



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

**Agir en premier
recours pour
diminuer le risque
alcool : repérer tous
les usages et
accompagner
chaque personne**

Validé par le Collège le 20 juillet 2023

Descriptif de la publication

Titre	Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool : repérer tous les usages et accompagner chaque personne
Méthode de travail	Méthode d'élaboration des « fiches points clés – organisation des parcours » (HAS, 2015) avec groupe de travail et groupe de lecture.
Objectif(s)	<p>Diminuer les risques liés à l'alcool au sein de la population.</p> <p>Systématiser la question alcool en premier recours comme sujet de santé et de qualité de vie pour tous.</p> <p>Réaffirmer et renforcer la nécessité en premier recours d'un repérage précoce et régulièrement actualisé des consommations d'alcool, tout au long de la vie des individus.</p> <p>Sur la base des données du repérage, des choix et du savoir expérientiel de la personne, accompagner en premier recours chaque personne vers une diminution de son risque alcool, tout au long de son parcours de vie et de consommation.</p>
Cibles concernées	Les professionnels de premier recours dont les principaux sont : dentistes, diététiciens, infirmiers, médecins généralistes, pédiatres, pharmaciens, professionnels de la médecine du travail, de la santé de la femme (gynécologues, sages-femmes, PMI), des milieux scolaires et universitaires, des services d'urgence, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux et médico-sociaux.
Demandeur	Direction générale de la Santé (DGS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	<p>Chef de projet : Marie-Olivia Chandesris</p> <p>Assistante du projet : Isabelle Le PUIL</p> <p>Responsable de l'unité parcours, pertinence et coopération : Valérie Ertel Pau</p> <p>Chef du service des bonnes pratiques : Pierre Gabach</p>
Recherche documentaire	<p>Marie Georget et Patricia Marie : documentalistes</p> <p>Maud Lefevre : assistante documentaliste</p>
Auteurs	Marie-Olivia Chandesris et le groupe de travail
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf). Par ailleurs, la base de données publiques « Transparence-Santé » (www.transparence.sante.gouv.fr) rend accessibles les informations déclarées par les entreprises concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations déclarées par les entreprises ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 20 juillet 2023
Actualisation	
Autres formats	<ul style="list-style-type: none">- Synthèse des points critiques intitulée : « Diminuer le risque alcool pour tous : les points critiques en premier recours »- Outil d'aide intitulé « Outil d'aide au premier recours : repérer et accompagner pour diminuer le risque alcool pour tous »

Sommaire

Introduction	9
Méthode d'élaboration	11
Que sont les fiches points clés – organisation des parcours ?	11
Élaboration et rédaction des fiches points clés	11
Stratégie de recherche documentaire	11
Stratégie de sélection et d'analyse documentaires	11
Stratégie d'intégration de l'expertise professionnelle ainsi que de l'expertise issue des patients et des usagers du système de santé	13
Périmètre et cible des fiches points clés	14
Validation et diffusion	15
Note méthodologique, de synthèse documentaire et d'expertise des professionnels, des patients et des usagers du système de santé	16
1. Ce qu'il faut savoir sur l'alcool, les enjeux d'un accompagnement des usagers du système de santé et l'organisation sanitaire actuelle en la matière	17
1.1. État des représentations sociétales liées à l'alcool en France et des attentes en matière d'informations relatives à l'alcool	17
1.2. L'alcool : une substance aux multiples facettes	19
1.2.1. Alcool : plusieurs axes de définition	19
1.2.2. Clarifications sémantiques : consommation <i>versus</i> usage	21
1.2.3. Les modalités d'usage d'alcool : du quantitatif au qualitatif	22
1.2.4. À l'origine des consommations d'alcool	23
1.2.5. Les effets délétères de l'alcool	24
1.3. Le risque alcool d'un point de vue sanitaire	25
1.3.1. Le concept de risque en médecine	25
1.3.2. Alcool : pas d'effet protecteur ou neutre	25
1.3.3. Alcool : un facteur de risque multiple	26
1.3.4. Alcool : du risque toujours possible	26
1.3.5. Alcool : une méconnaissance des risques	27
1.3.6. Du risque aux dommages liés à l'alcool : mortalité attribuable et principe des repères de consommation d'alcool	29
1.3.7. Principes d'évaluation du risque alcool	31
1.3.7.1. Évaluation sur la base de la quantité d'alcool consommée	31
1.3.7.2. Évaluation qualitative, sur la base de facteurs multiples caractérisant les modalités d'usage	31
1.3.7.3. Évaluation populationnelle <i>versus</i> individuelle : toujours revenir à une pondération au cas par cas du risque alcool	33

1.3.8.	Alcool : des risques évitables et des risques maîtrisables	33
1.4.	Données sanitaires épidémiologiques relatives à l'alcool	34
1.4.1.	Données de consommation d'alcool	34
1.4.1.1.	Modalités d'évaluation des consommations : les consommations déclarées et les ventes d'alcool	34
1.4.1.2.	Données de consommation en population générale	34
1.4.1.3.	Données de consommation par modalités et par catégories d'usage	35
1.4.1.4.	Données de consommation par tranches d'âge et selon le genre	36
1.4.2.	Données de morbi-mortalité attribuable à l'alcool	37
1.4.2.1.	Morbi-mortalité attribuable à l'alcool en population générale	37
1.4.2.2.	La diversité des affections attribuables à l'alcool	38
1.4.2.3.	Des variations importantes de morbi-mortalité attribuable à l'alcool selon la tranche d'âge et selon le genre : une mise en lumière épidémiologique de vulnérabilités spécifiques	39
1.4.2.4.	Morbi-mortalité attribuable à l'alcool selon les modalités et les catégories d'usage : des résultats contre-intuitifs et révélateurs du déni de la réalité de l'ensemble des risques et des dommages liés à l'alcool	39
1.4.2.5.	Dommages pour les tiers : un interactionnisme toxique	41
1.5.	Le principe de consommation d'alcool à moindre risque	42
1.5.1.	Repères de consommation d'alcool : un changement de paradigme	42
1.5.2.	L'acceptabilité du risque, une variable aussi décisive que l'épidémiologie scientifique	43
1.5.3.	Les critères de quantité et de chronicité au cœur des repères de consommation d'alcool à moindre risque	44
1.5.4.	Intérêts et limites des repères de consommation à moindre risque	44
1.6.	Classification des usages d'alcool	47
1.6.1.	Choix d'une terminologie et d'une stratification des usages d'alcool comme étant toujours à risque potentiel pour la santé	47
1.6.2.	Les troubles de l'usage selon la 5 ^e version du <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health</i> (DSM-5)	48
1.6.3.	Le principe de <i>continuum</i> des consommations, de <i>continuum</i> des risques et de <i>continuum</i> des réponses possibles = un nouveau paradigme aussi	49
1.7.	Le repérage des consommations d'alcool	50
1.7.1.	Pour accompagner les personnes, il faut connaître leurs usages, les évaluer et agir en conséquence	50
1.7.2.	Les outils du repérage actuellement disponibles et validés pour évaluer les consommations d'alcool	51
1.7.2.1.	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i> – AUDIT	51
1.7.2.2.	<i>Fast Alcohol Consumption Evaluation</i> – FACE	53
1.7.2.3.	La version 5 du <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> – DSM-5	54

1.7.3.	Le repérage précoce avec intervention brève (RPIB) : une mesure phare pour diminuer le risque alcool	55
1.7.3.1.	Rappel historique et sur une collaboration internationale	55
1.7.3.2.	L'intervention brève du RPIB est au cœur du principe du « repérer pour agir »	58
1.7.4.	Données de performances du RPIB	59
1.7.5.	Le RPIB reste une recommandation réitérée des agences sanitaires à l'attention des professionnels de premier recours	60
1.8.	La réduction des risques et des dommages (RdRD) en matière d'alcool : une pratique émergente qui accroît les potentialités d'action visant la diminution du risque alcool	60
1.8.1.	Rappel historique sur la réduction des risques et des dommages (RdRD)	60
1.8.2.	Principes fondamentaux de la RdRD	62
1.8.3.	Application du concept et des principes de la RdRD à l'alcool	62
1.8.4.	RdRD en matière d'alcool en France	63
1.8.5.	La RdRD en matière d'alcool enrichit la diversité des actions possibles visant la diminution du risque alcool	64
1.9.	État des lieux de l'organisation de notre système de santé et des pratiques professionnelles vis-à-vis des consommations d'alcool en France	68
1.9.1.	Insuffisance globale de notre système de santé face aux usages d'alcool	68
1.9.2.	Défaut d'appropriation individuelle et collective de la question alcool comme sujet de santé pour tous	69
1.9.3.	Méconnaissance et défaut d'information sur l'ensemble des risques attribuables à l'alcool et évitables	71
1.9.4.	État des lieux en matière de repérage des consommations d'alcool en soins primaires	72
1.9.4.1.	Recommandations de l'INSERM relatives aux soins primaires concernant l'usage d'alcool	72
1.9.4.2.	Résultats du panel d'observation de la DRESS 2021 sur les pratiques et conditions d'exercice en médecine générale relativement aux conduites addictives	72
1.9.4.3.	Freins et difficultés des médecins généralistes face au sujet alcool	75
1.9.4.4.	Les modalités actuelles de repérage génèrent en elles-mêmes, ou du moins révèlent certains écueils ne facilitant pas la tâche des professionnels de premier recours	78
1.9.4.5.	Leviers envisagés pour améliorer le repérage des usages d'alcool en soins primaires	79
1.9.5.	État des lieux en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) liés à l'usage d'alcool	79
1.9.5.1.	État des connaissances, de l'appropriation et de la mise en pratique de la RdRD alcool	80
1.9.5.2.	Freins à l'appropriation, la diffusion et l'application en pratique courante de la RdRD alcool	80

2.	Accompagner en premier recours l'ensemble des usagers du système de santé pour diminuer le risque alcool	82
2.1.	La nécessité d'un premier recours diversifié au cœur de la dynamique d'accompagnement des personnes exposées à l'alcool	82
2.1.1.	Données réglementaires relatives au premier recours	82
2.1.2.	Le premier recours pour les personnes exposées à l'alcool : une définition élargie	83
2.1.3.	Une nécessaire diversité d'acteurs face à la réalité des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins	84
2.1.4.	La diversité des acteurs du premier recours en miroir de la diversité des situations et des besoins des personnes exposées à l'alcool	85
2.1.5.	La diversité des acteurs est aussi un atout face aux écueils des représentations sociales	87
2.1.6.	Le premier recours en matière d'alcool : d'emblée une vision d'équipe	87
2.1.7.	Porosité entre premier et second recours en matière d'accès à l'accompagnement des personnes exposées à l'alcool	88
2.1.8.	Face à la diversité des acteurs et de leurs actions, et à l'intrication de différents niveaux de recours, une indispensable coordination	89
2.2.	Informé : un préalable indispensable pour accompagner les personnes	89
2.2.1.	Parler d'alcool, un enjeu majeur de santé publique	89
2.2.2.	Faire de l'alcool un sujet de santé classique et automatique pour tous	90
2.2.3.	Avoir toujours conscience des écueils du sujet alcool pour les éviter	91
2.2.3.1.	Lutter contre les représentations trompeuses qui entourent l'alcool et ses usages	91
2.2.3.2.	Tout ce que l'information sur l'alcool ne devrait pas être	91
2.2.3.3.	Pondérer au cas par cas l'information générale relative à l'alcool pour la rendre crédible et utile à l'échelle individuelle	92
2.2.3.4.	Ce que « aborder le sujet alcool » pourrait être aujourd'hui	92
2.2.4.	L'information juste relative à l'alcool comme partie intégrante d'une pratique relationnelle qui donne toute sa place à l'individu	92
2.2.5.	Informé est déjà un « agir » qui contribue à diminuer le risque alcool	93
2.2.6.	La réalité des bénéfices de l'information mais la nécessité de pouvoir « agir » au-delà	93
2.3.	Repérer pour pouvoir agir sur les déterminants des consommations d'alcool	94
2.3.1.	De l'historique d'un repérage des consommations d'alcool à risque à un repérage universel des risques liés à l'exposition à l'alcool	94
2.3.2.	Appliquer les fondamentaux d'un « repérage-action » des consommations d'alcool : une responsabilité de santé publique pour tous les professionnels des secteurs sanitaire et social	95
2.3.3.	Les professionnels de premier recours sont les acteurs clés et privilégiés du repérage des consommations d'alcool	96

