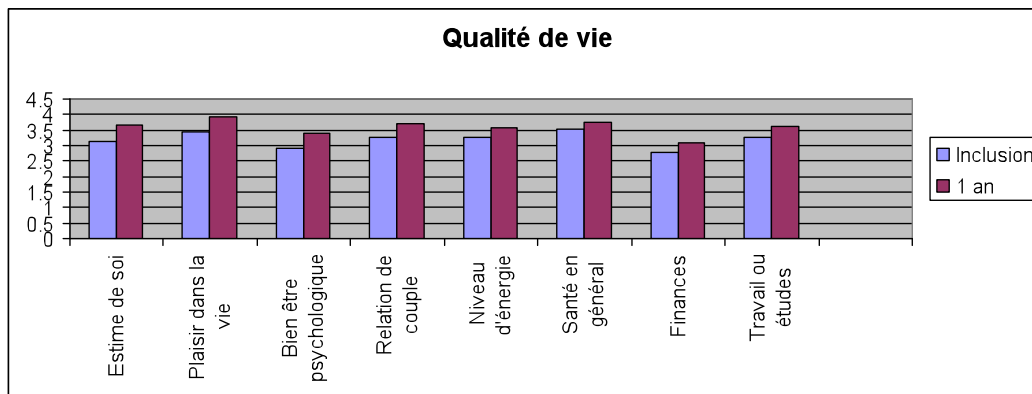
Figure 2



### - la qualité de vie est-elle améliorée après le programme?

Oui pour 57.1% des items, présentés dans le tableau 3. 12 mois après la fin du programme, les items suivants du score de qualité de vie ont été améliorés, même en appliquant l'hypothèse du biais maximal : de façon la plus significative « l'estime de soi » et « le plaisir que j'ai dans la vie en général » ( $P < 0.001$ ), puis « mon bien être psychologique » et « ma relation de couple » ( $P = 0.01$  et  $0.03$  respectivement), et enfin « mon niveau d'énergie » et « ma santé en général » ( $P = 0.01$ ), « mes finances et mon travail » ou « mes études » ( $P = 0.02$  et  $0.05$ ). cf. figure 3.

Figure 3



### - des difficultés ont-elles été rencontrées par l'intervenant dans la dispensation du programme ?

Nous n'avons pas de données sur ce point, le nombre d'intervenants ayant été finalement beaucoup plus faible que le nombre escompté. Lors d'une interrogation secondaire, la principale difficulté mise en avant par les intervenants concernait le peu de programme demandé dans leur centre, et donc la méconnaissance du programme par la population.

### - des effets indésirables sont-ils signalés par les intervenants?

Non, aucun effet indésirable du programme n'a été signalé.

### - quel a été le rapport programmes demandés (par un participant) / proposés (par un intervenant) ?

Parmi les 60 participants, les trois quart (75%) ont demandé le programme, soit pris contact eux même avec le centre, les autres (25%) s'étant vu proposé le programme.

### - quel est le pourcentage de programmes acceptés sur ceux proposés ?

Au total plus de 90% des programmes proposés ont été acceptés, dans les 4 centres qui ont participé activement à l'évaluation. Nous n'avons pu récolter de données de la part des 8 autres centres qui étaient supposés participer à l'étude.

**- quel est le taux de complétude du programme (d'adhésion au programme) ?**

Le taux d'adhésion (avoir effectué tout le programme, soit les 6 étapes) au programme a été de 56.7% si l'évaluation est basée sur le nombre de personnes atteintes directement après le programme. Le taux d'abandon s'élève donc à 43.3%.

**- les participants sont-ils satisfaits ? recommanderaient-ils le programme à un de leurs proches ?**

Le taux de personnes se disant satisfaites 12 mois après le programme s'est élevée à 70% des participants joints à 12 mois (N=38). Ces mêmes personnes recommanderaient toutes le programme à un proche.

**- les intervenants sont-ils satisfaits ? ce programme représente-t-il à leurs yeux une amélioration de leur pratique ?**

Le nombre d'intervenants a été moindre que le nombre prévu. Il s'est élevé au nombre de 7. Parmi ces personnes, toutes se sont montrées enthousiastes vis-à-vis du programme, et ont considéré que cela représente une amélioration de leur pratique.

**- de façon qualitative, d'après les participants et les intervenants, quel point du programme a été le plus utile? et le moins utile?**

La réponse la plus souvent donnée par les participants a concerné le fait de noter ses consommations. Les participants n'ont pas signalé de point le moins utile dans le programme.

Les intervenants pour leur part n'ont pas rempli de façon régulière cette partie du questionnaire, et aucune réponse ne peut être apportée à cette question les concernant.

**- quels sont les modes de publicité et d'appel qui sont associés à un plus grand nombre de programmes selon les cantons ?**

En Suisse romande, en raison de l'absence d'investissement dans la promotion du programme, les modes de publicités et leur impact n'ont pas pu être analysés. Le recrutement s'est fait via le site internet, et les références de la part de professionnels de santé, principalement des médecins.

**- les cantons qui prodiguent le programme dans des lieux non spécialisés (non « alcoologiques») ont-ils plus de participants ou un profil de participants différent?**

Les centres ayant finalement participé à la recherche faisaient tous partie de centres spécialisés. L'étude ne permet donc pas de répondre à cette question.

## Discussion

L'étude d'évaluation du programme Alcochoix+ a rencontré d'importantes difficultés de recrutement et a dû voir sa période d'inclusion prolongée. De plus de 200 participants attendus en 5 mois (basé sur une estimation de 1 programme demandé par semaine dans chaque centre, ce qui était le cas aux HUG en 2009), le collectif de 60 participants a été rassemblé en plus de trois fois plus de temps, soit 17 mois. Il semble que les raisons de cette difficulté soient multiples, mais concernent essentiellement le manque de demande du programme, probablement dû à son manque de connaissance, aussi bien auprès du public que des travailleurs sociaux et de la santé. Le manque d'information sur la consommation excessive a probablement aussi joué un rôle, les buveurs excessifs ne se reconnaissent pas comme tels et les soignants ne les repèrent pas forcément. D'autres paramètres ont probablement également joué un rôle, tels que la surcharge de travail des intervenants et l'absence de professionnels de la recherche pour remplir les deux premiers questionnaires. Ce travail était laissé à des intervenants peu habitués à la recherche, en plus de leurs tâches habituelles. Des difficultés liées à la diffusion de la méthodologie de la recherche et des questionnaires ont aussi été rapportés par certains intervenants Alcochoix+.

Au Québec, où l'implantation a fait l'objet d'une organisation et d'un financement par le Ministère de la santé, le recrutement dans l'étude d'implantation a été environ quatre fois plus rapide qu'en Suisse romande (0.88 participants par mois et par centre participant à la recherche en Suisse romande versus environ 3 participants par mois et par centre au Québec)<sup>22</sup>. Au Québec, 349 sujets ont été inclus dans 12 centres, dans une période allant de 5 à 8 mois.

