

**NOTE DE
CADRAGE**

Fiche points clés - Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ?

Validée par le Collège le 16 février 2022

Date de la saisine : 4 juin 2019**Demandeur** : Direction Générale de la Santé / Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques / Bureau prévention des addictions**Service(s)** : Service des Bonnes Pratiques / Unité Parcours, Pertinence, Coopération**Personne(s) chargée(s) du projet** : Marie-Olivia Chandesris

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Intitulé de la saisine de la DGS : « *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le suivi des personnes présentant une consommation au-delà des nouveaux repères de consommation d'alcool à moindre risque* »

L'élaboration de « fiches points clés – organisation des parcours », plutôt que des recommandations, est retenue au regard des nombreuses recommandations de bonne pratique déjà existantes et actualisées ou en voie de l'être telles que celles de la société française d'alcoologie (1). Elle s'inscrit aussi dans la continuité des travaux de l'HAS sur la thématique Alcool, en particulier au sein de la DiQASM (2-4).

1.2. Contexte

L'alcool est la substance psychoactive, d'usage licite, la plus consommée en France et en Europe (5, 6). Recherché pour ses effets euphorisant et désinhibant, mais aussi simplement par habitude, tradition ou convivialité, l'alcool est source d'importants dommages. Avec ou sans addiction, il génère des complications affectant toutes les dimensions de la personne (somatique, psychique, affective, sociale, économique) et de la société. Dans le classement selon la gravité des dommages globaux (individuels et collectifs) induits par les substances psychoactives, l'alcool est en première position, avant même l'héroïne, le crack, la cocaïne (7, 8). Ces constats vont à rebours des représentations culturelles et sociétales positives, encore très ancrées, valorisant son usage et associées à une sous-estimation de ses risques et de ses dommages (5, 9, 10). Le plan national de lutte contre les addictions 2018-2022

(11), inclut le renforcement de la lutte contre les dommages liés à l'alcool via la prévention, une logique de parcours de santé dédié et une attention particulière aux populations plus vulnérables.

Dommages sanitaires, sociaux et économiques liés à la consommation d'alcool

On estime à 43 millions le nombre de consommateurs en France (12). Comme l'HTA ou le diabète, le problème de consommation excessive d'alcool touche une large partie de la population. Qu'il s'agisse d'usage chronique ou d'alcoolisation ponctuelle importante (API ou *binge drinking* visant l'ivresse en un minimum de temps et définie par l'absorption de plus de 6 verres standard en moins de 2 heures), les risques sont très importants (5, 13, 14). Selon les « Baromètres santé », en 2009 près de 50 000 personnes sont reçues dans le cadre d'un sevrage alcoolique chaque semaine en médecine générale (15). En 2010, plus de 100 000 personnes dont 2/3 en état de dépendance à l'alcool étaient prises en charge au sein d'un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). En 2015, l'alcool était la première cause d'hospitalisation en France (16). Sur l'ensemble des hospitalisations comptabilisées en 2011, les hospitalisations conventionnelles en lien avec une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) représentaient plus de 400 000 patients souffrant d'un authentique trouble de l'usage d'alcool (5).

L'alcool peut nuire au quotidien immédiat des personnes tant d'un point de vue sanitaire (cas du *binge drinking* à l'origine d'une perte de contrôle, d'accidents traumatiques, d'agressions, de rapports sexuels non consentis, de coma éthylique) que social (via la perte d'emploi, les difficultés relationnelles, les ruptures affectives, les violences) (5, 17). Mais ses effets délétères peuvent ne pas être d'emblée visibles et ne survenir insidieusement qu'après de nombreuses années d'une consommation soit n'ayant jamais été repérée comme étant à risque, soit excessive chronique mais banalisée. Plus de 200 maladies sont répertoriées (cancers, pathologies cardio-vasculaires, troubles psychiatriques et neurocognitifs, affections digestives) grevant le pronostic vital et la qualité de vie (5, 18).

La mortalité liée à l'alcool est estimée à 41 000 décès annuels en 2015 en France (soit en fourchette haute à l'échelle mondiale) affectant pour majeure partie les hommes (73%) et constituée pour 1/3 de cancers, pour 1/4 de maladies cardio-vasculaires suivis par les accidents, les suicides et les maladies digestives (13, 19). L'alcool est encore associé à 30% des accidents mortels de la route (20). Il est la 2^{ème} cause de mortalité évitable après le tabac et la seconde cause de cancer lié au mode de vie après le tabac. Indépendamment du facteur tabac, 8% des nouveaux cas de cancer sont rapportés à l'alcool, dont 1/3 sont liés à des consommations faibles à modérées (12, 21) et le cancer du sein représente à lui seul 22% des décès féminins liés à l'alcool (21). Au total, l'alcool est la 7^{ème} cause de perte d'années de vie en bonne santé en France (12), 9% de l'ensemble des décès (13% masculins, 5% féminins) lui sont attribués.