2.3.4.	Oser le repérage systématique des consommations d'alcool en premier recours, sans crainte d'isolement ou de difficultés : une vision partenariale et d'équipe au bénéfice de la santé publique	97
2.3.5.	Qu'est-ce que pourrait être un repérage en globalité et humanisé au plus près des personnes et de la réalité de leurs pratiques de consommation d'alcool	98
2.3.5.1.	Créer un climat de confiance et déstigmatisant est un préalable indispensable	98
2.3.5.2.	Le « pourquoi ? » à entendre au sens de « qu'est-ce que cela apporte à la personne ? »	99
2.3.5.3.	Le « comment ? » au sens des modalités qualitatives ainsi que des facteurs contextuels, situationnels et environnementaux des consommations d'alcool	101
2.3.5.4.	Le « combien ? » au sens des quantités et de la fréquence des consommations d'alcool	102
2.3.5.5.	Un repérage ouvrant au dialogue par-delà le sujet alcool	103
2.4.	Accompagner toutes les personnes exposées à l'alcool afin de diminuer le risque alcool à l'échelle individuelle autant que collective	104
2.4.1.	Normaliser et diffuser une démarche visant à diminuer le risque alcool à l'échelle individuelle autant que collective	104
2.4.1.1.	Diminuer le risque alcool est toujours possible, quelles que soient les modalités de consommation et les situations particulières à chaque personne	104
2.4.1.2.	L'intérêt croissant pour l'approche RdRD en matière d'alcool répond à une demande sociétale d'accompagnement	104
2.4.1.3.	La RdRD en matière d'alcool apporte un regard rénové sur les usages d'alcool et les usagers du système de santé face à l'alcool	105
2.4.1.4.	Le « faire avec » les consommations d'alcool comme condition et garantie du lien avec les usagers du système de santé sur le sujet alcool	106
2.4.2.	Accompagner la motivation et l'engagement des personnes comme préalable à tout changement de comportement vis-à-vis de l'alcool	107
2.4.2.1.	L'intervention brève	108
2.4.2.2.	L'approche motivationnelle	109
2.4.3.	Les professionnels de premier recours disposent d'un panel large, diversifié et ouvert de ressources et de potentialités d'accompagnement pour diminuer le risque alcool	114
2.4.3.1.	Des réponses aux questions « Quoi faire ? » et « Comment être soutenu ? » comme garantie de l'engagement effectif des professionnels de premier recours sur le sujet alcool	114
2.4.3.2.	L'accompagnement se coconstruit avec chaque personne dès le premier recours à partir des données du repérage	115
2.4.4.	Multiplier les voies d'entrée permet de diversifier l'offre d'accompagnement et de répondre à la diversité des situations et des besoins des personnes	116
2.4.4.1.	Porte d'entrée par les choix et les priorités de la personne	116
2.4.4.2.	Porte d'entrée par les risques	116

2.4.4.3.	Porte d'entrée par les effets recherchés	117
2.4.4.4.	Porte d'entrée par les besoins spécifiques	118
2.4.4.5.	Porte d'entrée par les modalités de consommation d'alcool	118
2.4.4.6.	Porte d'entrée par la composante addictive de l'usage d'alcool	119
2.4.4.7.	Porte d'entrée par les publics cibles	120
2.4.5.	Identifier et prendre en charge les comorbidités et toutes autres problématiques co-occurentes dans une démarche holistique d'accompagnement global	120
2.4.5.1.	Une approche multidimensionnelle psycho-somato-sociale	120
2.4.5.2.	Interventions psycho-sociales	123
2.4.5.3.	L'accompagnement en microstructure médicale en addictologie	124
2.4.6.	Valoriser et impliquer l'auto-support et l'entraide par les pairs	125
2.4.6.1.	La « pair-aidance »	125
2.4.6.2.	Patient partenaire et patient expert	125
2.4.6.3.	Groupes de parole	125
2.4.6.4.	Abstinence ou pas, un objectif commun d'accueil et d'accompagnement	126
2.4.6.5.	Un relais facilité vers le secteur de l'addictologie	126
2.4.7.	Accompagner aussi l'entourage des personnes en difficulté avec l'alcool	127

Table des annexes **129**

Références bibliographiques **177**

Participants **194**

Abréviations et acronymes **198**

Introduction

L'alcool est la substance psychoactive, d'usage licite, la plus consommée en France et en Europe (1, 2). Recherché pour ses effets euphorisant et désinhibant, mais aussi simplement par habitude, tradition ou convivialité, l'alcool est aussi source d'importants dommages, pourtant évitables. Avec ou sans trouble de l'usage (nouvelle manière de définir l'addiction conformément au DSM-5 (3, 4)), l'alcool peut générer des risques et des complications affectant toutes les dimensions de la personne (somatique, psychique, affective, sociale, économique, professionnelle, juridique) autant que de la société (5, 6). Le coût social annuel lié à l'alcool est ainsi estimé à 120 milliards d'euros (7, 8). Et 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, mais également avant le tabac (se référer à l'illustration en Annexe 1) (9, 10). 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 (11). Le sujet alcool souffre en conséquence d'un manque global de mobilisation pour en diminuer les risques.

À l'échelle sanitaire, c'est un sujet de grande ampleur, au même titre que le surpoids, le diabète et l'hypertension artérielle. En effet, on estime en France à 47 millions le nombre d'expérimentateurs d'alcool dans l'année parmi lesquels 43 millions sont des usagers d'alcool âgés de 18 à 75 ans, soit 87 % de l'ensemble de la population adulte. L'alcool constitue la 1^{re} cause d'hospitalisation (5, 6, 8, 12) (l'alcool représentant à lui seul 200 items de la codification hospitalière dans le cadre du PMSI) (13), un enfant sur 1 000 naissances vivantes naît avec un syndrome d'alcoolisation fœtale à des degrés divers (14, 15), la mortalité annuelle attribuable à l'alcool est estimée entre 40 000 et 50 000 décès, soit 9 % de la mortalité globale (une fourchette haute à l'échelle mondiale) (1, 16-18). À rebours des préjugés, la majorité des dommages concerne des personnes qui ne souffrent pas d'un trouble de l'usage (autrement dit, des personnes qui ne sont pas dites *alcooliques*, n'ont ni addiction, ni *a fortiori* de dépendance selon l'ancienne dénomination du trouble de l'usage sévère) mais sont invisibles du fait de consommations en quantités faibles à modérées ou excessives mais banalisées et à tout le moins non identifiées à risque (7, 19, 20). Tel est particulièrement le cas des effets cancérigènes de l'alcool encore largement méconnus et qui ne sont pas l'apanage des conduites addictives (21-23). À ce titre, l'alcool est la deuxième cause de cancer évitable (8 % des nouveaux cas annuels de cancer, soit 28 000 cas, sont attribués à l'alcool) après le tabac et indépendamment de lui (24).

À l'échelle sociale aussi, les dommages sont importants (5, 6, 25). L'usage d'alcool est retrouvé dans près de 30 % des cas de condamnations pour violence, 40 % des violences familiales, 30 % des viols et agressions, 30 % des accidents mortels de la route. Plus globalement, 1 Français sur 5 se dit affecté par les dommages liés aux consommations alcooliques de tiers (18). Prendre en compte les conséquences sociales (famille, emploi, budget, logement, insertion...) sur l'individu et sur ses proches est crucial pour prévenir les spirales infernales, notamment du renoncement, de l'aggravation et de l'exclusion¹.

La difficulté des professionnels de santé, en particulier de premier recours, à aborder le sujet alcool et à se mobiliser comme pour tout autre sujet de santé (alimentation, sommeil, activité physique, usage de tabac et/ou de drogues...) relève de facteurs multiples et intriqués impliquant, entre autres, leurs propres représentations ainsi que leur rapport intime à l'alcool soulignant par là la complexité d'une question ne pouvant, en réalité, se réduire à sa dimension strictement sanitaire et technique (en termes d'outils pour la pratique clinique). Souligner la difficulté et le défaut de sensibilisation, d'appropriation

¹ [Forum alcool & exclusion : une double peine \(03/07/2017\) – YouTube](#)

des connaissances scientifiques et d'engagement des professionnels de santé de premier recours dans leur mission de prévention et de repérage précoce des usages d'alcool (26), ainsi que le cas échéant de soins aux personnes le justifiant, ne peut s'appréhender qu'au travers d'une insuffisance de prise de conscience et de mobilisation beaucoup plus systémique (11). La logique, les données et les preuves scientifiques – en particulier celles de l'efficacité de divers outils, à l'instar du repérage précoce avec intervention brève (RPIB) validé depuis plus de 20 ans à l'échelle internationale grâce aux travaux de l'OMS autant que nationale et par ailleurs adapté à la pratique de la médecine générale en France (27) – ne suffisent manifestement pas à briser l'inertie clinique constatée sur le terrain. En 2021, seulement 17 % des personnes âgées de 18 à 75 ans rapportent que le sujet alcool a été abordé avec leur médecin généraliste (28), tandis que ceux-ci disent mettre en application le RPIB dans 22 % des cas (26), alors même que dans le cadre d'expérimentations effectuées plus d'une décennie auparavant, l'implémentation du RPIB en médecine générale en France avait pu atteindre 50 % sous couvert d'un soutien en termes de formation et de conseil addictologique (27). Ces constats invitent à toujours resituer la problématique sanitaire de l'alcool dans une globalité bien plus vaste, complexe et susceptible de contrarier durablement les enjeux pourtant incontestables liés à la santé et à la qualité de vie des personnes.