Le profil des participants au programme est marqué par une nette majorité d'hommes (72%), avec un niveau de scolarité plutôt élevé (seulement 10% avec uniquement la scolarité obligatoire). Le programme – développé pour des consommateurs excessifs – touche en Suisse romande d'après notre observation une majorité de personne souffrant d'une probable dépendance à l'alcool (pour 91% d'entre eux) ; la médiane du score AUDIT est à 20.5 et il s'agit donc d'un collectif à la dépendance modérée. La fréquence et la quantité de consommation d'alcool va dans le même sens avec une médiane de fréquence à 7 jours par semaine, mais une consommation de seulement 35 unités standard par semaine. Il y a une légère discordance entre les résultats concernant le score AUDIT et le consommation déclarée ; une consommation de 35 unités d'alcool par semaine semble faible pour une population avec une médiane d'AUDIT à 20.5 (dépendance pour 13 points et plus dans la version française). La consommation étant déclarée, on peut faire l'hypothèse d'une certaine minimisation chez des patients dépendants.

Le profil probablement dépendant pour 91% du collectif pose clairement la question de nouvelles stratégies pour atteindre l'important groupe (plus de 16% de la population) des consommateurs excessifs. L'hypothèse est que ces personnes n'ont pas conscience de leur risque, et que des



campagnes d'information et de promotion du programme seraient nécessaires pour pouvoir intervenir dans ce groupe. Cela pose la question du financement et de la coordination de telles mesures, qui vu l'étendue du problème, pourraient probablement s'avérer coût-efficaces et justifiées du point de vue de la santé publique,

Il est intéressant de constater que contrairement à ce que nous pensions, il ne semble pas que le profil de consommation des participants prenant part au programme Alcochoix+ soient si différents en Suisse romande et au Québec<sup>23</sup>, où le programme est implanté en première ligne et où sa promotion est forte. En effet, la consommation par semaine est proche, et le score QBDA également. Le mode de recrutement (publicité) et l'implantation au Québec semble donc plus influencer le nombre de programmes dispensés que le profil des participants.

Concernant les autres caractéristiques des participants, il est frappant de constater que la proportion de fumeurs est environ deux fois plus élevée que dans la population générale (55%). La consommation de tranquillisant est également élevée avec 42% des participants, 32% qui en prenaient à l'inclusion au minimum 3 fois par semaine et 10% moins fréquemment. La consommation de cannabis était également nettement plus forte que celle de la population générale puisqu'elle concernait à une fréquence de 3 fois par semaine ou plus 8% du collectif.

Le résultat principal de cette étude concerne l'évolution de la consommation d'alcool. Malgré le fait que le public touché était très majoritairement composé de personnes dépendantes, une baisse de la consommation de plus de 16 unités d'alcool (160 grammes) par semaine a été observée, ce qui représente une diminution de près de 50% de la consommation initiale. Ce résultat est nettement supérieur à la diminution de la consommation après une intervention brève telle que décrit dans la littérature dans une méta-analyse où la diminution d'éthanol par semaine par personne avait été de 40 grammes 6 ou 12 mois après l'intervention, et ce pour environ la moitié des études incluses<sup>23</sup>. D'une façon générale, ces études ont concerné des consommateurs plus ponctuels (la plupart du temps recrutés dans des services d'urgence) et dont la consommation par semaine était souvent inférieure à celle des participants au programme Alcochoix+.

La diminution observée dans notre étude – qui peut à première vue paraître très importante – est toutefois similaire à celle qui a été constatée lors de l'évaluation d'un programme de consommation contrôlée en Alberta entre 1994 et 1995. En effet, auprès de 241 consommateurs, ce programme avait montré une bonne évolution, avec une diminution moyenne de la consommation d'environ 15 unités standard par semaine, soit la moitié de la consommation initiale, baisse maintenue à 12 mois<sup>24</sup>. Dans cette étude, le taux de patients sortis de l'étude en cours de route (38%) était légèrement inférieur à celui observé en Suisse romande (43.3). En Alberta, une grande partie des participants sortis l'ont été en raison de questionnaires incomplets, alors qu'en Suisse romande, il s'est bien agi de personnes n'ayant pas terminé le programme, et n'ayant plus accepté de répondre aux questionnaires par la suite.

Notre observation s'ajoute aux données déjà connues qui tendent à démontrer que l'objectif du contrôle de la consommation est un objectif faisable et efficace, comme cela est décrit dans la méta-analyse de Walters, publiée en 2000, qui reprend toutes les études randomisées contrôlées depuis les années 1970<sup>25</sup>. Le fait que cette diminution ait été observée dans une population faite à 91% de consommateurs probablement dépendants va dans le sens d'autres observations dans ce sens, comme celle de Dawson en 2005<sup>12</sup>.

L'utilité du programme pourrait s'avérer meilleure pour des consommateurs modérément (et non sévèrement) dépendants, et l'objectif du boire contrôlé pourrait s'envisager en parallèle de celui de l'abstinence. En aucun cas l'objectif d'abstinence ne devrait être mis de côté. Cet objectif reste primordial, en particulier pour ceux qui souffrent d'une dépendance plus sévère et plus ancienne, ce qui correspond aux critères habituellement admis pour la question du choix entre un objectif d'abstinence ou éventuellement de celui du boire contrôlé<sup>26</sup>.

La qualité de vie des participants soit s'est améliorée, soit est restée inchangée après le programme, selon les items considérés. L'amélioration observée est cliniquement significative, puisque variant d'un quart à un demi point d'augmentation, pour une échelle de cinq points ; elle a été particulièrement marquée au niveau de l'estime de soi, ce qui est tout à fait compatible avec un des principes du programme, soit d'augmenter la confiance en soi et la mobilisation des ressources des participants ; l'amélioration du plaisir dans la vie en général fait aussi écho à la partie cognitivo-comportementale de la 5<sup>e</sup> étape du programme, où retrouver d'anciens plaisirs ou des plaisirs alternatifs à la consommation d'alcool est proposé. Il n'est pas possible de comparer la qualité de vie de la cohorte par rapport à d'autres études, car le score n'est pas validé, et les questionnaires de la qualité de vie (remplis dans le manuel des participants) n'a pas fait l'objet d'une évaluation au Québec durant l'implantation.

Parmi les personnes qui ont terminé le programme en Suisse romande 70% des participants se disaient satisfaits. Au Québec, le programme a été encore apprécié d'avantage, puisque 90% des participants exprimaient leur satisfaction<sup>27</sup>.

Les forces de cette étude sont multiples. Il s'agit d'une étude originale: l'approche du boire contrôlé est encore peu répandue, et les évaluations rares. L'étude est prospective, et les critères d'inclusion larges, notamment sans restriction par rapport à la gravité du profil de consommation ni par rapport aux éventuelles comorbidités psychiatriques. En outre, l'évaluation est multicentrique, et a eu lieu dans plusieurs cantons de Suisse romande. Finalement, la signification statistique a été atteinte même en tenant compte du biais maximal.