L'alcool affecte particulièrement la tranche d'âge la plus jeune, 40 % de l'ensemble des décès attribuables à l'alcool affectant des personnes de moins de 65 ans (13). Il est le 1^{er} facteur de mortalité prématurée et d'incapacité chez les 15-49 ans au niveau mondial en 2016. En France en 2009, la part des décès attribuables à l'alcool est maximale chez les 15-34 ans (22 %) et les 35-64 ans (18 %) en comparaison des plus âgés (7 % chez les plus de 65 ans) (5, 13).

La majorité des études ne comptabilisent que certaines affections spécifiques (tels que cirrhose alcoolique ou cancers des voies aéro-digestives) et/ou dont la fraction attribuable à l'alcool (ou fraction de mortalité « vie entière ») a pu être suffisamment précisée (21). Il en résulte une sous-évaluation de l'impact réel de l'alcool sur la morbi-mortalité induite pour nombre d'autres maladies. En dépit de ces limites épidémiologiques, le coût social de l'alcool est évalué à 6 % du PIB soit 120 milliards d'euros en 2010, la valorisation monétaire des décès et des maladies liés à l'alcool en constituant l'essentiel

(84 %) (12). Quant au coût pour les finances publiques (excès de dépenses rapportés aux recettes liées à l'alcool) il se situe à 3,7 milliards d'euros (5, 6).

Niveaux et repères de consommation

Les volumes d'alcool vendu demeurent en France parmi les plus élevés au monde (17, 22, 23). La quantité globale d'alcool pur absorbée sur le territoire français représente en 2019 en moyenne 2,51 verres standards, soit 27 g d'alcool pur, par habitant âgé de 15 ans ou plus et par jour (17).

Cette moyenne dépasse les repères désormais reconnus de consommation dite « à moindre risque » fixés à maximum 2 verres standards par jour et 10 verres standards par semaine avec 2 jours au moins d'abstinence hebdomadaire (soit une moyenne calculée à 1,4 verres standards par jour, 1 verre standard contenant 10 g d'alcool pur) conformément à l'avis d'expert émis en 2017 par Santé Publique France et l'Institut National du Cancer sur saisine de la DGS et de la MILDECA (21, 24). La toxicité dose-dépendante de l'alcool (dès le 1^{er} verre), l'effet de synergie toxique en cas de comorbidité ainsi que l'impact de la quantité et de la fréquence de consommation sur l'induction de dépendance ont justifié cette révision (25). Conjointement, le changement de vocabulaire, passant de l'intitulé « usage simple » à celui d'« usage à moindre risque » et usant du mot « repère » plutôt que « seuil », avait pour objectif d'étendre l'information, la prévention et le dépistage à l'ensemble de la population. Car si toute consommation d'alcool n'est pas à amalgamer à une pathologie alcoolique, toute consommation, même en deçà des repères dits « à moindre risque », peut être associée à un risque sanitaire et social. Cet avis d'expert visait aussi à solder la controverse quant à la possibilité d'un effet bénéfique ou, du moins, d'une absence de risque pour de faibles consommations d'alcool au regard de la réalité d'une morbi-mortalité globale liée à l'alcool bien plus importante et ce même pour de faibles consommations (14, 25). De fait, la majorité des dommages liés à l'alcool concerne des sujets sans critères de dépendance et donc sans conduite addictive (26).

Au total, toute consommation, même faible, étant à risque, les nouveaux repères doivent permettre à chacun de régler sa consommation en fonction de ses propres critères d'arbitrage et aux professionnels d'offrir une réponse graduée, adaptée au niveau de risque et d'accroche de chaque usager (21).

Évolution des consommations d'alcool – Données et problématiques actuelles

Les évolutions culturelles et sociétales ainsi que les changements opérés dans le discours des pouvoirs publics incluant, d'une part, l'intégration de l'alcool et du tabac au champ d'action de la MILDECA, d'autre part, des actions de mobilisation du gouvernement à compter des années 2000 (vis-à-vis de de la sécurité routière et de la lutte contre les cancers) ont eu des effets positifs mais insuffisants. Si les nombres d'accidents mortels et de condamnations pour blessure involontaire avec implication de l'alcool ont baissé depuis les années 2000, d'autres signaux sont analysés comme inquiétants (5, 17).

Selon le baromètre santé 2020, 23,7 % de français âgés de 18 à 75 ans (soit 1 personne adulte sur 4) ont une consommation *déclarée* (CDA) au-delà des nouveaux repères de consommation à moindre risque (21, 27). Le nombre de consommateurs quotidiens a cessé de diminuer depuis les années 2010, stabilisé à 10-11% de la population (5 millions, H 18 % – F 6 %) tandis que 50 % consomme de façon hebdomadaire (17). La prévalence du *binge drinking* s'est accrue, concernant 4 français sur 10 âgés de 15 à 75 ans en 2014 et affectant plus particulièrement les plus jeunes (28-30).