Le présent travail s'inscrit dans la continuité des travaux de la HAS sur la thématique alcool, en particulier les plus récents dédiés au repérage précoce avec intervention brève (29) ainsi qu'à la prévention des addictions et à la réduction des risques et des dommages en établissements et services sociaux et médico-sociaux, produits au sein de la direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (DiQASM) (30-35) tout en trouvant résonance avec la dernière expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), publiée en 2021, portant sur la réduction des dommages liés à l'alcool (7). Il résulte de la problématisation d'une saisine de la direction générale de la Santé (DGS) soulevant la question des modalités de suivi des usagers du système de santé au prisme des nouveaux repères de consommation d'alcool dits à moindre risque, validés en France à la suite de l'avis d'experts du 4 mai 2017 rendu par Santé publique France (SPF) et l'Institut national du cancer (INCa) (22). Il fait aussi écho aux priorités avancées par le plan national de lutte contre les addictions 2018-2022 dont celle de « construire des parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins spécialisée mieux structurée » ainsi que de « 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 » (36). Plus particulièrement, quant à la question alcool, ce plan prône 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. À cet effet et conformément à la saisine de la DGS, le présent travail aborde le sujet alcool en population générale, sans exclure quelque personne que ce soit, mais traitera aussi, dans un second temps, de façon approfondie d'une part la sous-population des femmes (à travers les différentes dimensions : santé de la femme, périnatalité, parentalité), d'autre part la sous-population des jeunes (mineurs, enfants et adolescents, ainsi que jeunes adultes) au regard de leurs spécificités et leur particulière vulnérabilité.

Méthode d'élaboration

Que sont les fiches points clés – organisation des parcours ?

L'élaboration de « fiches points clés – organisation des parcours » a été retenue en termes de production eu regard aux nombreuses recommandations de bonne pratique déjà existantes, actualisées ou en voie de l'être, à l'échelle nationale et internationale, en matière de repérage des usages d'alcool (29, 37-43), de diagnostic et de traitement des troubles de l'usage d'alcool (TUA) ainsi que de prise en charge des conséquences nocives des usages d'alcool (37, 38, 40, 41, 44-51). Ce choix était par ailleurs justifié par le fait de traiter la question alcool en population générale sans exclure les personnes souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool (TUA) ni s'y restreindre. Ainsi, ces fiches n'abordent pas les soins addictologiques spécifiques faisant principalement l'objet des recommandations précitées mais l'accompagnement de tout usager du système de santé vers une diminution de son risque alcool, quelle que soit sa situation particulière.

Ces fiches parcours ont pour objectif d'apporter des réponses dans un délai court et sous un format court à des questions qui portent sur l'organisation et l'optimisation des parcours et dont le périmètre est bien circonscrit.

Elles s'adressent aux :

- professionnels contribuant à la santé exerçant en ville, en établissements hospitaliers ou en ESSMS qui souhaitent s'organiser pour améliorer leur pratique ;
- institutionnels responsables de la mise en œuvre des parcours de soins au niveau des territoires, en premier lieu les agences régionales de santé (ARS).

La méthode d'élaboration des « fiches points clés – organisation des parcours » est décrite dans un guide méthodologique publié sur le site de la HAS². Elle comprend plusieurs étapes.

Élaboration et rédaction des fiches points clés

Stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire est décrite en Annexe 2.

Stratégie de sélection et d'analyse documentaires

L'analyse des données de la documentation sélectionnée a été intégrée dans le contenu de l'argumentaire, particulièrement au sein du chapitre 1, avant d'être enrichie et confrontée aux données d'expertise issues du groupe de travail dans le chapitre 2. Les travaux de la HAS sur le sujet ont été intégrés à chaque fois qu'ils correspondaient à la question posée. Les caractéristiques principales de la documentation retenue et analysée pour ce travail sont les suivantes.

² Haute Autorité de santé. Guide méthodologique – Fiches points clés, organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine ; 2015. [Haute Autorité de santé – Guide méthodologique – Fiches points clés, organisation des parcours \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/guide-methodologique-fiches-points-cles-organisation-des-parcours)

- Les publications analysant les parcours de santé et de soins et les pratiques professionnelles (particulièrement en termes de repérage et d'évaluation des consommations d'alcool) dans le cadre du premier recours (particulièrement en médecine générale), ainsi que l'organisation des soins relativement aux usages d'alcool et leurs complications en France. Parmi ceux-ci et de façon non exhaustive :
 - les travaux de l'ANPAA parmi lesquels le programme « Boire moins, c'est mieux » (*Drinking less is better*) portant sur l'adaptation des outils OMS de repérage et d'intervention aux conditions françaises d'exercice de la médecine (27) ;
 - le rapport d'élaboration et la fiche outil relatifs au repérage précoce et intervention brève produits par la HAS ainsi que les publications connexes analysées dans le cadre de cette production ou publiées secondairement et faisant référence à ce travail (29) ;
 - les recommandations cliniques relatives au repérage et aux conduites à tenir en médecine générale quant aux usages d'alcool. Il s'agit plus particulièrement de l'appropriation des recommandations du *Primary Health Care European Project on Alcohol* (comme précisé dans le chapitre à suivre relatif à la documentation sélectionnée à l'international) (19) ainsi que de l'ouvrage français porté par le Collège de la médecine générale intitulé « Alcool et médecine générale » (52) ;
 - le dossier dédié de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) et son panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale sous l'intitulé : « Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients » (26, 53) ;
 - des travaux émanant de Santé publique France (SPF), dont le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), mais aussi de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) relatifs aux perceptions et aux pratiques professionnelles, particulièrement des médecins généralistes, relativement à la prévention et au repérage des usages d'alcool, de même qu'aux perceptions et comportements des usagers (17, 28, 54, 55) ;
 - les données de recours aux soins (en médecine générale, en structure médico-sociale, notamment CSAPA, en hospitalisation) en lien avec l'alcool à travers les publications régulièrement actualisées de l'Office français des drogues et toxicomanies (OFDT) (1, 2, 5, 6, 18, 56) ;
 - les travaux et données relatifs à l'évolution des consommations d'alcool en France, aux dommages attribuables à l'alcool, de même qu'à l'évaluation et l'information transmise relatives aux risques liés à l'exposition à l'alcool, enfin la perception, l'acceptabilité et l'impact sur les pratiques professionnelles de cette dimension de risque (57). Il s'agit particulièrement des différents travaux épidémiologiques et des publications informationnelles et pédagogiques émanant de l'OFDT, SPF, l'Institut national du cancer (INCa) et l'INSERM. Il s'agit aussi de publications et d'ouvrages de nature sociologique abordant les questions de normes sociales et de comportements en société relativement à l'alcool au regard de l'importance des sciences humaines et sociales sur le sujet (58-62).

- Les travaux et publications internationaux portant sur le parcours de soins, en premier recours et plus particulièrement en médecine générale, relativement au repérage des consommations d'alcool et aux interventions visant la réduction des consommations et la diminution des risques liés à l'alcool. Parmi ceux-ci et de façon non exhaustive :
 - les travaux et publications de l'OMS, au premier rang desquels le projet global déroulé sur près de 3 décennies et intitulé *WHO collaborative project on detection and management of*

alcohol-related problems in primary health care et qui a impliqué la France (63, 64), mais aussi le *Global Alcohol Action Plan* (65) ;

- les travaux et publications nord-américains émanant des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dont le *Planning and Implementing Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use: A Step-by-Step Guide for Primary Care Practices* (66-68) ;
 - les travaux et publications à l'échelle européenne dont le *Primary Health Care European Project on Alcohol* (PHEPA) disposant d'une traduction française et porté par SPF et l'INCa (19) (se référer au chapitre 1.7.3.1) et l'*European Alcohol Action Plan* (69-71).
- Les travaux et publications relatifs à la réduction des risques et des dommages (RdRD) en matière d'alcool en France et à l'étranger. Parmi ceux-ci et de façon non exhaustive, notamment à l'échelle nationale :
- l'expertise collective de l'INSERM sur la réduction des dommages associés à la consommation d'alcool et l'analyse documentaire qui en est constitutive (7) ;
 - le rapport du Fonds Actions Addictions (F2A) sur la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (72) ;
 - le rapport d'orientation et les recommandations issues de l'audition publique au ministère de la Santé portant sur la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives (73-75) ;
 - les travaux et publications émanant d'associations de professionnels visant à informer, former, outiller les acteurs de terrain (dont les médecins généralistes) en matière de RdRD en matière d'alcool (76, 77) ;
 - l'avis du Conseil économique, social et environnemental en matière de réduction des risques liés à l'alcool et au tabac (78) ;
 - les travaux de la HAS en matière de RdRD émanant de la DiQASM (30-35) ;
 - certaines publications internationales ont aussi été retenues (43, 79-85).

Les publications, dont les recommandations de bonne pratique, relatives aux prises en charge addictologiques des conduites addictives, particulièrement le trouble de l'usage (dont le sevrage et le maintien de l'abstinence, le support pharmacologique), ainsi qu'à la gestion des complications des usages d'alcool (affections somatiques et psychiatriques consécutives) n'ont pas été retenues puisqu'elles ne faisaient pas l'objet du présent travail.

Stratégie d'intégration de l'expertise professionnelle ainsi que de l'expertise issue des patients et des usagers du système de santé

Conformément aux trois piliers de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM)³ (61, 62, 86) incluant les données de la littérature scientifique, les pratiques cliniques et les préférences des patients et devant contribuer, sans priorisation de l'un par rapport à l'autre, à la production de l'expertise scientifique⁴, cette analyse documentaire a été enrichie par :

³ [Haute Autorité de santé – Regarder en replay le colloque HAS « L'expertise scientifique face aux crises : refonte ou ajustements ? » \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/haute-autorite-sante/actualites/2021/07/15/colloque-has-l-expertise-scientifique-face-aux-crisis-refonte-ou-ajustements)

⁴ [Haute Autorité de santé – Online conference on "Scientific expertise in the face of crises: overhaul or adjustments?" – November 15, 2021 \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/haute-autorite-sante/actualites/2021/07/15/colloque-has-l-expertise-scientifique-face-aux-crisis-refonte-ou-ajustements)

- l'expérience de terrain et l'expertise des professionnels concernés issus du milieu sanitaire et du secteur social et médico-social, grâce à la constitution de groupes de travail (GT) distincts selon qu'il visait une production en population générale, pour la population cible des « femmes » et pour la population cible des « jeunes » incluant les mineurs enfants et adolescents ainsi que les jeunes adultes majeurs ;
- le vécu, les besoins, les savoirs expérientiels, l'expertise d'usagers du système de santé et de patients pairs quant aux usages d'alcool (qu'ils soient problématiques ou pas). Ces pairs peuvent être impliqués au sein d'associations d'entraide et d'auto-support et/ou être reconnus pour leur expertise, leurs compétences d'enseignement et d'accompagnement au titre de patients experts. Ils ont été systématiquement invités et intégrés à toutes les étapes du travail, notamment au sein des différents GT.

Ces groupes de travail sont détaillés dans le chapitre « Participants » en fin de document.

Le sujet alcool se caractérise par l'importance des données expérientielles ne faisant pas l'objet de publications scientifiques et donc se révélant accessibles uniquement par les échanges directs avec les professionnels et les usagers du système de santé (tels qu'ils ont été possibles durant les réunions de GT). Outre ce premier constat, le sujet alcool convoque aussi de nombreuses questions qui dépassent le périmètre de la science et de la médecine. Ces questions, qui sont des enjeux incontournables, peuvent être de nature sociétale, culturelle, politique, sociologique, comportementale. Cette réalité impacte nécessairement la production de ce travail qui, pour répondre aux questions soulevées, ne pouvait en conséquence se restreindre aux seules données scientifiques.