Les limitations à formuler sont les suivantes. Il s'agit d'une étude d'observation non randomisée. L'absence de groupe contrôle permet seulement d'évoquer des associations (p. ex. entre « Alcochoix+ » et l'évolution de la consommation) et ne représentent pas une preuve d'efficacité. Les changements observés peuvent être en partie lié au programme « Alcochoix+ », ou pas. Il existe de nombreux biais possibles. Le recrutement ayant été difficile, un biais de sélection (en

faveur de personnes motivées) est possible. Un autre biais possible est celui de la déclaration, les données de consommation se basant exclusivement sur le dire des participants, qui pourraient avoir minimisé leur consommation 1 an après le programme (mais aussi à l'inclusion). L'utilisation d'un test biologique comme contrôle ou validation des valeurs rapportées par les sujets n'avait pas été retenu, puisque le test le plus sensible serait un dosage des CDT (carbohydrates deficient transferine) dont le seuil de sensibilité s'élève à quelques 60 grammes d'éthanol par jour, 7 jours de suite<sup>28</sup>. Cela ne paraissait pas intéressant pour une étude qui devait porter sur des consommateurs excessifs. Une validation par un tiers ne semblait pas non plus nécessaire pour les quantités déclarées par un consommateur excessif. En outre, plusieurs études qui ont fait une comparaison entre les reports personnels et celui des proches pour cette catégorie de buveurs n'ont pas montré de différence, par exemple celle de Sanchez-Craig et co<sup>29</sup>.

Enfin, le taux de personnes perdues durant le suivi (drop out) a été important (plus de 40%), même si comparable à d'autres études dans le domaine.

## Constats et recommandations

**1. Le programme Alcochoix+ ne touche qu'une quantité mineure des personnes présentant des risques ou des problèmes liés à l'alcool en Suisse romande**, comme l'a démontré la difficulté de recrutement durant l'étude.

**Recommandation** : Un budget spécifique devrait être alloué à l'information sur la consommation d'excessive de l'alcool, et la promotion et la publicité du programme Alcochoix+ (p.ex. annonces dans les journaux et les stations de radio, affiches dans des lieux publics, clips vidéo dans les cinémas, éventuellement la télévision, diffusion de matériel promotionnel dans les lieux sociaux (Centres d'action sociale) et de santé (pharmacie, salle d'attente de médecins)). L'effort d'information des travailleurs sociaux et sanitaires doit être intensifié et poursuivi, par les personnes formatrices au programme Alcochoix+ ou autres.

Dans cette perspective, des études d'évaluation de l'effet de la publicité sur le nombre de programmes prodigués et sur le profil des participants devraient être menées.

**2. Cette étude observationnelle prospective a montré une diminution de la consommation d'alcool et une amélioration de la qualité de vie chez des participants avant et après le programme Alcochoix+.** Elle suggère que le programme Alcochoix+ est à priori acceptable et probablement bénéfique pour la population intéressée en Suisse romande, sous réserve d'une meilleure participation des consommateurs excessifs.

**Recommandation** : D'autres recherches plus ambitieuses, randomisées et contrôlées, nous semblent indiquées pour pouvoir préciser la part des changements observés qui le sont grâce au programme. Une analyse qualitative des points jugés utiles et moins utiles par les participants et les intervenants devrait être incluse.

### **3. La satisfaction des participants et des intervenants est bonne.**

Recommandation : Nous recommandons que le programme « Alcochoix+ » puisse continuer à être disponible pour la population, à travers le site internet [www.alcochoix.ch](http://www.alcochoix.ch) et d'autres formes de diffusion, à développer; la coordination de son développement étant centralisée, et poursuivie par le GREA.

Nota bene : la bibliographie se trouve en fin de document, après les annexes.

## Annexe 1

### **Questionnaire « Alcochoix+ » – Evaluation T0 (avant le programme)**

Temps estimé 20-30'

**Adapté de la Fiche de l'usager et autres questionnaires avec l'aimable autorisation  
des auteurs<sup>1</sup>**

---

No participant: \_\_\_\_\_

Centre

« Alcochoix+ » : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

Canton : \_\_\_\_\_

Âge (années) : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation :  
\_\_\_\_\_

Profession (participant) :  
\_\_\_\_\_

Séance :  début (si autre changer de  
form.)

Statut social:     célibataire  marié(e)  
 divorcé(e)  séparé  veuf/veuve

Intervenant :  
\_\_\_\_\_

Scolarité complétée:

Profession (intervenant) :  
\_\_\_\_\_

entre 0 et 6 années (primaire)

Programme :  demandé  proposé  
(par prof.)

entre 7 et 9 années (cycle orientation)

Si proposé :  accepté     refusé

entre 10 et 13 années (collège, maturité)

Si refusé : motif :

14 années et plus (haute école,  
université)

Comment avez-vous **entendu parler** du programme «Alcochoix+»?

- journaux
- radio, télévision, internet
- affiche, dépliant
- parent ou ami

---

<sup>1</sup> Simoneau H, Cournoyer HG, Landry M, Tremblay J (RISQ).



- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine (précisez : \_\_\_\_\_ )

Fréquence de consommation de **cannabis**:

- jamais
- moins d'une fois par mois
- 1 à 3 fois par mois
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine (précisez : \_\_\_\_\_ )

Fréquence de consommation de **cocaïne**: (Précisez le mode d'administration)

- 
- jamais
  - moins d'une fois par mois
  - 1 à 3 fois par mois
  - 1 ou 2 fois par semaine
  - 3 fois et plus par semaine (précisez : \_\_\_\_\_ )

Fréquence de consommation d'**héroïne**: (Précisez le mode d'administration)

- 
- jamais
  - moins d'une fois par mois
  - 1 à 3 fois par mois
  - 1 ou 2 fois par semaine
  - 3 fois et plus par semaine (précisez : \_\_\_\_\_ )

Substances non-citées (précisez) : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

### Admission au programme

- oui
- non (Cochez le motif)

Motif (plusieurs réponses possibles):

- refus par le participant
- consommation d'alcool trop élevée
- consommation de médicaments prescrits ou drogues  
Produit(s): \_\_\_\_\_ Fréquence: \_\_\_\_\_
- raison médicale
- grossesse

- crise dans la vie personnelle (Précisez) \_\_\_\_\_
- problème de santé mentale (Précisez) \_\_\_\_\_
- autre (Précisez): \_\_\_\_\_
- réorienté vers: \_\_\_\_\_

### Formule choisie

- | <u>Formule</u>                        | <u>Nombre de rencontres</u>  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> individuelle |  |
| <input type="checkbox"/> dirigée      | 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> groupe       |  |

### Annexe 2

## Questionnaire « Alcochoix+ » – T6 semaines Temps estimé 20-30'

---

No participant : \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Séance :  6 Sem

Intervenant : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Status social:     célibataire  marié(e)

divorcé(e)  séparé  veuf/veuve

### Dans le cadre du programme, quel objectif vous êtes-vous posé :

Nombre de jours de consommation : \_\_\_\_\_

Nombre de consommations par jour typique: \_\_\_\_\_

Nombre maximal de consommation par jour particulier (fête par exemple): \_\_\_\_\_

Ou

- Abstinence

### Alcool

Fréquence de consommation d'**alcool** dans la dernière semaine:

Nombre de jours de consommation : \_\_\_\_\_



Nombre de consommations par jour typique: \_\_\_\_\_  
Nombre de consommations par semaine : \_\_\_\_\_  
Nombre d'épisodes de forte consommation (> 6 unités): \_\_\_\_\_

**Programme interrompu**

- non
- oui (Cochez le motif)

Motif (plusieurs réponses possibles) :

- consommation d'alcool trop élevée / contrôle trop difficile
- consommation de médicaments prescrits ou drogues  
Produit(s): \_\_\_\_\_ Fréquence: \_\_\_\_\_
- crise dans la vie personnelle (Précisez) \_\_\_\_\_
- abandon par l'utilisateur (aucun motif connu)
- autre (Précisez): \_\_\_\_\_
- réorienté vers: \_\_\_\_\_