Les pratiques ont évolué défavorablement chez les femmes avec une baisse du *sex-ratio* pour tous types de consommation, y compris le *binge drinking*, alors qu'elles sont plus vulnérables à l'alcool que les hommes. Malgré la consigne d'abstinence totale pendant la grossesse, la consommation d'alcool

concerne 1 femme enceinte sur 5 à l'origine de troubles irréversibles pour l'enfant à naître, dont à l'extrême le syndrome d'alcoolisation fœtale (5, 31). La prévalence de ces troubles est estimée en France à 1/1000 naissances vivantes (12).

Des indicateurs témoignent de la vulnérabilité accrue des plus jeunes. Selon le baromètre Santé 2014, 86 % des adolescents ont déjà consommé (50 % à 11 ans, 79 % à 15 ans), l'alcool étant la substance psychoactive expérimentée en 1er par rapport au tabac et au cannabis (29). La même année, 8,7 % des adolescents consomment de l'alcool régulièrement (> 10 fois / mois). L'enquête ESCAPAD 2017 révèle pour 44 % des jeunes âgés de 17 ans au moins 1 épisode d'API dans le mois précédent (1 garçon / 2 et 4 filles / 10) et pour 16% d'entre eux plus de 3 API (28). Leur consommation diffère de celle des adultes et concerne préférentiellement la bière (63 %) et les alcools forts (67 %) avec un usage notable de prémix (5). L'expertise collective 2021 de l'INSERM souligne que 25 % des adolescents qui ont une consommation à risque continueront adultes avec le même type de consommation (12).

Insuffisances du système sanitaire et social face à l'usage d'alcool

Les constats généraux suivants sont établis :

- Défaut de systématisation, de généralisation et de précocité de la prévention et du dépistage de l'usage d'alcool à risque. Les médecins généralistes, notamment, ne détectent le plus souvent que les usages nocifs et/ou la dépendance. Un tel repérage dit « opportuniste » se révèle minimaliste puisqu'en définitive, il concerne des personnes ne relevant plus du repérage (26, 32).
- Défaut de mobilisation des professionnels des soins primaires, qui sont les acteurs clés, notamment des médecins généralistes. Parmi les facteurs invoqués : le manque de temps, de légitimité, de compétence, de formation, la réticence et le défaut de réceptivité des usagers, le manque d'efficacité des actions entreprises, le manque d'outils, l'isolement, la revendication d'un financement dédié (21, 26).
- Défaut d'accès aux soins spécialisés : moins de 10 % des personnes le justifiant (trouble de l'usage grave et/ou dépendance) y parviennent (vs 55 % pour la dépression) (5).
- Décennies de retard de soins (20 à 30 ans), pour partie due à l'injonction préalable soit de cesser soit de modifier un usage plutôt que d'envisager d'abord de le sécuriser (5, 33).
- Important sous diagnostic des conduites d'alcoolisation y compris chez des personnes à haut risque de présenter un véritable trouble de l'usage (exemple des patients hospitalisés pour un traumatisme) (16).

Le panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, effectué entre 2019 et 2020, sous l'égide de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) apporte les résultats publiés en 2021 suivants (32) :

- Très faible niveau de prévention et de repérage de l'usage d'alcool en pratique courante. Si 43 % des médecins généralistes déclarent effectuer un repérage systématique et renouvelé de l'usage d'alcool au sein de leur patientèle, seuls 17 % des 18-75 ans déclarent que le sujet alcool a déjà été discuté avec leur médecin généraliste. Une discordance déclarative qui témoigne aussi de l'attente des usagers concernant le sujet de l'alcool et de la légitimité qu'ils accordent à leurs généralistes pour traiter ce sujet.
- Méconnaissance et défaut d'information sur l'ensemble des risques attribuables à l'alcool et « évitables », notamment cancérigènes – y compris après correction du facteur tabac – ainsi que de déficience cognitive.

- Convictions erronées à l'égard des usagers d'alcool – qu'ils ne seraient, par principe, pas réceptifs aux prises en charge, a fortiori en cas de dépendance ; que s'ils ne veulent pas modifier leur usage c'est qu'ils ne veulent pas prendre soin de leur santé ; que les interventions brèves ne seraient pas compatibles avec les soins primaires – les privant, en conséquence, d'un accompagnement adapté.
- Défaut de connaissance en addictologie, en particulier du principe de *continuum* des consommations depuis l'abstinence jusqu'aux divers troubles de l'usage selon le DSM-V, justifiant un repérage et une information systématiques et réitérés destinés à l'ensemble de la population.

Ces résultats de la DREES sont en cohérence avec le programme européen PHEPA (*Primary Health care European Project on Alcohol*) (26) ce qui témoigne de l'absence d'évolution notable sur les 10 dernières années d'observation des soins primaires.

Renforcement de la lutte contre les complications liées à l'alcool

Dans cette optique, le plan national de lutte contre les addictions 2018-2022 (11) préconise de :

- Renforcer la prévention via la systématisation de l'information, de la sensibilisation ainsi que du repérage et de l'intervention précoces.
- Améliorer la prise en charge en construisant un parcours de santé alcool sur la base d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins spécialisés mieux structurée.
- Confirmer le rôle pivot des professionnels de premier recours dans le repérage, l'accompagnement, le suivi ainsi que l'orientation spécialisée éventuelle en cas de situation le justifiant.