Périmètre et cible des fiches points clés

Le périmètre du travail s'est situé en amont des soins addictologiques, puisqu'il ne ciblait pas spécifiquement les conduites addictives vis-à-vis de l'alcool mais bien tout usage. La fiche décrit le repérage et l'accompagnement qui peuvent être réalisés par tout professionnel de premier recours et pour tous les usagers du système de santé (y compris donc les personnes souffrant d'un TUA mais pas exclusivement ces dernières), quelle que soit leur situation particulière et quelles que soient leurs modalités d'usage, dans une démarche visant à diminuer les risques individuels autant que collectifs liés à l'alcool – considérant un tel objectif comme toujours possible et applicable pour tous.

Sont analysées et détaillées les modalités de repérage, d'intervention et d'accompagnement pratiquées dans le cadre du premier recours. Certaines interventions sont à l'interface entre premier recours et recours ultérieurs de soins, voire entre premier recours et recours ne relevant pas strictement du sanitaire, à l'instar de l'assistance sociale pouvant relever du premier recours, du soutien psychique ne relevant pas nécessairement d'une expertise spécialisée, de certaines actions en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) ne relevant pas strictement de la dimension sanitaire, comme le risque juridique ou financier.

La prise en charge médicalisée des troubles de l'usage d'alcool, les modalités et le contenu des soins addictologiques ne sont pas abordés que ce soit dans la note méthodologique ou dans les fiches. L'addictologie apparaît donc au titre d'orientation en cas d'indication et de besoins spécifiques le justifiant. Tout comme la médecine somatique, l'accompagnement spécialisé en santé mentale, l'assistance sociale, le soutien associatif par des pairs et/ou des patients experts qui sont précisés au titre d'orientation mais non développés dans leurs contenus respectifs dans ce travail. Si ces orientations ne sont effectivement pas développées du fait du périmètre de ce travail mais pour autant clairement explicitées, c'est bien parce qu'œuvrer à la continuité du parcours de chaque personne, en favorisant

le recours, les passerelles, l'accès aux aides, aux accompagnements, éventuellement aux soins, adaptés à chaque situation individuelle, contribue à la santé et qualité de vie.

La cible de la production des fiches points clés est constituée par les professionnels de premier recours. Il ne s'agit pas seulement des médecins généralistes, mais de tous les acteurs intervenant en premier recours et contribuant à la santé des personnes exposées à l'alcool (l'argumentaire relatif aux professionnels de premier recours est développé dans le chapitre 2.1).

Validation et diffusion

La production issue de l'analyse documentaire, nationale et internationale, ainsi que de l'ensemble des données d'expertise et d'expérience du terrain et des pratiques professionnelles émanant des échanges entre les experts à l'occasion des réunions de GT a été soumise à un groupe de lecture (GL) (se référer au chapitre Participants). Les remarques du GL ont été discutées avec le GT pour aboutir à une version amendée.

Elle a aussi été soumise aux instances institutionnelles (direction générale de la Santé, direction générale de l'Offre de soins, direction de la Sécurité sociale, Caisse nationale d'assurance maladie, Santé publique France, Institut national du cancer).

Les productions (fiche points clés, synthèse des points critiques, outil d'aide) ainsi que l'argumentaire méthodologique et leurs annexes ont été soumis à la commission recommandations, parcours, pertinence, indicateurs (CRPPI) puis au Collège de la HAS pour validation.

Note méthodologique, de synthèse documentaire et d'expertise des professionnels, des patients et des usagers du système de santé

« Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool : repérer tous les usages et accompagner chaque personne »

1. Ce qu'il faut savoir sur l'alcool, les enjeux d'un accompagnement des usagers du système de santé et l'organisation sanitaire actuelle en la matière

Dans cette première partie, nous développons un argumentaire basé sur les données scientifiques et épidémiologiques les plus actualisées (tout en restant antérieures à la pandémie de Covid-19 au regard du caractère incertain de son impact sur l'évolution des consommations et des dommages liés à l'alcool (87, 88)) ainsi que sur l'état des lieux des pratiques professionnelles en premier recours vis-à-vis des usages d'alcool. La seconde partie (chapitre 2) reprend les données du chapitre 1 en y intégrant, de façon explicite, sur la base des réunions du groupe de travail, les données expérientielles (émanant directement de la réalité des pratiques professionnelles de terrain face à la réalité des usages, des attentes et des besoins des personnes exposées à l'alcool) et les données d'expertise issues des professionnels, des patients (dont patients experts) et plus généralement des usagers du système de santé. C'est à partir de la confrontation de l'ensemble de ces données (scientifiques, expérientielles et d'expertise conformément aux piliers de l'EBM) que sont formulés de façon enrichie dans le chapitre 2 les grands axes d'un accompagnement en premier recours de l'ensemble des usagers du système de santé dans un objectif de diminution du risque alcool.

1.1. État des représentations sociétales liées à l'alcool en France et des attentes en matière d'informations relatives à l'alcool

Autant à l'échelle individuelle que collective, le sujet alcool est encore tabou en France, empreint de déni et de stigmatisation, ainsi que de diverses représentations sociétales qui empêchent de le traiter légitimement et aussi naturellement que tout autre sujet de santé (7, 52, 60). Il s'agit pourtant d'un enjeu majeur de santé publique, de santé pour tous, à tous les âges de la vie, et pas seulement de santé pour les personnes souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool (TUA) (89).

À la représentation culturelle positive de la production viticole française (et de ses retombées économiques) s'opposent des représentations négatives, lourdes de stigmatisation et d'exclusion vis-à-vis des personnes qui auraient perdu le contrôle de leurs consommations, tout comme des personnes ayant tout simplement conscience de prendre des risques avec l'alcool et se risquant à en parler (90). Le poids des représentations est tel que les personnes qui se sentent en difficulté (même s'il ne s'agit encore que de soupçons ou de prémices de ces difficultés) s'autoexcluent elles-mêmes, en masquant leurs usages. Un tel mécanisme de défense, qui n'est alors pas déni mais stratégie de protection, vise à éviter d'être catalogué du côté stigmatisant et culpabilisant des consommateurs ayant perdu la main sur leurs consommations. Le poids de la stigmatisation peut par ailleurs être accru par différents facteurs tels que le genre, le statut social, l'âge, une comorbidité psychiatrique, la profession (91, 92). C'est ainsi que le poids des représentations négatives est bien plus fort encore vis-à-vis des femmes (52, 90, 93) qui masqueront en conséquence d'autant plus et mieux leurs consommations, et s'excluront d'elles-mêmes de certaines structures d'accueil et d'accompagnement comme les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) au profit de dispositifs d'information et d'aide préservant l'anonymat, à l'instar de certaines plateformes numériques ou des nouveaux

dispositifs d'aide que sont les microstructures (91, 94, 95). Mais au-delà encore et indépendamment même du genre, beaucoup de personnes en difficulté avec leurs consommations, ou aspirant simplement à de l'information, renoncent à s'adresser et à se confier à des professionnels de premier recours par crainte d'être jugées. Et beaucoup n'ont, en outre, pas de médecin généraliste. Comme très justement souligné par l'expertise collective INSERM 2021 sur le sujet : « Une difficulté de dire face à une difficulté d'entendre » (7).

À ces deux faces opposées des représentations relatives à l'alcool sont liés des travers tout aussi trompeurs pour l'une que pour l'autre. Du côté de la face positive, la culture, la tradition ancestrale, l'impact économique, la dimension de rite initiatique et de lien social, l'image de virilité chez l'homme contribuent au déni de la réalité des dommages liés à l'alcool (57) et particulièrement de l'impact des effets valorisants, permissifs et facilitants induits par l'absence de régulation commerciale et des messages promotionnels s'adressant aussi aux mineurs (7). Du côté de la face négative, ce qui est interprété comme manque de volonté, la perte de contrôle, l'étiquette alcoolique et/ou psychiatrique, voire toxicomaniaque, le jugement de honte porté sur les femmes conduisent à la discrimination et au rejet. S'y ajoutent aussi des fausses représentations, pour certaines dangereuses. Parmi celles-ci, l'effet longtemps avancé de l'alcool (en particulier du vin) comme prophylaxie de l'athérome coronarien et facteur de réduction de la mortalité cardio-vasculaire, alors que cette donnée est désormais infirmée grâce aux analyses scientifiques et épidémiologiques (3, 96, 97). Autre représentation erronée, celle que le vin ne serait « pas un alcool comme les autres » alors que, comme toutes les autres boissons alcoolisées, l'alcool pur contenu dans le vin est bien aussi de l'éthanol et a donc la même toxicité que toutes les autres boissons alcoolisées (98) (Annexe 3).

Contrastant avec ces représentations encore très ancrées, des enquêtes soulignent un intérêt autant qu'une attente sociétale significative concernant le sujet alcool, à la fois en termes d'informations et d'interventions. C'est ainsi que l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) publiait en 2020 les données suivantes : « Les représentations des Français à l'égard de l'alcool ont globalement peu évolué depuis 1999, sauf sur un point : la part de la population française âgée de 18 ans à 75 ans considérant que l'alcool pouvait être dangereux à partir d'une consommation occasionnelle ou dès l'expérimentation a nettement progressé entre 2002 et 2008. Ce pourcentage est ensuite resté stable entre 2008 et 2018. Dans le même ordre d'idées, l'opinion de la population française sur l'âge auquel il est acceptable de boire son premier verre d'alcool semble avoir évolué dans un sens plus restrictif : alors que dans les enquêtes de 2008 et 2012 environ 20 % considéraient qu'il était acceptable de boire son premier verre d'alcool avant 16 ans, cette proportion est tombée à 12 % en 2018 » (8). Une étude portée par Santé publique France (SPF) rapportait quant à elle que 87 % des usagers du système de santé âgés de 18 à 75 ans estiment que leur médecin généraliste est légitime pour aborder la question alcool et qu'il est normal que cette question puisse être abordée, ce qui témoigne implicitement de leurs attentes en la matière (28). Le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) publiait également en 2019 un éditorial relevant la pertinence d'une stratégie de diminution du risque alcool sur la base du constat d'une tendance de la population française à l'auto-régulation de ses consommations quotidiennes (17). Si elle se voit interprétée comme une tendance à la conciliation entre du plaisir et des risques consentis, une telle évolution sous-entend une prise de conscience ainsi que des décisions et des comportements en connaissance de cause. Les repères de consommation d'alcool émis en 2017 par SPF et l'Institut national du cancer (INCa) (22) constitueraient à ce titre un des éléments de réponse aux attentes légitimes d'information des usagers en la matière pour tendre, si ce n'est à une consommation définie comme étant à moindre risque, du moins à réduire ses risques en s'aidant de l'outil de repérage. Dans le même ordre de faits, et bien que différemment au regard de la spécificité de leurs usages, les jeunes développeraient aussi des stratégies d'auto-réduction de leurs risques en particulier

via des phénomènes de régulation solidaire. Pour autant, la population des jeunes souffre d'un manque évident de repères (99-101).