**Formule réalisée**

Nombre de rencontres

- autonome
- dirigée                      2    3    4    5    6
- groupe

L'usager a obtenu la formule de son choix:

- oui
- non (Précisez le motif):

\_\_\_\_\_

Changement en cours de route :

- oui
- non (Précisez le motif):

\_\_\_\_\_

**Qualité de vie (cochez 1 case par ligne)**

	Très insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Très satisfait(e)
Ma santé en général					
Ma forme physique					
Mon sommeil					
Mon niveau d'énergie					
Mes activités sociales					
Mes relations familiales					
Ma relation de couple					
Mon travail ou mes études					
Mes finances					
Mon bien-être psychologique					
Mon apparence physique					
Mon estime de moi					
Mes relations sexuelles					
Le plaisir que j'ai dans la vie en général					

**Quel est votre degré de satisfaction global par rapport au programme (participant) :**

- Très insatisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Très satisfait(e)

Quel est le point du programme qui vous a semblé le plus utile :

\_\_\_\_\_

Quel est le point du programme qui vous a semblé le moins utile :

\_\_\_\_\_

**Le recommanderiez-vous à votre famille ou un(e) ami**     **Oui**     **Non**      
**Peut-être**

**Attention!! A remplir par l'intervenant :**

Votre rôle d'intervenant au programme Alcochoix+ est-il une source de satisfaction professionnelle?

- pas du tout
- un peu
- moyennement
- beaucoup
- extrêmement

Quelle est votre disposition actuelle envers l'approche d'intervention du programme Alcochoix+?

- Très sceptique
- Plutôt sceptique
- Neutre
- Plutôt enthousiaste
- Très enthousiaste

Quel est le point du programme qui vous a semblé le plus utile :

\_\_\_\_\_

Quel est le point du programme qui vous a semblé le moins utile :

\_\_\_\_\_

Avez-vous rencontré des difficultés dans la dispensation du programme?  **Oui**      
**Non**

Si oui, lesquelles :

Ce programme est-il adapté au contexte de la Suisse romande?     **Oui**     **Non**

Ce programme représente-t-il à vos yeux une amélioration de votre pratique ?

**Oui**     **Non**

Proposeriez-vous une modification du programme :  **Oui**         **Non**

Si oui, laquelle :

\_\_\_\_\_

### Annexe 3

## **Questionnaire « Alcochoix+ » – 3 mois** Temps estimé 20-30'

---

No : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Séance :  3 mois

Intervenant : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Status social:     célibataire  marié(e)

divorcé(e)  séparé  veuf/veuve

### **Pour la consommation d'alcool, quel est votre objectif actuel :**

Nombre de jours de consommation : \_\_\_\_\_

Nombre de consommations par jour typique: \_\_\_\_\_

Nombre maximal de consommation par jour particulier (fête par exemple): \_\_\_\_\_

Ou

Abstinence

### **Alcool** (habituellement dans les 6 derniers mois)

Nombre de jour consommations lors d'une semaine typique: \_\_\_\_\_

Nombre de consommations lors d'un jour typique: \_\_\_\_\_

Nombre de consommations par semaine typique : \_\_\_\_\_

Nombre d'épisodes de forte consommation (> 6 unités) au cours de la dernière année:

\_\_\_\_\_

Consommation faible (< 14 U/sem. femme, < 20 U/sem. homme, **ET** < 12 épisodes de forte consommation)

Ou

- Remplir le Questionnaire QBDA Alcool, questions 4-18  
(disponible à : [www.risqtoxico.ca/documents/DEBA-A\\_v1.8p\\_2012-02-24.pdf](http://www.risqtoxico.ca/documents/DEBA-A_v1.8p_2012-02-24.pdf) )

Remplir **AUDIT** dans tous les cas

**Autres Substances (dernière année)**

Fréquence de consommation de **médicaments sédatifs**:

- jamais
- moins d'une fois par mois
- 1 à 3 fois par mois
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine

Fréquence de consommation de **cannabis**:

- jamais
- moins d'une fois par mois
- 1 à 3 fois par mois
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine

Fréquence de consommation de **cocaïne**: (Précisez le mode d'administration)

- \_\_\_\_\_
- jamais
  - moins d'une fois par mois
  - 1 à 3 fois par mois
  - 1 ou 2 fois par semaine
  - 3 fois et plus par semaine

Fréquence de consommation d'**héroïne**: (Précisez le mode d'administration)

- \_\_\_\_\_
- jamais
  - moins d'une fois par mois
  - 1 à 3 fois par mois
  - 1 ou 2 fois par semaine
  - 3 fois et plus par semaine

Substances non-citées (précisez) : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

**Autre aide entre la fin du programme et actuellement**

Non

Oui, par :  médecin traitant

service spécialisé

groupe

Autre (Précisez): \_\_\_\_\_

**Qualité de vie (cochez 1 case par ligne) (noté de 1 pour très insatisfait à 5, total de 70)**

	Très insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Très satisfait(e)
Ma santé en général					
Ma forme physique					
Mon Sommeil					
Mon niveau d'énergie					
Mes activités sociales					
Mes relations familiales					
Ma relation de couple					
Mon travail ou mes études					
Mes finances					
Mon bien-être psychologique					
Mon apparence physique					
Mon estime de moi					
Mes relations sexuelles					
Le plaisir que j'ai dans la vie en général					

**Quel est votre degré de satisfaction global par rapport au programme, avec le recul :**

- Très insatisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Très satisfait(e)

Quel est le point du programme qui vous a semblé le plus utile :

\_\_\_\_\_

Quel est le point du programme qui vous a semblé le moins utile :

\_\_\_\_\_

**Le recommanderiez-vous aujourd'hui à votre famille ou un(e) ami :**

- Oui**
- Non**
- Peut-être**

**Attention!! A remplir par l'intervenant :**

**Aujourd'hui, avec le recul : (si pas de changement d'avis, écrire pas de changement)**

Quel est le point du programme qui vous a semblé le plus utile :

\_\_\_\_\_

Quel est le point du programme qui vous a semblé le moins utile :

\_\_\_\_\_

Proposeriez-vous une modification du programme :  **Oui**       **Non**

Si oui, laquelle :

\_\_\_\_\_

## Questionnaire de l'utilisateur – 12 mois Temps estimé 20-30'

---

No : \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Séance :  12 mois

Intervenant : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Status social:  célibataire  marié(e)

divorcé(e)  séparé  veuf/veuve

### Pour la consommation d'alcool, quel est votre objectif actuel :

Nombre de jours de consommation : \_\_\_\_\_

Nombre de consommations par jour typique: \_\_\_\_\_

Nombre maximal de consommation par jour particulier (fête par exemple): \_\_\_\_\_

### Alcool (habituellement 6 derniers mois)

Nombre de jour consommations lors d'une semaine typique: \_\_\_\_\_

Nombre de consommations lors d'un jour typique: \_\_\_\_\_

Nombre de consommations par semaine typique : \_\_\_\_\_

Nombre d'épisodes de forte consommation (> 6 unités) au cours de la dernière année:

\_\_\_\_\_

Consommation faible (< 14 U/sem. femme, < 20 U/sem. homme, **ET** < 12 épisodes de forte consommation)