Cela implique de :

1- Généraliser la prévention et systématiser le repérage précoce avec intervention brève (RPIB)

Face au très faible niveau de prévention et de dépistage vis-à-vis de la consommation d'alcool malgré les avantages attendus en termes de santé publique, d'importants travaux ont été produits depuis plus de 20 ans aussi bien à l'échelle internationale (26, 34) que nationale (35).

Il s'agit, d'une part, de diffuser au grand public les informations relatives à la consommation d'alcool et à ses risques : c'est-à-dire à tous les usagers et à tous les patients, avec une attention particulière pour les populations vulnérables (femme en âge de procréer, jeunes).

D'autre part, le repérage systématique et précoce des consommations d'alcool doit être réaffirmé et renforcé car il est le seul moyen de limiter la morbi-mortalité liée à l'alcool, en l'absence de dépendance (26). De fait, il faut intervenir bien en amont de la dépendance. Et pour réduire les dangers sanitaires et sociaux liés à l'alcool, il faut en réduire la consommation à l'échelle globale.

Divers travaux soulignent l'efficacité des programmes de RPIB en médecine générale¹ dans la réduction de la consommation d'alcool et la réduction de la mortalité attribuable à l'alcool (24, 26, 34, 36-

¹ Une intervention brève (5 minutes) faite par un médecin généraliste auprès de 25 % de sa patientèle épargnerait 91 années de pathologies et de décès prématurés pour une population de 100 000 personnes, soit 9 % des maladies et mortalités prématurées causées par l'alcool dans l'union européenne. Le rapport coût/efficacité est également nettement favorable. Il est estimé que pour 1 000 patients soignés par un médecin généraliste, la mise en œuvre et le maintien d'un programme de RPIB coûteraient 1 644 € par an en moyenne dans l'union européenne. Le RPIB fait clairement partie des interventions médicales permettant une amélioration de la santé les moins chères. A titre de comparaison, si pour un patient adulte tirant avantage de ce programme, 385 patients doivent être dépistés, cela demeure bien plus efficace en termes de dépistage que pour l'HTA (1 250 patients) ou le cancer colorectal (3 300 patients). Enfin, si 8 patients ayant une consommation d'alcool à risque ou nocive doivent bénéficier d'un conseil (intervention brève) pour qu'un patient tire avantage du programme, cela est deux fois plus efficace qu'avec le conseil minimal prodigué pour arrêter de fumer.

39). Mais ils subissent l'écueil de leur faisabilité et se révèlent encore très peu appliqués. Les médecins généralistes n'acquièrent pas la culture de la prévention et du dépistage vis-à-vis de l'alcool (40).

En France aussi, les difficultés de déploiement du RPIB en soins primaires persistent malgré les actions des pouvoirs publics, dont diverses publications à l'attention spécifique des médecins généralistes. Le programme « Boire moins c'est mieux » (BMCM – « *Drinking less is better* »), conduit par l'ANPAA, concluait à la nécessité d'un recadrage avec projection de travail à long terme impliquant les agences gouvernementales et les associations (35).

2- Construire un parcours alcool accessible à tous, individualisable et évolutif au gré des variations des modalités de consommation

Un parcours alcool ne s'arrête pas au repérage puisqu'il en conditionne l'entrée et le type selon ses résultats. Il ne se réduit pas non plus à une orientation spécialisée (en addictologie et/ou psychiatrie) puisque cela ne concerne qu'une faible proportion de personnes (trouble de l'usage sévère et/ou dépendance avérée après échec de soins ambulatoires).

Un parcours de santé alcool devrait être envisagé de façon large, de sorte à pouvoir répondre à un enjeu de population générale (87 % des 18-75 ans consomment de l'alcool soit plus de 40 millions de personnes) incluant une diversité infinie de situations individuelles et de besoins différents, autrement dit être :

- Flexible et gradualiste : s'adapter à tous types d'usages et de publics (quel que soit l'âge), à toutes trajectoires et situations spécifiques et à l'accroche fluctuante des consommateurs.
- Trans-professionnel : inclure tout professionnel susceptible d'effectuer du repérage, de l'information, du conseil, de l'intervention, des soins, de l'accompagnement, du suivi.
- Soutenu par une structuration pluridisciplinaire dédiée assurant l'articulation dynamique et efficiente des différents acteurs autant du sanitaire que du social, de la ville que de l'hôpital et du milieu associatif.

Les médecins généralistes sont essentiels au parcours alcool puisqu'ils en seront les acteurs exclusifs pour une majorité de sujets mais aussi un relais essentiel des soins spécialisés pour les usagers plus complexes qui ont justifié une orientation spécifique à un moment de leur parcours.

3- Déployer une dynamique globale de réduction des risques et des dommages (RdRD)

Quelle que soit la substance, le paradigme de la RdRD a relayé celui de l'abstinence et le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 souligne l'importance d'améliorer l'offre en la matière (11). Une expertise collective de l'INSERM publiée en 2021 déploie spécifiquement ce sujet (12).