Forts des prémices de cette demande sociétale d'information et d'accompagnement des usagers du système de santé dans leurs consommations, autant que vecteurs de mobilisation, un des enjeux majeurs consiste à favoriser et à généraliser (y compris auprès des professionnels de santé) l'information juste sur l'alcool (notamment délestée de ses représentations trompeuses) ainsi que la prise de conscience effective des possibilités pratiques et des enjeux d'une diminution des risques associés à son exposition.

1.2. L'alcool : une substance aux multiples facettes

1.2.1. Alcool : plusieurs axes de définition

- D'un point de vue chimique

Le même éthanol est présent dans tous les types de boissons alcoolisées : vins, bières, alcools forts, prémix (mélange de boisson alcoolisée et de boisson non alcoolisée telle que soda ou jus de fruits). La littérature scientifique montre que la nocivité de l'alcool est liée à l'éthanol et à ses métabolites et non pas au type de boisson alcoolisée (5, 6).

Ainsi, les effets de l'alcool sur la santé ne divergent pas selon le type de boisson alcoolisée mais selon la dose d'alcool pur ingérée (22), les mêmes conséquences étant observées, qu'il s'agisse de vin, de bière ou d'alcool fort.

Eu égard aux variations dans le degré d'alcool des différents types de boissons alcoolisées, un calcul par le volume de boisson alcoolisée n'a pas de sens. Seuls compte l'évaluation des consommations par le biais de la quantité d'alcool pur et/ou par le nombre de verres standards (VS), 1 VS (ou 1 unité) étant étalonné en France à 10 g d'alcool pur (Annexe 3 illustrant de façon schématique l'équivalence des VS selon le type de boisson alcoolisée).

- D'un point de vue neurophysiologique et addictologique

Le site Drogues info service de Santé publique France (SPF)⁵ définit le terme « substance psychoactive » (SPA) comme tout produit ayant une action sur le cerveau. Les SPA les plus connues en France étant l'alcool, le tabac, le cannabis, l'ecstasy, les amphétamines et les drogues de synthèse, la cocaïne, l'héroïne, les hallucinogènes, les médicaments psychotropes, les solvants et certaines substances dopantes (2, 10). Le ministère de la Santé présente les SPA comme toute substance modifiant le psychisme, sans pour autant induire systématiquement de phénomène de dépendance ou de tolérance⁶.

Les SPA ont donc un potentiel addictif, ce qui conduit à introduire le terme « drogue » qui, selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), recouvre l'ensemble des produits psychoactifs (substances licites comme le tabac ou l'alcool ou substances illicites comme le cannabis, la cocaïne) dont la consommation perturbe le système nerveux central en modifiant les sensations, les perceptions, les humeurs, les sentiments, les états de conscience, ou encore la motricité. Les drogues agissent sur le circuit de récompense du cerveau et sur d'autres circuits dont dépend la gestion des

⁵ [Drogues info service \(drogues-info-service.fr\)](https://www.drogues-info-service.fr)

⁶ [Substance psychoactive – Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](https://www.sante.gouv.fr)

émotions, de l'humeur, de la motivation et des apprentissages. Les drogues provoquent souvent, dans un premier temps, des sensations de plaisir qui engendrent le désir de renouveler l'expérience et conduisent certains à ne plus pouvoir contrôler leur consommation, constituant dès lors une addiction⁷ (92). L'alcool et le tabac, bien que licites, ont une potentialité addictive et de dépendance au même titre que les drogues illicites et demeurent les SPA les plus consommées (2, 7).

L'addiction induit des dysfonctionnements cognitifs et émotionnels par altération de neurocircuits impliqués dans le contrôle comportemental (inhibition, fonctions exécutives), la gestion des émotions et les automatismes. Les meilleures objectivation et compréhension neurobiologique des mécanismes impliqués dans les conduites addictives, particulièrement le système de récompense, témoignent de l'importance et de la nécessité d'un abord aussi scientifique de ces problématiques. Il s'agit, d'une part, d'appréhender les personnes en souffrance et subissant des dommages en lien avec leurs usages sous l'angle de la maladie et non pas sous celui de la volonté et de la morale, d'autre part, d'effectuer des propositions thérapeutiques et d'accompagnement en cohérence avec la physiopathologie qui les sous-tend (3).

L'évolution de la nosographie des conduites addictives a conduit avec la version 5 du *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-5) à l'adoption d'un intitulé générique de trouble de l'usage (TU) – réunissant en son sein les critères d'abus et de dépendance – et ses déclinaisons en termes d'intensité selon le nombre de critères observés (4) (Annexe 4).

- D'un point de vue toxicologique

L'alcool est toxique à l'échelle tissulaire, cellulaire, mais aussi moléculaire et épigénétique. C'est par un tel mécanisme de toxicité épigénétique, affectant en période pré-conceptionnelle les gamètes mâles autant que femelles, que s'explique l'occurrence de troubles neurodéveloppementaux liés à l'alcool (TNDLA) constatés chez des enfants nés de mères abstinentes mais dont le père est consommateur actif d'alcool (102). C'est par de tels mécanismes que s'explique aussi l'effet cancérigène indépendamment de tous autres facteurs de cancérogenèse, cytolytique et fibrosant pour de nombreux organes.

La toxicité de l'alcool affecte en effet de très nombreux organes, particulièrement le système nerveux central et périphérique (cerveau, cervelet, nerfs périphériques), le foie, le système cardio-vasculaire (cœur et artères), le système digestif (13).

Ces effets toxiques affectent de façon variable en termes d'intensité et de nature les personnes exposées à l'alcool.

- Du point de vue de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'alcool est une SPA aux potentiels de toxicité pour l'organisme et d'addiction pour la personne. La consommation d'alcool est, de façon inhérente, associée à des risques pour la santé et représente à ce titre un authentique facteur de risque pour la santé des personnes. L'alcool représente ainsi le second déterminant de la santé dans le monde et la première cause de mortalité prématurée et d'incapacité chez les personnes âgées de 15-49 ans.

Eu égard à son ampleur, le fardeau global de la maladie (*overall disease burden*) attribué à l'alcool est considéré par l'OMS comme inacceptable. En 2016, la consommation d'alcool a entraîné quelque 3 millions de décès dans le monde (soit 5,3 % de l'ensemble des décès à l'échelle mondiale), tandis

⁷ [Addictions, drogues et santé publique : les données récentes | vie-publique.fr](#)

que l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI, soit le coût en termes de perte d'années de vie en « bonne santé ») était amputée de 132,6 millions d'années de vie « perdues » pour cause de maladies, handicap et décès précoces attribués à l'alcool (103, 104). Considérant l'unité de mesure de l'EVCI identifiée sous l'intitulé anglophone de *Disability-Adjusted Life Year* (DALY), l'alcool représente à lui seul 5,1 % de l'ensemble des DALYs dans le monde.

1.2.2. Clarifications sémantiques : consommation *versus* usage

Ambivalence sémantique des termes usage et usager d'alcool

- Une confusion autour du terme « usager » existe entre d'un côté « l'usager du système de santé », de l'autre « l'usager de drogues », lui-même étant un usager du système de santé. L'emploi du terme « usager » sans plus de précision sera donc, autant que possible, évité.
- La synonymie des termes « consommation » et « usage », de même que « consommateur » et « usager », est entendue, *a fortiori* au regard de l'emploi du mot « usage » dans les classifications des différentes modalités de consommation d'alcool, à l'instar de celle préconisée dans l'expertise collective produite par l'INSERM en 2021 (7). Pourtant, force est de constater une connotation péjorative issue de certains raccourcis du langage courant associée aux mots « usage »/« usager » de SPA car renvoyant à l'usage de SPA illicite, *a fortiori* de drogue (mot à tort entendu comme toujours illicite) et selon un mode toxicomane. Il en résulte un risque de confusion entre usage d'alcool/usager d'alcool et alcoolique/alcoolisme/toxicomane tels que se déployant dans le langage courant.
- Même si l'alcool fait partie des SPA les plus addictogènes (associé notamment à des automatismes de consommation), il ne génère pas toujours de trouble de l'usage. Il est régulièrement rappelé que l'addiction résulte de la rencontre d'une personne, d'un produit et d'un environnement (40), et qu'au sein de cette équation, une multitude de facteurs interviennent et interagissent, témoignant de la complexité de chaque situation particulière. Dans le présent travail, il ne s'agit pas de traiter du sujet des personnes souffrant d'un TUA et pour lesquelles l'alcool agit effectivement comme une drogue mais de toute personne exposée à l'alcool. Au regard de l'omniprésence de l'alcool dans notre société, de la prévalence des consommateurs (87 % des 15 ans et plus (1, 8)), de l'exposition des abstinentes aux effets de l'alcool par le biais des consommateurs, ce travail ne pouvait dès lors traiter le sujet alcool qu'en population générale dont la majeure partie n'est pas en situation de TUA (5, 6). Il est ainsi important que le vocabulaire employé et le style rédactionnel ne soient pas connotés « addiction » mais renvoient simplement à l'exposition, essentiellement par consommation, quelles qu'en soient les modalités.
- Ces constats sont d'autant plus intéressants qu'ils illustrent notre ambivalence face à l'alcool (ambivalence se retrouvant donc dans notre langage), à savoir que la consommation d'alcool serait de l'ordre de la norme tandis que l'usage d'alcool serait déjà de l'ordre d'une déviance comportementale et, par-dessus le marché, enfreindrait la loi.
- Une façon de résoudre de telles confusions implique de revenir à la physiopathologie et aux clarifications nosographiques grâce auxquelles la part comportementale de l'addiction est soulignée : « Ce qui fait l'addiction, ce n'est pas l'objet mais l'usage qui en est fait », autrement dit la modalité d'usage, non pas l'usage en soi *stricto sensu* (3).

Choix du vocabulaire employé dans ce travail

Nous préférons autant que possible l'intitulé consommateur d'alcool plutôt qu'usager d'alcool afin de ne pas le confondre avec l'usager de SPA au sens addictologique de trouble de l'usage (TUA) ou avec l'usager du système de santé qui devra alors toujours être précisé comme tel.

Les mots « consommation » et « usage » sont, en revanche, utilisés indifféremment. Le mot « usage » doit en effet être retenu puisqu'il s'agit de la terminologie en vigueur dans différentes classifications des catégories de consommation/d'usage d'alcool. Il s'agit de faire lien et d'être en homogénéité avec l'intitulé « trouble de l'usage d'alcool » et surtout d'illustrer ainsi le principe de *continuum* des différents usages entre eux depuis le non-usage jusqu'au trouble de l'usage, en passant par l'usage à moindre risque (défini par une consommation se situant en deçà des repères de consommation d'alcool) et l'usage à risque (consommation au-delà de ces mêmes repères), les consommateurs pouvant naviguer entre ces différentes modalités d'usage et n'étant pas figés de façon définitive dans une catégorie donnée (7, 19, 105) (Annexe 5).

1.2.3. Les modalités d'usage d'alcool : du quantitatif au qualitatif

S'il y a, de fait, déjà deux caractéristiques majeures que sont la quantité et la fréquence de consommation d'alcool, de nombreux autres facteurs interviennent et font grandement varier les modalités d'usage d'un individu à l'autre et chez un même individu. Il n'y a donc jamais deux consommateurs d'alcool parfaitement identiques et un même consommateur ne reste pas non plus identique à lui-même. Il évolue dans le temps, parfois beaucoup (passant du TUA au non-usage (abstinence) ou inversement (105)), et il peut aussi cumuler des modalités différentes d'usage.