Ou

Remplir le Questionnaire QBDA Alcool, questions 4-18

(disponible à : [www.risqtoxico.ca/documents/DEBA-A\\_v1.8p\\_2012-02-24.pdf](http://www.risqtoxico.ca/documents/DEBA-A_v1.8p_2012-02-24.pdf))

Remplir **AUDIT** dans tous les cas

### Autres Substances (dernière année)

Fréquence de consommation de **médicaments sédatifs**:

jamais

moins d'une fois par mois

1 à 3 fois par mois

1 ou 2 fois par semaine

3 fois et plus par semaine



Fréquence de consommation de **cannabis**:

- jamais
- moins d'une fois par mois
- 1 à 3 fois par mois
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine

Fréquence de consommation de **cocaïne**: (Précisez le mode d'administration) \_\_\_\_\_

- jamais
- moins d'une fois par mois
- 1 à 3 fois par mois
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine

Fréquence de consommation d'**héroïne**: (Précisez le mode d'administration) \_\_\_\_\_

- jamais
- moins d'une fois par mois
- 1 à 3 fois par mois
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine

Substances non-citées (précisez) : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

**Autre aide entre la fin du programme et actuellement**

- Non
- Oui, par :  médecin traitant
- service spécialisé
- groupe

Autre (Précisez): \_\_\_\_\_

**Qualité de vie (cochez 1 case par ligne) (noté de 1 pour très insatisfait à 5, total de 70)**

	Très insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Très satisfait(e)
Ma santé en général					
Ma forme physique					

Mon Sommeil					
Mon niveau d'énergie					
Mes activités sociales					
Mes relations familiales					
Ma relation de couple					
Mon travail ou mes études					
Mes finances					
Mon bien-être psychologique					
Mon apparence physique					
Mon estime de moi					
Mes relations sexuelles					
Le plaisir que j'ai dans la vie en général					

**Quel est votre degré de satisfaction global par rapport au programme, avec le recul :**

- Très insatisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Très satisfait(e)

Quel est le point du programme qui vous a semblé le plus utile :

\_\_\_\_\_

Quel est le point du programme qui vous a semblé le moins utile :

\_\_\_\_\_

**Le recommanderiez-vous aujourd'hui à votre famille ou un(e) ami :**

- Oui**
- Non**
- Peut-être**

**Attention!! A remplir par l'intervenant :**

**Aujourd'hui, avec le recul : (si pas de changement d'avis, écrire pas de changement)**

Quel est le point du programme qui vous a semblé le plus utile :

\_\_\_\_\_

Quel est le point du programme qui vous a semblé le moins utile :

\_\_\_\_\_

Proposeriez-vous une modification du programme :  **Oui**       **Non**

Si oui, laquelle :

\_\_\_\_\_

#### Annexe 4

### **Analyse des données Alcochoix – Données brutes**

#### 1. Statistiques descriptives sur les personnes incluses

Statistiques descriptives portant sur les caractéristiques des individus ayant participé à l'évaluation initiale N=60 (médiane et intervalle interquartile pour les variables continues, % pour les variables catégorielles)

Variable		
Centre	Envol	28% (17)
	HUG	33% (20)
	Le Torry	3% (2)
	LVT	21 (35%)
Sexe	Homme	72% (43)
	Femme	28% (17)
Age		48 [37 ; 55]
Etat civil	Celib	32% (19)
	Marié	42% (25)
	Divorcé	17% (10)
	Séparé	8% (5)
	Veuf/ve	2% (1)
Scolarité	7 à 9	10% (6)
	10 à 13	48% (28)
	14 et plus	41% (24)
Programme	Demandé	75% (45)
	Proposé	25% (15)
Connu par	Journaux	0% (0)
	Radio, TV, Internet	11% (6)
	Affiche, dépliant	15% (8)
	Parent, ami	7% (4)
	Médecin	41% (22)

	Autre	26% (14)
Temps écoulé entre		
Connaissance et appel	Immédiat	58% (33)
	Entre 1 jour et 1 mois	25% (14)
	Plus d'un mois	18% (10)
Appel et 1 <sup>ère</sup> entrevue		45% (24)
		51% (27)
		4% (2)
Consommation dernière semaine	Jours	6 [4 ; 7]
	Consommation	6 [4 ; 7]
	Nombre de consommations	30 [15 ; 42]
	Nombre >6unités	2 [1 ; 4]
Consommation habituelle	Jours	7 [4.5 ; 7]
	Consommation	6 [4 ; 8]
	Nombre de consommations	35 [20 ; 46.5]
	Nombre >6unités année	50 [11 ; 150]
QDBA		10.5 [8 ; 14.75]
AUDIT		20.5 [16.25 ; 24.75]
	Consommateurs excessifs	9% (4)
	Consommateurs dépendants	39% (18)
	Consommateurs très dépendants	52% (24)
Tabac	Tabac	55% (31)
	Jours par semaine	7 [7 ; 7]
	Cigarette par jour	20 [16.25 ; 30]
	Depuis (années)	20 [13 ; 29.5]
Médicaments sédatifs	Non	68% (40)
	Moins de 3 fois par semaine	10% (6)
	3 fois ou plus par semaine	22% (13)
Cannabis	Non	46 (77%)
	Moins de 3 fois par semaine	9 (15%)
	3 fois ou plus par semaine	5 (8%)
Cocaine	Non	93% (56)
	Moins de 3 fois par semaine	7% (4)
Héroïne	Non	100% (60)
Autres drogues		DMX (1), Tramadol (1)
Admission au programme		98% (59/60)
Formule choisie	Individuelle	10% (6)
	Dirigée	83% (49)
	Groupe (non obtenu)	7% (4)

#### Qualité de vie:

		Très insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Très satisfait(e)
Ma santé en général	Q1	5% (3)	7% (4)	27% (15)	52% (29)	9% (5)
Ma forme physique	Q2	4% (2)	14% (8)	34% (19)	39% (22)	9% (5)
Mon sommeil	Q3	13% (7)	32% (18)	18% (10)	20% (11)	18% (10)
Mon niveau d'énergie	Q4	5% (3)	23% (13)	29% (16)	27% (15)	16% (9)

Mes activités sociales	Q5	5% (3)	20% (11)	21% (12)	39% (22)	14% (8)
Mes relations familiales	Q6	2% (1)	16% (9)	14% (8)	50% (28)	18% (10)
Ma relation de couple	Q7	5% (3)	13% (7)	40% (22)	33% (18)	9% (5)
Mon travail ou mes études	Q8	15% (8)	11% (6)	24% (13)	36% (20)	15% (8)
Mes finances	Q9	25% (14)	18% (10)	18% (10)	30% (17)	9% (5)
Mon bien-être psychologique	Q10	5% (3)	39% (22)	18% (10)	34% (19)	4% (2)
Mon apparence physique	Q11	2% (1)	11% (6)	36% (20)	41% (23)	11% (6)
Mon estime de moi	Q12	4% (2)	30% (17)	21% (12)	39% (22)	5% (3)
Mes relations sexuelles	Q13	16% (9)	13% (7)	29% (16)	32% (18)	11% (6)
Le plaisir que j'ai dans la vie en général	Q14	2% (1)	21% (12)	18% (10)	50% (28)	9% (5)

Corrélation entre les différents items qualité de vie :