En matière d'alcool, si l'abstinence reste aussi l'objectif idéal et le plus sûr, beaucoup ne peuvent s'engager dans cette voie. Nombre d'usagers à risque ou dépendants renonçaient à des soins spécialisés ou rechutaient à l'issue au temps où le sevrage en était la condition d'accès. Quant aux consommateurs faibles à modérés, ils ne souhaitent pas se priver d'un usage de plaisir, convivial et socialisant.

Les principes de la RdRD sont applicables à tous types d'usages d'alcool. Ils visent à sécuriser les pratiques d'usage pour protéger les personnes et reposent sur 3 piliers (33) :

- La sortie de l'usage lorsque cela est possible et souhaité par l'utilisateur.
- Le changement de l'usage – Il s'agit, en premier lieu, de réduire la consommation, au mieux en deçà des repères à risque. Cependant, toute réduction même modeste sera toujours bénéfique sur la morbi-mortalité et la qualité de vie. Il s'agit aussi de reprendre le contrôle de la consommation ce qui permet la restauration de l'autonomie fonctionnelle et sociale du sujet.

- La mise en place de moyens d'intervention visant à permettre aux personnes de sécuriser et de vivre au mieux leurs usages tels qu'ils se présentent lorsqu'ils ne peuvent ni ne souhaitent les modifier. Il s'agit notamment d'améliorer l'autogestion des *binge drinking*.

La RdRD passe par une alliance thérapeutique et sous-tend de solliciter les savoirs et les compétences du sujet en matière d'usage, de s'accorder à son objectif de consommation et de risques sur lesquels intervenir. Une telle alliance permet à l'usager d'être acteur, de choisir de façon libre, éclairée et selon sa temporalité, ce qui contribue à prévenir les réactions défensives ou de renoncement source d'échec.

Sur la base d'objectifs très diversifiés (autant que la diversité des usages et des individus), la RdRD développe toutes modalités d'accompagnement « à la carte » de l'usage pour en réduire les dommages. Elle s'ouvre ainsi à un plus large public d'autant que les demandes sont aussi évolutives.

4- Porter une attention particulière à des populations spécifiques

Le plan gouvernemental 2018-2022 souligne l'attention à porter aux publics les plus vulnérables du fait de leur âge et de leurs fragilités (11). Parmi les nombreux sous-groupes, les femmes et les enfants-adolescents sont des cibles spécifiques de la saisine de la DGS. Il s'agit d'intensifier la sensibilisation vis-à-vis de la grossesse et d'intervenir précocement auprès des enfants.

1.3. Enjeux

Les enjeux de ce projet sont nombreux et essentiels au regard de l'impact attendu en termes d'amélioration de l'état de santé physique et psychique des populations (et la réduction des coûts connexes) à laquelle s'associeraient nombre d'autres conséquences favorables parmi lesquelles la réduction des violences (intra et extra-familiales) et des accidents de la voie publique.

À l'échelle sanitaire, ces actions visent les enjeux suivants :

- Du point de vue des usagers :
 - Une amélioration du niveau d'information et de compréhension quant à la dangerosité de l'alcool, quant aux nouveaux repères de consommation à moindre risque ainsi qu'aux outils de repérage et aux dispositifs d'aide à la maîtrise des consommations.
 - Une meilleure appréhension et gestion de l'impact du mode de vie et de l'environnement sur la santé, dont une représentation plus juste de la réalité des risques et dommages liés à l'alcool.
 - Le recul de l'âge de la première expérimentation, la réduction de la consommation d'alcool autant en termes de fréquence que de quantité et plus généralement une amélioration des modalités de consommation dans une dynamique de RdRD (33).
 - L'amélioration de l'entrée dans un parcours alcool adapté à chaque situation individuelle de sorte à permettre un meilleur accès aux conseils, aux soins, et orientations adaptées.
 - Le recul des conduites de consommation problématique (consommations à risque et troubles de l'usage) et de la dépendance à l'alcool.
 - La réduction de la morbi-mortalité liée à l'alcool.
- Du point de vue de l'organisation des soins :
 - L'implication systématisée de tous les professionnels de premier recours, dont les médecins généralistes, dans la prévention, le repérage et l'accompagnement des consommations d'alcool par la pratique automatique et réitérée du RPIB pour tout patient.

- L'accompagnement (formation continue, soutien spécifique) des professionnels, notamment de premier recours, à la pratique de routine du RPIB et à l'accompagnement des usagers d'alcool dans une dynamique de RdRD.
- Le renforcement de l'organisation des soins et de l'accompagnement dédiés, permettant le conseil aux usagers, aux patients et aux professionnels, l'amélioration de la qualité du suivi par les professionnels, notamment de soins primaires, ainsi que les orientations adaptées en fonction des besoins (expertise et suivi psychiques, prise en charge addictologique, soins somatiques, interventions sociales ...).