Les principaux facteurs à prendre en compte pour définir les modalités d'usage incluent :

- Quantité : estimation en grammes d'alcool pur ou verres standards (VS) consommés par jour et par semaine.
- Fréquence :
 - chronique : consommation quotidienne, pluriquotidienne ou hebdomadaire en définissant le nombre de jours d'abstinence ou de consommation par semaine ;
 - ponctuelle : fréquence de consommation sur le mois, voire sur l'année.
- Rythme : lenteur ou rapidité de consommation avec la question spécifique des alcoolisations ponctuelles importantes (API) ou *binge drinkings* consistant à boire de très grandes quantités en un temps très réduit (la définition la plus consensuelle étant celle de 6 VS au moins, sur une même occasion, généralement en moins de 2 heures).
- Ritualisation (qu'elle soit individuelle ou sociale) : type de contenant, type de boisson, nombre de verres, lieu et circonstance(s) de consommations, horaire, ambiance.
- Contexte et environnement :
 - de façon solitaire ;
 - de façon socialisée : circonstance festive ou pas, en contexte familial, amical ou dans le milieu du travail ;
 - par tradition et/ou simple habitude de vie ;
 - de façon exceptionnelle en cas de circonstances particulières (événement festif) ;
 - en contexte permissif et valorisant l'alcool (y compris pour les plus jeunes incités directement par des adultes ou par mimétisme) ou au contraire de façon maîtrisée, voire contrôlée.
- Avec d'éventuelles vulnérabilités vis-à-vis de l'exposition à l'alcool :

- genre féminin ;
 - âges extrêmes de la vie ;
 - période conceptionnelle, projet de grossesse ou grossesse en cours s'agissant de l'exposition pré-conceptionnelle et per-gravidique de futurs enfants ;
 - mineur (durant l'enfance ou l'adolescence) ;
 - maladie psychiatrique et/ou souffrance psychique ;
 - isolement social et affectif ;
 - violences physiques et/ou psychologiques et affectives : intra-familiales, faites aux femmes, au sein du milieu professionnel ;
 - précarité sociale ;
 - affection somatique particulièrement hépatique, neurologique, cardio-vasculaire ;
 - situation de handicap physique, neurocognitif ou psychique ;
 - traitement en cours avec risque d'interactions médicamenteuses.
- De façon addictive :
- trouble de l'usage, d'intensité variable et avec ou sans dépendance ;
 - dans le cadre d'une polyconsommation d'autres substances psychoactives (licites, illicites ou médicamenteuses) ou d'une polyaddiction (y compris comportementale, telle que les jeux et le sexe) avec les risques de transfert d'addiction.

L'API ou *binge drinking* est une modalité d'usage particulière visant une alcoolisation massive très rapide et une ivresse aiguë (autrement dénommée biture express). Sa définition varie selon les pays sur la base de la quantité de verres standards retenue. En France, l'API est définie par l'ingestion d'au moins 6 VS en moins de 2 heures, sans distinction de genre. Aux États-Unis, il s'agit d'au moins 5 VS chez l'homme, 4 VS chez la femme en moins de 2 heures (106). Chez le mineur, la SFA définit l'API à compter de 5 VS (40).

Si l'API peut être très ponctuelle et festive, on observe aussi de plus en plus de *binge drinkings* de l'extrême ou de haute intensité (c'est-à-dire de 2 à 3 fois plus importantes en quantité que le repère des 6 VS). L'API peut ainsi être considérée comme l'expression d'un authentique TUA, *a fortiori* si elle se répète, que ce soit de façon intermittente (dipsomanie), voire quotidienne.

1.2.4. À l'origine des consommations d'alcool

Nous connaissons tous les raisons de consommer de l'alcool que sont :

- tradition culinaire et habitude culturelle ;
- convention sociale et usage mondain ;
- circonstance heureuse et festive ;
- code d'appartenance et d'intégration à un groupe.

Nous n'en avons pas toujours conscience et encore moins des possibilités de diminuer le risque alcool sans y renoncer et s'en priver totalement.

Répondre à la question du « pourquoi » des consommations d'alcool et en particulier des effets recherchés est essentiel. Si cet éclairage se révèle, certes, délicat à obtenir et infiniment variable selon les individus, les circonstances et les milieux de vie, il n'en est que d'autant plus précieux car à même de constituer des leviers de prise de conscience et de réflexion, particulièrement utiles pour la

recherche d'alternatives à l'alcool lorsque cela est possible et l'identification des nombreuses façons de moduler ses usages, dans ses diverses et infinies modalités, afin d'en diminuer les risques.

L'alcool peut aussi avoir des effets en quelque sorte « thérapeutiques », parfois totalement méconnus de la personne elle-même, et dont il faut absolument tenir compte. C'est ainsi qu'avant de devoir être considéré comme un problème chez une personne en difficulté avec ses usages et en subissant des dommages, l'alcool doit toujours pouvoir être interrogé comme une potentielle solution (bien qu'il s'agisse alors d'un usage inadapté). L'alcool peut en effet servir – et ce de façon rapide, efficace, légale et très facile d'accès – à :

- pouvoir aller vers les autres en cas d'isolement, de timidité, d'anxiété, voire de phobie sociale grâce à ses effets anxiolytique, désinhibant, socialisant ;
- apaiser la souffrance de blessures grâce à son effet anti-dépresseur ;
- répondre à l'ennui et l'inaction grâce à son effet stimulant ;
- contrôler des douleurs physiques et des souffrances morales grâce à ses effets anesthésiant, amnésiant, euphorisant.

La recherche et l'analyse de ces facteurs devraient ainsi être intégrées à la démarche de repérage des consommations d'alcool afin d'être au plus près de la réalité des pratiques et du vécu des personnes (ces éléments seront repris dans le chapitre 2.3.5 portant spécifiquement sur le repérage et ses modalités).

La meilleure compréhension et acceptation de ces besoins et effets éprouvés par la personne comme bénéfiques peut être complexe, chronophage et dépasser le cadre du repérage. Elle peut ainsi justifier et se faire grâce à la psychothérapie. Cette analyse des effets « pseudo-thérapeutiques » (l'alcool n'étant évidemment pas un bon remède) est d'autant plus importante si l'on souhaite accompagner une personne car il ne faudrait pas qu'une modulation de ses usages d'alcool vienne, en contrepartie, déséquilibrer, dégrader d'autres aspects de son existence, voire induise une décompensation psychique en termes, notamment, d'anxiété, dépression, isolement, ou plus grave encore de risque suicidaire. Le risque est aussi celui d'un transfert d'addiction vers d'autres substances ou comportements.

Prendre le temps, réfléchir aux effets recherchés, risques, priorités et à leurs poids et impacts respectifs, répondre aux besoins spécifiques de la personne tels qu'elle les exprime, s'inscrivent dans le cadre d'une prise en charge globale devant tenir compte de tous les paramètres et de leurs intrications (ces éléments seront repris et développés dans le chapitre 2.4).

Ainsi, la condition *sine qua non* pour qu'un lien puisse s'instaurer et se consolide dans la durée entre un praticien et son patient est la conscience commune et partagée qu'avant d'être un problème, l'alcool peut être une stratégie efficace même si elle n'est pas idéale. Qu'il y ait donc une reconnaissance, sans jugement, des effets recherchés par toute personne afin d'en tenir compte tout le long de l'accompagnement et de ne pas les amputer sans alternative.

1.2.5. Les effets délétères de l'alcool

Dans l'échelle de dangerosité et le classement selon la gravité des dommages globaux (individuels et collectifs incluant l'entourage des consommateurs) induits par les substances psychoactives, l'alcool est en première position, avant même l'héroïne, le crack, la cocaïne, le tabac, le cannabis et toute autre substance (9, 10) (Annexe 1).

Avec ou sans TUA, l'alcool génère des risques et des complications pouvant affecter toutes les dimensions de la personne (somatique, psychique, affective, familiale, parentale, sociale, économique, professionnelle, juridique) et toutes les dimensions de la société.

1.3. Le risque alcool d'un point de vue sanitaire

1.3.1. Le concept de risque en médecine

Le « risque » est une probabilité de survenue d'un évènement (habituellement péjoratif, autrement dit les chances qu'un danger se réalise) et correspond donc à une donnée statistique. Le risque n'est pas le « dommage » en lui-même (ici, toute complication induite par l'usage d'alcool) mais correspond à l'exposition (ici, la consommation d'alcool) à un « danger » (l'alcool). En médecine plus particulièrement, il est donc indispensable, avant toute décision, d'évaluer la balance bénéfices/risques (de peser le pour et le contre) d'une exposition à risque.

La définition du danger comme source potentielle de dommage pouvant affecter une cible conduit à une première manière de définir le risque comme la présence d'une cible dans le champ d'un danger. Il s'agit là d'une vision statique : l'exposition au danger que représente la consommation d'alcool. La sécurité est alors assurée par la réduction ou l'éviction du risque à la source. Si cette vision conserve en matière d'alcool toute sa pertinence, une autre vision dite dynamique s'impose, à savoir que le risque est sous-tendu par des causes dynamiques aux effets probables. En effet, d'une part, la propriété dangereuse (toxicité de l'alcool) n'est pas toujours perçue comme redoutable, d'autre part, si l'évènement dangereux (consommation d'alcool) est naturellement le déclencheur de cette propriété dangereuse, l'un et l'autre ne sont pas absolument corrélés (toxicité variable de l'alcool sur la base de très nombreux facteurs protecteurs et/ou du vulnérabilité). Ainsi, un évènement dangereux n'est pas systématiquement associé à l'occurrence d'une conséquence sur sa cible (à savoir un évènement dommageable) et ne préjuge pas de l'intensité de cette conséquence. Cet enchaînement d'évènements, tout comme l'importance des conséquences (ici, la gravité des dommages) n'étant pas prédéterminés, le risque se définit alors comme la combinaison de la probabilité d'un dommage et de sa gravité. Cette deuxième définition du risque déplace le point d'observation depuis le danger (l'alcool) vers la cible (le consommateur d'alcool) et renvoie à la potentialité que des personnes exposées à la toxicité de l'alcool en subissent des dommages. L'estimation du risque étant dès lors probabiliste, on ne s'intéresse plus à l'accident qui pourrait affecter une cible donnée (une personne), mais à celui qui pourrait affecter toute une population. Le risque et la sécurité sont bien des questions collectives (107).

1.3.2. Alcool : pas d'effet protecteur ou neutre

Les effets avancés jusque-là comme « protecteurs » et à la base du célèbre *French paradox* étaient en fait dus à des problèmes méthodologiques, en particulier à la présence de nombreux biais de confusion dont les plus critiques incluent la définition du groupe témoin et le caractère déclaratif des consommations d'alcool (22). Les études de meilleure qualité, avec notamment une répartition identique des facteurs de confusion, ne montrent pas de réduction du risque. Des études utilisant de nouvelles méthodologies comme l'épidémiologie génétique ou la randomisation mendélienne confirment l'absence d'effets « protecteur » ou « neutre » de l'alcool (89, 108, 109). L'effet protecteur précédemment décrit n'était donc qu'un artéfact. D'un point de vue épidémiologique, le risque alcool apparaît dès le premier verre (7, 22, 89) (Annexe 6).