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14
Q1	1	0.6	0.4	0.5	0.3	0	0	0.2	0.3	0.2	0.3	0	0.1	0.1
Q2	0.6	1	0.3	0.6	0.2	0.1	0	0.2	0	0.2	0.5	0	0.2	0
Q3	0.4	0.3	1	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0	0.3	0.1	0.1	0.1	0.2
Q4	0.5	0.6	0.3	1	0.4	0.1	0.2	0.3	0.2	0.5	0.3	0.2	0.3	0.4
Q5	0.3	0.2	0.2	0.4	1	0.4	0.2	0	0.1	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5
Q6	0	0.1	0.2	0.1	0.4	1	0.3	0.2	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.2
Q7	0	0	0.2	0.2	0.2	0.3	1	0.2	0.2	0.2	-0.1	0.1	0.2	0.2
Q8	0.2	0.2	0.1	0.3	0	0.2	0.2	1	0.4	0.2	0.1	0	0.2	0.2
Q9	0.3	0	0	0.2	0.1	0.1	0.2	0.4	1	0.2	0	0	0.2	0.2
Q10	0.2	0.2	0.3	0.5	0.4	0.1	0.2	0.2	0.2	1	0.1	0.7	0	0.7
Q11	0.3	0.5	0.1	0.3	0.4	0.3	-0.1	0.1	0	0.1	1	0.1	0.2	0.1
Q12	0	0	0.1	0.2	0.4	0.2	0.1	0	0	0.7	0.1	1	0	0.6
Q13	0.1	0.2	0.1	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0	0.2	0	1	0
Q14	0.1	0	0.2	0.4	0.5	0.2	0.2	0.2	0.2	0.7	0.1	0.6	0	1

## 2. Statistiques sur le suivi des individus

- À 6 semaines :

% de personnes satisfaites du programme : 72%

à 6 semaines	Objectif atteint	Objectif dépassé	Objectif non atteint
Jours de consommation par semaine	18	6	10
Consommations par jour typique	15	9	10

On compare dans un premier temps les personnes suivies et non suivies. On utilise un test du chi-deux pour les variables binaires et un test t pour les variables continues.

	Suivie	Non suivie	p-value
Homme	23	20	
Femme	11	6	0.43
Scolarité <10 ans	19	15	
Scolarité >= 10 ans	14	10	0.85
Proposé	25	20	
Demandé	9	6	0.76
Nombre de consommations par semaine	34.28	31.65	0.67
AUDIT	20.59	19.53	0.56

On constate qu'il n'y a pas de différence significative entre les personnes suivies à 6 semaines et les personnes non suivies.

On réalise un test de Wilcoxon pour comparer les variables à J0 et à 6 semaines

Moyenne des groupes		N	Inclus à J0 (N=60)	Suivi à J0 (N=34)	Suivi à 6S (N=34)	Différence	p-value
Consommation semaine précédente	Jours	30	5.37	5.19	2.97	-2.23	<0.001
	Consommation	28	5.98	6.38	2.76	-3.62	0.002
	Nombre de consommations	28	33.2	34.28	14.59	-19.69	<0.001
	Nombre >6unités	26	3.36	4.04	0.67	-3.37	0.03
Ma santé en général		30	3.52	3.71	3.97	0.26	0.06
Ma forme physique		30	3.36	3.42	3.68	0.26	0.16
Mon sommeil		30	2.98	3.13	3.81	0.68	0.001
Mon niveau d'énergie		30	3.25	3.29	3.65	0.35	0.08
Mes activités sociales		30	3.38	3.1	3.45	0.35	0.05
Mes relations familiales		30	3.66	3.58	3.74	0.16	0.39
Ma relation de couple		30	3.27	3.23	3.48	0.26	0.17
Mon travail ou mes études		30	3.25	3.39	3.61	0.23	0.17
Mes finances		30	2.8	2.74	3.1	0.35	0.05
Mon bien-être psychologique		30	2.91	2.81	3.55	0.74	0.005
Mon apparence physique		30	3.48	3.45	3.65	0.19	0.28
Mon estime de moi		30	3.13	2.94	3.45	0.52	0.03
Mes relations sexuelles		30	3.09	3.06	3.19	0.13	0.60
Le plaisir que j'ai dans la vie en général		30	3.43	3.19	3.68	0.48	0.014

On constate que l'évolution est significativement favorable pour la consommation, l'audit et certains items de qualité de vie.

On fait les mêmes estimations sous l'hypothèse du biais maximal, c'est-à-dire les personnes n'ayant pas de données à 6 semaines ont la même valeur qu'à J0.

Moyenne des groupes		HBM N	Inclus à J0 (N=60)	HBM	HBM différence	p-value
Consommation semaine précédente	Jours	51	5.37	4.04	-1.33	<0.001
	Consommation	48	5.98	3.84	-2.14	0.002
	Nombre de consommations	48	33.2	21.55	-11.65	0.001
	Nombre >6unités	46	3.36	1.43	-1.94	0.03
Ma santé en général		55	3.52	3.66	0.14	0.06
Ma forme physique		55	3.36	3.5	0.14	0.16
Mon sommeil		55	2.98	3.36	0.38	0.001
Mon niveau d'énergie		55	3.25	3.45	0.2	0.08
Mes activités sociales		55	3.38	3.57	0.2	0.06
Mes relations familiales		55	3.66	3.75	0.09	0.39
Ma relation de couple		54	3.27	3.42	0.15	0.17
Mon travail ou mes études		54	3.25	3.38	0.13	0.16
Mes finances		55	2.8	3	0.2	0.06
Mon bien-être psychologique		55	2.91	3.32	0.41	0.006
Mon apparence physique		55	3.48	3.59	0.11	0.28
Mon estime de moi		55	3.12	3.41	0.29	0.03
Mes relations sexuelles		55	3.09	3.16	0.07	0.59
Le plaisir que j'ai dans la vie en général		55	3.43	3.7	0.27	0.015

N : Nombre inclus pour la comparaison

HBM : Hypothèse du biais maximal (on considère que toutes les données manquantes sont restées constantes depuis J0)

On étudie l'association entre l'évolution d'audit et de consommation et le groupe de départ en utilisant un modèle linéaire avec la différence de consommation comme variable dépendante et les différentes caractéristiques initiales de l'individu (genre, nombre d'année de scolarité, programme demandé/proposé, nombre de consommation et niveau d'audit) comme variable indépendante.

	Différence de consommation	p-value
Homme	-23.56	
Femme	-13.36	0.33
Scolarité <10 ans	-21.75	
Scolarité >= 10 ans	-18.08	0.73
Proposé	-15.15	
Demandé	-29.78	0.18
AUDIT :		0.45
- Audit<20	-19.21	
- Audit>=20	-21.33	

- A 3 mois :

% de personnes satisfaites du programme : 75%

à 3 mois	Objectif atteint	Objectif dépassé	Objectif non atteint
Jours de consommation par semaine	9	3	12
Consommations par jour typique	11	1	12

On compare dans un premier temps les personnes suivies et non suivies. On utilise un test du chi-deux pour les variables binaires et un test t pour les variables continues.

	Suivie	Non suivie	p-value
Homme	17	26	
Femme	7	11	0.91
Scolarité <10 ans	11	23	
Scolarité >= 10 ans	12	12	0.19
Proposé	15	30	
Demandé	9	6	0.08
Nombre de consommations habituelle par semaine	34.17	46.63	0.66
AUDIT	19.74	20.52	0.19

On constate qu'il n'y a pas de différence significative entre les personnes suivies à 3 mois et les personnes non suivies.