1.4. Cibles

- Usagers et patients concernés :
 - L'ensemble de la population, consommatrice ou pas.
 - Attention particulière à des sous-populations cibles du fait de leur particulière vulnérabilité, parmi lesquelles deux sous-populations sélectionnées seront traitées :
 - * Enfants et adolescents (< 18 ans) ainsi que jeunes adultes
 - * Femmes, en particulier les femmes en âge de procréer
 - Usagers à risque et patients souffrant d'un trouble de l'usage et/ou d'au moins une problématique en lien avec l'alcool.
- Professionnels concernés :
 - Professionnels de soins primaires, notamment médecine générale sans compétence en addictologie, médecine d'urgence, médecine du travail, gériatrie, pédiatrie, pharmacien, dentiste, infirmiers en soins primaires et en ESSMS.
 - Spécialistes des addictions et de la santé mentale : psychiatrie, addictologie, psychologie clinique, infirmiers en CSAPA, CAARUD et de pratique avancée (IPA)
 - Spécialistes dédiés à la santé de la femme, la fertilité, l'obstétrique et la maternité : gynécologie – obstétrique, profession sage-femme, professionnels de PMI.
 - Spécialistes de l'enfance et de l'adolescence : pédiatrie, professionnels de santé scolaire et universitaire, pédopsychiatrie, professionnels de CJC.
 - Professionnels de l'assistance sociale

1.5. Objectifs

Élaborer des fiches points clés sur le repérage, l'accompagnement et le suivi des consommations d'alcool, applicables à l'ensemble de la population et adaptables au cours du temps et à chaque situation individuelle (selon les modalités d'usage, les risques attribuables, le contexte de vie, le choix personnel) sur la base du principe de *continuum* des consommations, des risques et des réponses pour les réduire dans une dynamique globale de RdRD.

Réaffirmer et renforcer la nécessité d'une systématisation du repérage précoce et de sa répétition régulière tout au long de la vie des individus, au gré des événements de vie et évolutions de l'usage.

Définir les diverses modalités d'intervention et d'orientation, à adapter aux résultats du repérage, aux besoins identifiés et à l'accroche de l'utilisateur : conseil simple, intervention brève, entretien

motivationnel, expertise et soutien approfondis (psycho-social, pharmacologique), orientation vers des soins ambulatoires (physiques et/ou psychiques), une assistance sociale, une association d'entraide par les pairs, des professionnels et structures spécialisés en addictologie.

Réaffirmer, au-delà de la nécessaire implication des différents acteurs des secteurs sanitaire et social, le rôle central des professionnels des soins primaires, tout particulièrement de la médecine générale, dans l'information, la prévention, le dépistage, l'accompagnement, le suivi et l'orientation adaptée aux besoins.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Il s'agit d'élaborer des « fiches points clés – organisation des parcours » sur la base des données de la littérature et des nombreuses recommandations de bonnes pratiques professionnelles déjà existantes, autant à l'échelle nationale (1) qu'internationale (41, 42), par ailleurs actualisées (les RBP de la société française d'alcoologie sont elles-mêmes en cours d'actualisation).

Étant prouvé d'un point de vue scientifique que toute consommation est à risque (21), le repérage, l'accompagnement et le suivi devront couvrir tous les types de consommation afin de n'exclure aucun consommateur (quel que soit son âge ou sa situation particulière) et d'apporter à chacun une réponse adaptée à sa situation propre à quelque moment que ce soit de son existence (chaque consommateur étant de fait susceptible d'évoluer dans ses modalités de consommation au gré de ses événements de vie et donc nécessairement d'évoluer dans l'accompagnement qui lui sera le plus adapté).

À cet effet, il s'agira de traiter des implications et de la mise en œuvre :

1/ Du RPIB en pratique clinique de routine pour toute personne consultant dans le cadre des soins primaires, cette systématisation étant seule à même de permettre un accompagnement adapté à chaque situation individuelle et de réduire les dangers sanitaires et sociaux liés à l'alcool :

- Un acte de dépistage systématique pour l'ensemble de la population à initier précocement dans l'histoire de vie et de l'usage de chaque individu ;
- Un acte permettant une intervention adaptée et un suivi régulier individualisé, éventuellement une orientation en fonction des vulnérabilités et des besoins spécifiques identifiés ;
- Un acte itératif, la réitération de l'évaluation des modalités d'usage, tout comme de l'intervention qui en découle étant seule à même d'en apprécier le bénéfice et de pouvoir prévenir et dépister l'occurrence d'un état le justifiant.

2/ De l'accompagnement et du suivi des patients et de l'entourage dans une dynamique globale et constante de prévention et de RdRD :

- Modalités d'interventions et d'orientations aussi diverses que chaque situation individuelle le justifierait, à quelque moment que ce soit du parcours et sans exclusion de telle ou telle intervention par rapport aux autres :
 - Conseils simples (tous supports y compris numériques) ;
 - Entretiens motivationnels ;
 - Interventions psycho-sociales ;
 - Soutiens associatifs et par les pairs (43) ;
 - Assistance sociale : logement, emploi, famille ;
 - Supports pharmacologiques ;
 - Soins somatiques, psychiques, addictologiques ;

- Modalités d'accès et de mise en œuvre des interventions de RdRD, notamment en soins primaires (33) ;
- Articulation des différents professionnels et structures dédiés de sorte à constituer et/ou consolider un maillage, adaptable à chaque territoire, apte répondre à la diversité des besoins.