Si quelque effet protecteur devait vraiment exister (en particulier un effet vasculo-protecteur susceptible d'impacter l'incidence des infarctus de myocarde), cela resterait sans commune mesure par rapport à la morbi-mortalité globale causée par les consommations d'alcool (89). La réalité scientifique et épidémiologique est que la consommation d'alcool augmente uniformément la pression artérielle (étant par ailleurs un facteur de résistance des traitements anti-hypertenseurs) et le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC), et plus particulièrement d'AVC hémorragique (97). L'alcool est bien un facteur de risque cardio-vasculaire à part entière (96, 109) et il est essentiel que les médecins ne contribuent pas à la confusion sur ce point (que ce soit par méconnaissance et/ou déni) en cautionnant la consommation d'alcool. Les experts se sont en effet accordés pour recommander de ne pas conseiller d'initier une consommation d'alcool, même faible, à des fins supposées d'amélioration de santé chez des non-consommateurs. D'autre part, l'INSERM suggère d'utiliser pour tout usage d'alcool, quels que soient son type, sa quantité et sa modalité, l'intitulé de consommation à risque (7).

1.3.3. Alcool : un facteur de risque multiple

L'alcool est un :

- facteur cancérigène : indépendamment du facteur tabac, 8 % des nouveaux cas de cancer sont attribuables à l'alcool dont 1/3 seraient liés à des consommations chroniques de quantité dite faible à modérée (23, 24, 54, 57, 110-112). Il est associé à de nombreux cancers et donc pas uniquement à l'hépatocarcinome ou aux cancers des voies aéro-digestives supérieures auxquels il est classiquement associé. C'est ainsi que 22 % des décès par cancer du sein sont imputables à l'alcool (5). Les cancers constituent de fait la 1^{re} cause de décès attribuables à l'alcool (1, 5) ;
- facteur neurotoxique à tous les âges de la vie : l'alcool est la 1^{re} cause de déficience mentale évitable et aggrave les troubles cognitifs liés à l'âge (7, 13, 113) ;
- facteur de risque cardio-vasculaire : les pathologies cardio-vasculaires constituent la 2^{de} cause de mortalité attribuable à l'alcool (96, 97, 109) ;
- facteur tératogène : en France, le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) représente 1,5 enfant/1 000 naissances vivantes et la fréquence de l'ensemble des troubles liés à l'alcoolisation fœtale (ETLAF) est estimée entre 0,5 et 1 % (13-15) ;
- facteur de risque d'addiction et de polyconsommation addictogène (2) ;
- facteur de risque accidentogène, au premier rang desquels les accidents de la voie publique (AVP) (5, 8, 36) ;
- facteur de risque de troubles et de souffrances psychiques (dépression, suicidalité) (92) ;
- facteur de risque de troubles comportementaux (agressivité, violences, impulsivité, mise en danger) (8, 25) ;
- facteur de risque social (désinsertion, ruptures, perte d'emploi) (25).

1.3.4. Alcool : du risque toujours possible

Dans le sillage de l'expertise collective 2021 de l'INSERM dédiée à l'actualisation des connaissances scientifiques sur l'alcool, les conclusions de Rémy Slama, directeur de l'institut thématique de santé publique de l'INSERM (7), sont claires :

- *L'alcool est dangereux pour la santé. Ce n'est pas seulement l'abus d'alcool qui est dangereux pour la santé.*

- *Le niveau de consommation d'alcool pour lequel le risque de dommages est minimal est de zéro verre standard par jour et par semaine.*
- *La relation dose-réponse de l'alcool est sans seuil. Il n'y a pas de niveau de consommation d'alcool sans risque. D'un point de vue épidémiologique, les dommages sont observables dès le premier verre.*

L'avis d'experts rendu en 2017 par SPF et l'INCa était similaire, dont les termes étaient les suivants : *Les études ont montré une augmentation de la morbidité et de la mortalité, à court et long terme, pour des consommations faibles d'alcool par jour. Ainsi, ce n'est pas « l'abus d'alcool » qui est à risque mais une consommation même faible. L'avertissement actuel sanitaire réglementaire est donc obsolète. Le nouvel avertissement pourrait être : « Toute consommation d'alcool comporte des risques pour votre santé » (22).*

À l'échelle populationnelle, les données épidémiologiques en termes de morbi-mortalité attestent de la précocité (conformément à la formule « dès le premier verre ») et de l'universalité des dommages qui n'épargnent ni aucune modalité d'usage ni aucun profil de consommateur. S'il faut des décennies de consommation pour que survienne une cirrhose du foie ou un cancer, à l'inverse, un coma éthylique (et les séquelles neurologiques qui l'accompagnent) ou un accident grave peuvent survenir et être mortels ou à l'origine de dommages immédiats, sévères et irréversibles dès une première alcoolisation et bien sûr en une seule occasion. De même, les effets néfastes de l'alcool peuvent survenir même pour de faibles niveaux de consommation, particulièrement chez des personnes en situation de vulnérabilité comme le très jeune âge (enfant, *a fortiori* en cas d'exposition *in utero*), mais pas seulement. Il est ainsi estimé que pour une consommation de 13 grammes d'alcool pur/jour (l'équivalent d'un peu plus d'1 verre standard), on enregistre 1 100 morts/an en France (7). Pour des raisons de volume numérique des personnes concernées (on estime à moins de 10 % la prévalence de consommateurs dépendants à l'alcool, c'est-à-dire en situation de TUA sévère ou modéré), la majorité des dommages globaux liés à l'alcool concerne de fait des personnes sans trouble de l'usage. Autrement dit, il s'agit de personnes qui, certes, pourraient avoir des consommations problématiques (mais sans forcément de TUA), mais aussi des personnes qui n'ont manifestement pas de difficulté apparente vis-à-vis de l'alcool et consomment modérément, voire faiblement (7, 20, 89). À partir de là, il est un fait avéré d'un point de vue épidémiologique que le risque alcool augmente régulièrement et dès la plus petite dose pour les cancers, les accidents, les suicides (3). Par ailleurs, même à faible dose, l'alcool affecte rapidement les réflexes, la vigilance et la capacité de jugement, ce qui induit ou accroît les vulnérabilités, favorise des prises de décisions inappropriées, augmente la survenue d'accidents (en particulier de la circulation), provoque des comportements violents ou à risque.

1.3.5. Alcool : une méconnaissance des risques

La méconnaissance par les professionnels de santé de l'ensemble des risques somato-psycho-sociaux attribuables à l'alcool, et par ailleurs évitables, a pour effet direct un défaut d'information juste et claire des usagers du système de santé en la matière. Cette méconnaissance relève d'un défaut d'appropriation (en lien au moins en partie avec le tabou, le déni et les représentations erronées sur le sujet au sein d'une société à laquelle ils font eux aussi partie) et/ou d'actualisation des connaissances relatives aux risques liés à l'alcool (soulevant la question de la formation et de l'enseignement durant un parcours professionnel de plusieurs décennies).

L'information sanitaire en matière d'alcool, qu'elle soit à l'attention des professionnels autant que des usagers du système de santé, manque en comparaison de l'abondance et de la constance de messages promotionnels et publicitaires survalorisant l'alcool et valorisant même les surconsommations

d'alcool (7, 22). Et en tous les cas, cette information échoue à éclairer de façon juste et performative la décision de chacun. L'information fait naturellement partie des axes de réflexion et d'action pour réduire les risques liés à l'alcool (se reporter au chapitre 2.2).

Deux exemples parmi d'autres pour illustrer la méconnaissance des risques liés à l'alcool :

- Les effets tératogènes de l'alcool sont méconnus et à tout le moins le niveau d'information les concernant n'est pas à la mesure de leur fréquence et de leur gravité

Les données relatives à l'information de la femme enceinte évoluent dans le bon sens mais restent perfectibles. L'enquête périnatalité de l'INSERM la plus récemment publiée sur les données acquises en 2021 révèle que 73 % des femmes enceintes déclarent avoir été questionnées sur leurs consommations d'alcool (*versus* 50 à 70 % auparavant selon les études). Il n'en demeure pas moins que 30 % des femmes rapportent donc, encore aujourd'hui, ne pas avoir bénéficié d'un échange et d'une information systématiques sur le sujet alcool par les professionnels de santé quant à la nocivité de l'alcool consommé pendant la grossesse pour leur futur enfant (114-116). D'autre part, même s'il est socialement convenu qu'une femme enceinte ne boit pas d'alcool, il n'est pas rare que cela lui soit malgré tout proposé pour des occasions particulièrement festives. De fait, en France, 1 femme enceinte sur 5 (soit 20 % d'entre elles) déclare consommer ou avoir consommé pendant sa grossesse (7, 114). L'alcool n'étant pas filtré par le placenta, l'alcoolémie fœtale est au moins identique à celle de la future mère. Un seul verre ou seulement quelques gorgées pour la femme enceinte constituent ainsi une alcoolisation importante et brutale pour un cerveau fœtal dont les conséquences peuvent être irréversibles.

Plus méconnu encore est l'impact des consommations d'alcool du conjoint. En période pré-conceptionnelle, l'alcool peut induire une toxicité de nature épigénétique sur les cellules germinales du futur père (spermatozoïdes) et par voie de conséquence une toxicité pour l'enfant à naître entrant dans le cadre de l'ensemble des troubles liés à l'alcoolisation fœtale (ETLAF) (117-119). Les répercussions en termes de message de santé publique sont majeures. Le zéro alcool préconisé pendant la grossesse devrait être étendu en amont, dès le désir d'enfant et concerner autant la future mère que le futur père.

La méconnaissance peut enfin relever d'une mauvaise compréhension de l'intitulé « alcoolisation fœtale ». Il ne s'agit pas d'une ébriété résolutive d'un nouveau-né à la naissance mais bien de lésions neurodéveloppementales irréversibles.

Ces résultats sont une illustration de la méconnaissance des risques, du défaut de systématisation de l'information sanitaire les concernant et du défaut de prévention dans cette situation particulièrement à risque vis-à-vis de l'alcool pour un enfant à naître alors même qu'elle est limitée dans le temps.