Moyenne		N inclus pour la comparaison	Inclus à J0 (N=60)	Suivi à J0 (N=24)	Suivi à 3 mois (N=24)	Différence	p-value
Consommation habituelle	Jours	21	5.71	5.55	3.82	-1.73	0.007
	Consommation	22	6.62	6.13	3.91	-2.22	0.005
	Nombre de consommations	23	40.76	34.17	16.79	-17.38	0.001
	Nombre >6unités année	17	110.12	86.28	21.72	-64.56	0.024
AUDIT		19	20.20	19.74	12.26	-7.47	<0.001
QDBA		9	11.22	12.11	11.22	-0.89	0.55
Ma santé en général		22	3.52	3.65	3.65	0	0.97
Ma forme physique		22	3.39	3.61	0.22	0.28	0.28
Mon sommeil		22	3.26	3.39	0.13	0.63	0.63
Mon niveau d'énergie		22	3.25	3.35	3.65	0.3	0.27
Mes activités sociales		22	3.38	3.22	3.78	0.57	0.03
Mes relations familiales		22	3.66	3.52	3.61	0.09	0.66
Ma relation de couple		22	3.27	3.26	3.7	0.43	0.14
Mon travail ou mes études		22	3.25	3.22	3.74	0.52	0.11
Mes finances		22	2.52	2.87	0.35	0.09	0.09



Mon bien-être psychologique	22	2.91	2.91	3.48	0.57	0.14
Mon apparence physique	22	3.48	3.48	3.65	0.17	0.47
Mon estime de moi	22	3.13	3.65	0.52	0.08	0.08
Mes relations sexuelles	22	3.09	3.09	3.35	0.26	0.35
Le plaisir que j'ai dans la vie en général	22	3.43	3.43	3.83	0.39	0.16

NB : seuls 10 personnes ont eu un test QDBA à 3 mois.

On applique comme précédemment l'hypothèse du biais maximum.

Moyenne		N inclus pour la comparaison	Inclus à J0 (N=60)	Suivi à 3 mois (HBM)	Différence	p-value
Consommation habituelle	Jours	50	5.71	4.96	-0.75	0.007
	Consommation	51	6.62	5.63	-0.98	0.005
	Nombre de consommations	50	40.76	32.59	-8.18	0.001
	Nombre >6unités année	42	110.12	83.09	-27.02	0.02
AUDIT		45	20.2	17.11	-3.09	<0.001
QDBA		45	11.22	11.04	-0.17	0.55
Ma santé en général		55	3.52	3.52	0	0.97
Ma forme physique		55	3.36	3.45	0.09	0.28
Mon sommeil		55	2.98	3.04	0.05	0.63
Mon niveau d'énergie		55	3.25	3.38	0.12	0.27
Mes activités sociales		55	3.38	3.61	0.23	0.03
Mes relations familiales		55	3.66	3.7	0.04	0.66
Ma relation de couple		54	3.27	3.45	0.18	0.14
Mon travail ou mes études		54	3.25	3.47	0.22	0.11
Mes finances		55	2.8	2.95	0.14	0.09
Mon bien-être psychologique		55	2.91	3.14	0.23	0.14
Mon apparence physique		55	3.48	3.55	0.07	0.47
Mon estime de moi		55	3.12	3.34	0.21	0.08
Mes relations sexuelles		55	3.09	3.2	0.11	0.35
Le plaisir que j'ai dans la vie en général		55	3.43	3.59	0.16	0.16

On étudie l'association entre l'évolution d'audit et de consommation et le groupe de départ en utilisant un modèle linéaire avec la différence de consommation comme variable dépendante et les différentes caractéristiques initiales de l'individu (genre, nombre d'année de scolarité, programme demandé/proposé, nombre de consommation et niveau d'audit) comme variable indépendante.

	Différence d'AUDIT	p-value	Différence de consommation	p-value
--	--------------------	---------	----------------------------	---------

Homme	-8.84		-19.53	
Femme	-4.5	0.04	-12.14	0.44
Scolarité <10 ans	-7.11		-22.64	
Scolarité >= 10 ans	-7.33	0.92	-13.17	0.30
Proposé	-6.82		-13.27	
Demandé	-8.37	0.46	-24.22	0.22
Consommation habituelle				
- < 40	-7.54			
- >=40	-7.37	0.94		
AUDIT :				
- Audit<20			-18.5	
- Audit>=20			-24.6	0.52

Aucune association significative après correction pour les tests multiples effectués.

- A 12 mois :

% de personnes satisfaites du programme : 70%

à un an	Objectif atteint	Objectif dépassé	Objectif non atteint
Jours de consommation par semaine	20	2	15
Consommations par jour typique	17	3	18

On compare dans un premier temps les personnes suivies et non suivies. On utilise un test du chi-deux pour les variables binaires et un test t pour les variables continues.

	Suivie	Non suivie	p-value
Homme	26	17	
Femme	12	6	0.67
Scolarité <10 ans	22	13	
Scolarité >= 10 ans	15	9	0.98
Proposé	26	20	
Demandé	12	3	0.11
Nombre habituel de consommations par semaine (nombre)	45	32	0.18
AUDIT	20.8	19.5	0.48

Moyenne		N inclus pour la comparaison	Inclus à J0 (N=60)	Suivi à J0 (N=38)	Suivi à 12 mois (N=38)	Différence	p-value (Wilcoxon)
Consommation habituelle	Jours	34	5.71	5.68	4.09	-1.59	0.001
	Consommation	34	6.62	7.44	4.56	-2.88	0.01
	Nombre de consommations	34	40.76	44.97	20.35	-24.62	<0.001
	Nombre >6unités/an	27	110.12	128.7	61.93	-66.81	0.003

AUDIT (pour ceux ayant répondu aux 2 temps)	31	20.20	20.81	11.65	-9.16	<0.001
QDBA (pour ceux ayant répondu aux 2 temps)	13	11.22	10.77	11.69	0.47	0.92
Ma santé en général	35	3.52	3.57	3.94	0.37	0.01
Ma forme physique	36	3.36	3.39	3.69	0.31	0.12
Mon sommeil	36	2.98	3	3.36	0.36	0.11
Mon niveau d'énergie	36	3.25	3.28	3.81	0.53	0.006
Mes activités sociales	36	3.38	3.33	3.72	0.39	0.12
Mes relations familiales	36	3.66	3.61	3.78	0.17	0.31
Ma relation de couple	33	3.27	3.15	3.94	0.79	0.003
Mon travail ou mes études	35	3.25	3.09	3.69	0.6	0.04
Mes finances	36	2.80	2.72	3.22	0.5	0.01
Mon bien-être psychologique	35	2.91	2.74	3.6	0.86	0.001
Mon apparence physique	34	3.48	3.5	3.74	0.24	0.29
Mon estime de moi	36	3.13	2.97	3.83	0.86	<0.001
Mes relations sexuelles	34	3.09	3.24	3.62	0.38	0.17
Le plaisir que j'ai dans la vie en général	36	3.43	3.36	4.14	0.78	<0.001

On applique l'hypothèse du biais maximum :