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

Le travail aura pour support méthodologique le guide HAS d'avril 2015 dédié et intitulé : « Guide méthodologique pour l'élaboration des fiches points clés – Organisation des parcours ».

Il sera mené par une cheffe de projet de l'unité Parcours, pertinence et coopération et reposera sur :

1/ Une recherche documentaire et une analyse bibliographique portant sur :

- Les recommandations de bonne pratique publiées depuis moins de 5 ans (parfois 10 ans en l'absence d'actualisation récente) et émanant des :
 - Principales agences d'évaluation (HAS, NICE, ...)
 - Sociétés savantes (françaises, européennes, nordaméricaines)
 - Organisations professionnelles
- Les publications analysant les parcours, pratiques et organisation des soins en France
- Les publications internationales portant sur le parcours de soins

2/ L'avis des experts d'un groupe de travail puis d'un groupe de lecture

- Les réunions de GT viseront la production de fiches points clés - organisation des parcours, l'analyse des points critiques et la production finale d'une synthèse à soumettre au GL.
- Relecture externe par des experts professionnels et usagers.
- La réunion de finalisation du GT devra tenir compte des avis du GL et adapter la production en conséquence.

2.2. Composition qualitative des groupes

Groupe de travail à définir sur la base des différents professionnels, structures et usagers suivants :

- Associations de patients : usagers, patients experts, entraide et autosupport ;
- Soins primaires et de proximité :
 - Médecine générale sans compétence addictologique,
 - Pédiatrie,
 - IDE en libéral,
 - Pharmacien,

- Médecine d'urgence,
- Professionnels de l'enfance et de l'adolescence : pédiatre, pédopsychiatre et spécialistes AJA et de CJC,
- Professionnels de santé scolaire et universitaire : IDE, assistant.e social.e, médecin,
- Professionnels dédiés à la femme, incluant la fertilité et la maternité : gynécologie – obstétrique, sage-femme, néonatalogie, professionnels de PMI ;
- Professionnels de recours en addictologie et santé mentale :
 - Addictologie, dont professionnels d'ELSA, de CJC, de CSAPA et de CAARUD,
 - Psychiatrie,
 - Toute autre profession de recours en addictologie : médecin généraliste addictologue, IDE d'addictologie en SAU,
 - Psychologie clinique ;
- Assistance sociale (travailleurs sociaux de CCAS et de microstructures en addictologie) ;
- Santé Publique France.

Groupe de lecture à définir sur la base des mêmes experts que ceux du GT.

Une relecture sera aussi effectuée par la DiQASM ainsi que par les institutions suivantes : MILDECA, OFDT, INCa.

2.3. Productions prévues

- Un document destiné aux professionnels de santé sur le repérage systématique, la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool et les diverses modalités d'intervention, d'accompagnement et éventuelles orientations, en précisant les différents acteurs, structures et leurs articulations dans le cadre d'une organisation sanitaire et sociale adaptable aux spécificités de chaque territoire.
- Une synthèse des points critiques.

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : 25/01/2022
- Date de validation du collège : 16/02/2022
- Travail des différents groupes d'experts : année 2022
- Finalisation des travaux : année 2023

Références bibliographiques

1. Société française d'alcoologie, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, European Federation of Addiction Societies. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie* 2015;37:5-84.
<http://dx.doi.org/http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
2. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2017.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833717/fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-dans-les-centres-d-accueil-et-d-accompagnement-a-la-reduction-des-risques-pour-usagers-de-drogues-caarud
3. Haute Autorité de Santé. La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa
4. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages en ESSMS. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218478/fr/la-prevention-des-addictions-et-la-reduction-des-risques-et-des-dommages-lies-aux-conduites-addictives-en-essms-note-de-cadrage
5. Observatoire française des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. Paris: OFDT; 2019.
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
6. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Rapport national de l'OFDT à l'EMCDDA - 2020 [En ligne] 2020.
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/>
7. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010;376(9752):1558-65.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61462-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61462-6)
8. Bourgain C, Falissard B, Blecha L, Benyamina A, Karila L, Reynaud M. A damage/benefit evaluation of addictive product use. *Addiction* 2012;107(2):441-50.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03675.x>
9. Picard A. Un siècle de communication sur les risques liés à l'alcool. *La Santé de l'Homme* 2003;368:32-3.
10. Chaumontet L, Belgherbi S, Joannard N, Bello PY. La réponse publique en santé aux usages nocifs d'alcool. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2015;(90):34-7.
11. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022. Alcool, Tabac, Drogues, Ecrans. Paris; 2019.
<https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
12. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Paris: INSERM; 2021.
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/reduction-dommages-associes-consommation-alcool>
13. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health* 2013;23(4):588-93.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt015>

14. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392(10159):1923-94.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32225-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32225-6)
15. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. Dans: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, ed. Baromètre santé médecins généralistes 2009 Saint-Denis : INPES; 2011. p. 177-201.
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-medecins-generalistes-20092>
16. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *BEH* 2015;24-25:440-9.
17. Observatoire française des drogues et des toxicomanies, Palle C. Les évolutions récentes de la consommation d'alcool en France et de ses conséquences. Paris: OFDT; 2020.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2020.pdf>
18. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Alcool. Effets sur la santé. Paris: INSERM; 2001.
https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/expcol_2001_alcool.pdf?sequence=1
19. Nguyen-Thanh V, Guignard R. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé [dossier]. *BEH* 2019;5-6.
20. Marques C, Quatremère G, Andler R, Nguyen Thanh V. De nouveaux repères de consommation d'alcool pour limiter les risques sur sa santé ; Pourquoi les Français consomment-ils de l'alcool ? . *La Santé en action* 2020;(452):40-1.
21. Santé Publique France, Institut National du Cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Expertise. Saint Maurice: SPF; 2017.
<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>
22. World Health Organization. France. Alcohol consumption level and patterns. Geneva: WHO; 2018.
https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/fra.pdf?ua=1
23. Observatoire française des drogues et des toxicomanies. Quantité d'alcool mis en vente par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur) [En ligne] 2020.
<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>
24. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
25. Santé publique France, Marques C, Quatremère G, Andler R, Nguyen-Thanh V. Toute consommation d'alcool comporte des risques pour la santé. *La Santé en action* 2020;452:42.
26. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris; 2008.
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/referentiel/alcool-et-medecine-generale-recommandations-cliniques-pour-le-reperage-precoce-et-les-interventions-breves>
27. Andler R, Quatremère G, Gautier A, Soullier N, Lahaie E, Richard JB, *et al.* Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : Résultats du baromètre santé de santé publique France. *BEH* 2021;17:304-12.

28. Observatoire française des drogues et des toxicomanies, Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, *et al* Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Tendances 2018;123.
29. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations. Paris: INSERM; 2014.
https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/media/entity_documents/inserm-ec-2014-conduitesaddictivesadolescents-synthese.pdf
30. Caflisch M. Alcoolisation chez l'adolescent. Dans: Société française de médecine d'urgence, SAMU de France, ed. Urgences 2009. 3eme Congrès de la Société française de médecine d'urgence 2009. p. 1035-43.
https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2009/donnees/fs_tout_art.htm
31. Haute Autorité de Santé. Troubles causés par l'alcoolisation foetale : repérage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1636956/fr/troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-reperage
32. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Les Dossiers de la DREES N°80. Paris: DREES; 2021.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/DD80.pdf>
33. Fédération française d'addictologie. Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. 1er Audition publique 2.0. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. 7 - 8 avril à Paris. Paris: FFA; 2016.
34. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Management of Substance Abuse, Heather N. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on phase IV. Development on country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary Health Care. Geneva: WHO; 2006.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43519>
35. Michaud P, Dewost AV, Fouilland P. "Boire moins c'est mieux" Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins? Presse médicale 2006;35(5 Pt 2):831-9.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0755-4982\(06\)74701-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0755-4982(06)74701-7)
36. Scharll N, Maynié-François C. Utilisation des outils de repérage et d'évaluation des consommations à risque d'alcool, tabac et cannabis en médecine générale. Exercer 2021;170:60-5.
37. Barclay C, Viswanathan M, Ratner S, Tompkins J, Jonas DE. Implementing evidence-based screening and counseling for unhealthy alcohol use with epic-based electronic health record tools. Jt Comm J Qual Patient Saf 2019;45(8):566-74.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jciq.2019.05.009>
38. Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. Planning and implementing screening and brief intervention for risky alcohol use a step-by-step guide for primary care practices. Atlanta: CDC; 2014.
<https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/alcoholsbiiimplementationguide.pdf>
39. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol screening and brief intervention for youth. A practitioner's guide. Washington: NIH; 2021.
https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_AlcoholScreening_Youth_Guide.pdf
40. Rolland B, Naassila M, Paille F, Aubin H-J. The role of general practitioners in the 2015 french guidelines on alcohol misuse. Alcohol and Alcoholism 2017;52(6):747-8.
<http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/axx054>
41. Zhang D-X, Li ST-S, Lee QK-Y, Chan KH-S, Kim JH, Yip BH-K, *et al*. Systematic review of guidelines on managing patients with harmful use of alcohol in primary healthcare

settings. Alcohol and Alcoholism
2017;52(5):595-609.

<http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agx034>

42. Haber PS, Riordan BC, Winter DT, Barrett L, Saunders J, Hides L, *et al.* New Australian guidelines for the treatment of alcohol problems: an overview of recommendations. Med J Aust 2021;215 Suppl 7:S3-S32.

<http://dx.doi.org/10.5694/mja2.51254>

43. Association nationale de prévention en Alcoologie et Addictologie. La prévention des conduites addictives. L'expérience A.N.P.A.A. Paris: ANPAA; 2015.

<https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Guide-reperes-Prevention.pdf>