Moyenne		N inclus pour la comparaison	Inclus à J0 (N=60)	Suivi à un an (HBM)	Différence	p-value
Consommation habituelle	Jours	50	5.71	4.59	-1.12	<0.001
	Consommation	51	6.62	4.85	-1.77	0.02
	Nombre de consommations	50	40.76	24.51	-16.25	<0.001
	Nombre >6unités année	42	110.12	68.49	-41.63	0.004
AUDIT		45	20.2	7.52	-12.67	<0.001
QDBA		45	11.22	12.22	1	0.38
Ma santé en général		55	3.52	3.75	0.23	0.01
Ma forme physique		55	3.36	3.52	0.16	0.20
Mon sommeil		55	2.98	3.18	0.2	0.15
Mon niveau d'énergie		55	3.25	3.57	0.32	0.01
Mes activités sociales		55	3.38	3.61	0.23	0.14
Mes relations familiales		55	3.66	3.75	0.09	0.36
Ma relation de couple		54	3.27	3.69	0.42	0.003
Mon travail ou mes études		54	3.25	3.6	0.35	0.05
Mes finances		55	2.8	3.07	0.27	0.02
Mon bien-être psychologique		55	2.91	3.39	0.48	0.001

Mon apparence physique	55	3.48	3.57	0.09	0.42
Mon estime de moi	55	3.12	3.64	0.52	<0.001
Mes relations sexuelles	55	3.09	3.27	0.18	0.20
Le plaisir que j'ai dans la vie en général	55	3.43	3.91	0.48	<0.001

On étudie l'association entre l'évolution d'audit et de consommation et le groupe de départ en utilisant un modèle linéaire avec la différence de consommation comme variable dépendante et les différentes caractéristiques initiales de l'individu (genre, nombre d'année de scolarité, programme demandé/proposé, nombre de consommation et niveau d'audit) comme variable indépendante.

	Différence d'AUDIT	p-value	Différence de consommation	p-value
Homme	-9.52		-30.5	
Femme	-7.44	0.50	-12.7	0.30
Scolarité <10 ans	-9		-33.0	
Scolarité >= 10 ans	-8.67	0.91	-16.2	0.31
Proposé	-8.72		-20.48	
Demandé	-9.17	0.88	-33.25	0.44
Consommation habituelle				
- < 40	-7.36			
- >=40	-11.85	0.12		
AUDIT :				
- Audit<20			-17.27	
- Audit>=20			-53.33	0.03

Aucune association significative après correction pour les tests multiples effectués.

## Bibliographie

- <sup>1</sup> Anderson P. et al. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO; 2012.  
[www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/AlcoholintheEuropeanUnion2012.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/AlcoholintheEuropeanUnion2012.pdf)
- <sup>2</sup> Rehm J, Taylor B, Roerecke M, Patra J. Alcohol consumption and alcohol attributable burden of disease in Switzerland, 2002. *Int J Public Health*.2007; 52(6): 383–92.
- <sup>3</sup> Kuendig H. Estimation du nombre de personnes alcoolodépendantes dans la population helvétique (Rapport de recherche No 56). Lausanne: Addiction Info Suisse; 2010.
- <sup>4</sup> Jeanrenaud Claude et al. Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse. Rapport scientifique OFSP, Octobre 2003.
- <sup>5</sup> Recommandations OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour une consommation d'alcool à moindre risque, vendredi 29 mars 2002. <http://www.alcoologie.org/Recommandations-OMS-Organisation.html>
- <sup>6</sup> Wicki M & Gmel G. Rauschtrinken und chronisch risikoreicher Konsum: Konsistente Schätzung der Risikoverteilung in der Schweiz aufgrund verschiedener Umfragen seit 1997. *Addiction Suisse* 2005: GL-688.
- <sup>7</sup> ISPA (2004). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé des années concernées.
- <sup>8</sup> Davies DI. Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Q.J. Stud Alcohol* 1962; 23: 94-104.
- <sup>9</sup> Lovibond SH, Caddy GR. Discriminated aversive control in the moderation of alcoholics drinking behavior. *Behav Therap* 1970; 1: 437-444.

- 
- <sup>10</sup> Sobell MB, Sobell LC. Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy : results. *Behav Res Ther.* 1976; 14(3): 195-215.
- <sup>11</sup> Sobell MB, Sobell LC. It is time for low-risk drinking goals to come out of the closet. *Addiction* 2011; 106(10): 1715-7.
- <sup>12</sup> Dawson DA, Grant B, Stinson F, Chou P, Hunag B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence : United States, 2001-2002. *Addiction* 2005 ;100 : 281-292.
- <sup>13</sup> Maffli E, Kuntsche S, Delgrande Jordan M, Francis A (2003). *Ambulante Suchtberatung 2001 - Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich / Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 2001 - Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue.* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS) / Office fédéral de la statistique (OFS).
- <sup>14</sup> [http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/dep\\_no31\\_Klingemann.pdf](http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/dep_no31_Klingemann.pdf)
- <sup>15</sup> Emond S. Conception et évaluation d'un programme de prévention secondaire en toxicomanie. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal. 1994.
- <sup>16</sup> Sanchez-Craig M. Guide à l'intention des thérapeutes: prévention secondaire des problèmes liés à l'alcool. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie. 1996.
- <sup>17</sup> McNaughton S, Sauvé L, Ashmore J, Robson R. Drinking decisions. An innovative approach to problem drinking. *Can Nurse.* 1998 Jun; 94(6): 26-9.
- <sup>18</sup> Simoneau H, Landry M, Tremblay J. *Alcochoix+ : un guide pour atteindre vos objectifs.* Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 116p. 2004.
- <sup>19</sup> Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR & Grant M. Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) : WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
- <sup>20</sup> Tremblay J. (1999) du "Short Alcohol Dependence Data Questionnaire" (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983)  
[http://www.risqtoxico.ca/documents/DEBA-A\\_v1.8p\\_2012-02-24.pdf](http://www.risqtoxico.ca/documents/DEBA-A_v1.8p_2012-02-24.pdf)
- <sup>21</sup> Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of life in alcohol-dependent subjects- a review. *Quality of life research* 1999; 8:255-261.
- <sup>22</sup> Cournoyer, L.G., Simoneau, H., Landry, M., Tremblay, J. & Patenaude, C. (2009). Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+. Rapport final d'une recherche subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC #2008-TO-120890), 229 pp.
- <sup>23</sup> Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165(9): 986-995.
- <sup>24</sup> Robson E, Edwards J, Gerry P, Mills, K. Drinking decisions, final evaluation report. Capital Health Authority, Public Health services, september, 1995.
- <sup>25</sup> Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behav Ther* 2000; 31: 135-149.
- Walters ST, Benett ME, Miller JH. Reducing alcohol use in college students : a controlled trial of two brief interventions. *J Drug Educ.* 2000;30(3): 361-72.
- <sup>26</sup> Rosenberg A. Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin* 1993; 113(1): 129-139.
- <sup>27</sup> Simoneau H, Landry M, Tremblay J. Manuel de l'intervenant «Alcochoix+» p.85.
- <sup>28</sup> Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. *Alcohol* 1999; 19: 261-71.
- <sup>29</sup> Sanchez-Craig M, Annis HM, Bornet AR, MacDonald KR. Random Assignment to Abstinence and Controlled Drinking: Evaluation of a Cognitive-Behavioral Program for Problem Drinkers. *J Consult Clin Psychol.* 1984; 52 (3): 390-403.