- Le risque cancérigène de l'alcool est mal connu

Une association statistiquement significative entre les ventes d'alcool et la mortalité liée aux cancers est observée dans la plupart des pays et persiste après correction du facteur tabac (7). L'alcool favorise en effet de très nombreux cancers, indépendamment du facteur tabac, y compris pour de faibles quantités d'alcool consommées de façon régulière (23, 54, 110, 111). Il en résulte que l'alcool est la 2^{de} cause de mortalité évitable par cancer et la 2^{de} cause de cancer lié à l'environnement et au comportement (autrement dit au mode de vie) après le tabac⁸ (24, 54). Parmi les cancers attribués à l'alcool,

⁸ [Alcool – Réduire les risques de cancer \(e-cancer.fr\)](https://www.e-cancer.fr/Alcool-Reducire-les-risques-de-cancer)

certaines semblent bien connues et non remis en cause à l'instar du carcinome hépato-cellulaire (ou hépatocarcinome) se développant des lésions de cirrhose éthylique. Le lien de ce cancer avec la cirrhose et la dépendance à l'alcool contribue d'ailleurs à alimenter l'idée que les complications liées à l'alcool ne surviennent qu'en cas de TUA sévère. À l'inverse, le lien avec d'autres cancers est mal connu, et à tout le moins reconnu, à l'instar du cancer du sein dont le lien avec l'alcool n'est pas intuitif, d'autant que pour partie il résulterait de consommations faibles à modérées sortant ainsi de la logique de survenue des complications de l'usage d'alcool seulement chez les personnes consommant chroniquement des quantités très importantes durant de nombreuses années. C'est une étude effectuée par le Royaume-Uni qui a permis de clarifier l'origine d'une augmentation d'incidence des cancers du sein survenue en parallèle de l'augmentation des ventes et de la consommation d'alcool par les femmes, sans autres facteurs de causalité potentielle identifiés (23). Par ailleurs, il est estimé en France que le cancer du sein représente 22 % de l'ensemble des décès féminins liés à l'alcool dont 1/3 au moins relève de consommations faibles à modérées (autrement dit, sans excès apparent) (5). Comme le tabac, l'alcool est donc bien un facteur hautement cancérigène et contribue à l'émergence de nombreux cancers (cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage, côlon et rectum, pancréas, sein) (24) (3), constituant dès lors un enjeu sanitaire crucial en termes de prévention de la cancérogenèse pour l'ensemble de la population et pas uniquement les très grands consommateurs d'alcool ou les personnes souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool.

1.3.6. Du risque aux dommages liés à l'alcool : mortalité attribuable et principe des repères de consommation d'alcool

Ce chapitre méthodologique a été rédigé sur la base de l'avis d'experts rendu par SPF et l'INCa en 2017 et provient donc pour grande partie du texte de cet avis (22). Les données épidémiologiques de morbi-mortalité sont quant à elles précisées dans le chapitre 1.4.2.

Définir le caractère attribuable à l'alcool des dommages qui y sont associés

Cet avis rend compte de la manière de définir le caractère « attribuable », tout en soulignant la complexité et les limites de cette définition : « La notion de fraction attribuable, fondamentale en épidémiologie, permet d'exprimer la part du risque d'apparition d'un évènement de santé (ici, un décès) due à l'exposition à une cause donnée (ici, la consommation d'alcool). Elle est classiquement calculée à partir du nombre de décès que l'on pourrait éviter en supprimant l'exposition. Cette proportion dépend du risque de décès (fonction en particulier de l'âge et du sexe) mais à l'évidence également de la « trajectoire » de l'exposition, c'est-à-dire de l'historique de la consommation d'alcool avant le décès du sujet. Parler d'une part attribuable de mortalité due à l'alcool dans la population suppose donc d'emblée que l'expérience de la mortalité de la population soit connue et que les conditions de l'exposition soient parfaitement définies, c'est-à-dire en particulier que la quantité consommée (en grammes d'alcool par jour par exemple) soit en quelque sorte « standardisée » au cours de la vie entière de chaque individu. »

Indicateur de mortalité

La mortalité (en nombre ou en taux) est l'indicateur le plus utilisé pour mesurer les dommages sanitaires associés à un comportement. Ce chiffre exprime plus que tout autre indicateur la gravité et l'irréversibilité des dommages provoqués par une maladie ou un comportement risqué. Cet indicateur est

calculé à partir des informations fournies par les médecins appelés à constater un décès. La fiabilité de cet indicateur dépend de la qualité des renseignements inscrits sur le certificat de décès et de la capacité du médecin à en diagnostiquer la cause exacte. Un grand nombre de maladies peuvent être provoquées par plusieurs causes. Il est nécessaire dans ces cas d'avoir recours à un calcul permettant d'attribuer une fraction de ce type de décès à l'alcool et en fonction des différents niveaux de consommation d'alcool. Ces « risques relatifs » sont calculés à partir d'enquêtes de cohorte ou d'études cas-témoins auprès d'échantillons représentatifs des Français permettant de comparer les proportions de maladies et de décès parmi des personnes consommatrices d'alcool ou non et selon différents niveaux de consommation, afin de calculer des fractions attribuables à l'alcool (des pourcentages) pour les décès suivant les différents types de pathologies recensées. De même que pour les estimations des consommations d'alcool, ce type de calcul s'accompagne de marges d'incertitudes. Les risques relatifs sont des moyennes auxquelles sont associés des intervalles de confiance plus ou moins larges.

Indicateur de morbidité

L'autre indicateur représentatif des dommages sanitaires liés à l'alcool est le nombre de personnes malades en raison de leur consommation d'alcool. Cet indicateur de morbidité peut s'exprimer en termes de prévalence (nombre total de personnes malades à un moment ou une période donnés) ou en termes d'incidence (nombre de nouveaux cas déclarés pour une maladie au cours d'une période donnée). Compte tenu des données existantes, cet indicateur se limite en pratique le plus souvent au nombre de personnes prises en charge par un professionnel de santé pour une pathologie dont l'alcool est totalement ou en partie responsable. Comme pour la mortalité, une part importante de sous-évaluation existe donc puisque ce sont seulement certaines affections qui sont comptabilisées (en cas d'implication directe et exclusive ou du moins principale de l'alcool). D'autres affections, sources de morbidité, ne sont de fait pas prises en compte alors même que l'alcool y contribue pour partie.

Choix de l'indicateur « fraction de la mortalité vie entière attribuable à la consommation d'alcool » pour définir les repères de consommation d'alcool

La mortalité est donc le critère unique de santé pour lequel une part attribuable à la consommation d'alcool a été définie. Bien qu'étant une schématisation réductrice, la disponibilité de données détaillées de mortalité (contrairement aux données de morbidité) – y compris par causes – en France (comme dans bien d'autres pays) a déterminé ce choix. D'autre part, la structure de la mortalité d'une population représente en effet un indicateur essentiel pour la connaissance de son état de santé.

Un groupe d'experts s'est appuyé sur les travaux du *Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH) à Toronto pour appliquer en France une simulation de l'impact de différents niveaux de consommations d'alcool sur le « surrisque de mortalité vie entière » afin de définir les niveaux pour lesquels ce surrisque serait « faible » ou « acceptable » et d'établir ainsi des repères de consommation d'alcool à faible risque. Il ne s'agissait aucunement de fixer un « seuil » de consommation en dessous duquel il n'existerait aucun risque mais bien de fournir un « repère » en deçà duquel le risque est considéré, à l'échelle épidémiologique, comme faible et permettant à chacun de régler sa consommation en fonction de ses propres critères d'arbitrage. Cette méthode, utilisée dans de nombreux pays, entre dans le cadre du projet *Reducing Alcohol Related Harm* (RARHA) financé par la Commission européenne.

1.3.7. Principes d'évaluation du risque alcool

Les facteurs à prendre en compte pour évaluer le risque alcool sont nombreux et ne peuvent se réduire à la seule variable quantitative même si elle est cruciale au regard de son impact sur la mortalité. Le poids relatif des différents facteurs (qualitatifs autant que quantitatifs) influençant le risque alcool varie considérablement d'un individu à l'autre et chez un même individu en fonction du temps.

1.3.7.1. Évaluation sur la base de la quantité d'alcool consommée

La quantité consommée d'alcool et la mortalité attribuable à l'alcool sont étroitement reliées. Elles évoluent de façon parallèle sur le mode d'une courbe de type effet dose (22) (Annexe 6).

Le facteur quantitatif est de fait essentiel dans l'évaluation du risque alcool. En l'absence de conséquences liées aux consommations (complications apparentes), c'est bien le niveau de consommation qui est considéré comme le plus approprié pour caractériser ce niveau de risque.

Cette évaluation quantitative passe par l'évaluation en grammes d'alcool pur et/ou en nombre de verres standards consommés de façon quotidienne et hebdomadaire (soit un jour type et une semaine type de consommation). En France, le verre standard (ou 1 unité) contient 10 grammes d'alcool pur et son volume ne dépendra donc que du degré d'alcool de la boisson en question (Annexe 3). La définition du VS peut varier selon les pays entre 8 g en Angleterre et 14 g par VS aux États-Unis par exemple (22, 120).

Cette évaluation quantitative pêche par son manque de fiabilité au regard du biais de déclaration des consommateurs : effet de minimisation spontanée (il est estimé que la CDA est minorée de 30 à 50 %) (5, 52, 55) ; problème de mémorisation (valable pour tous les consommateurs y compris pour des personnes qui ne sont pas en difficulté avec leurs consommations d'alcool, mais aussi en cas de troubles cognitifs induits par l'alcool) ; mauvaise appréciation des limites, notamment dans le cadre des TUA ; déni de l'importance quantitative réelle des consommations. Plus prosaïquement, il reste difficile pour les personnes d'avoir une vision claire et précise de ce qu'est le VS et de quantifier leur consommation avec cette unité de mesure. Les consommateurs ne parlent pas en VS consommés mais plutôt en occasions de consommation. À cela s'ajoute que les verres servis dans les débits de boissons ne correspondent pas toujours à des VS (qu'il s'agisse du contenant utilisé et/ou du volume servi).

1.3.7.2. Évaluation qualitative, sur la base de facteurs multiples caractérisant les modalités d'usage

Parmi les modalités d'usage influençant le risque, on distingue notamment l'impact de la fréquence et de l'intensité des consommations.

- Le risque chronique : la consommation chronique d'alcool augmente le risque de survenue d'un nombre important de maladies, augmente les complications somatiques et la mortalité proportionnellement à la quantité ingérée (effet dose-dépendant) sans effet seuil (121, 122). L'usage chronique même à faible dose favorise les cancers, lesquels constituent la 1^{re} cause de mortalité liée à l'alcool (1, 5, 23, 54). L'usage chronique est aussi à risque d'évolution vers un TUA. La consommation répétée d'alcool induit, en effet, des modifications cérébrales témoignant de phénomènes d'adaptation du cerveau à l'origine des effets de tolérance et d'automatisme (la perte du contrôle des consommations d'alcool, celles-ci devenant impératives et inflexibles). Par ailleurs, plus le circuit de la récompense s'active, plus l'alcool acquiert une place importante pour

l'individu, entraînant une boucle d'amplification vicieuse sous-jacente à la répétition de l'usage (et donc des rechutes/reprises des consommations après arrêt) et au stade le plus sévère du TUA qu'est la dépendance (avec le risque de sevrage à l'arrêt).

- Le risque aigu (ponctuel ou pas) : la consommation de fortes quantités d'alcool, à l'instar du *binge drinking*, peut provoquer une ivresse aiguë à risque de perte de contrôle de la personne alcoolisée, de violence sur autrui ou soi-même (suicide), d'AVP en particulier routier, d'accident du travail, de conduite à risque sexuel, à l'extrême d'un coma éthylique pouvant menacer la vie et à tout le moins générer des séquelles neurologiques (123, 124).
- Il n'est pas rare de cumuler un risque chronique et un risque ponctuel et donc de subir des effets immédiats et des effets différés (parfois extrêmement tardifs).
- À ce titre, certaines questions demeurent parmi lesquelles : Est-il plus toxique (notamment neurotoxique ou cancérigène) de faire des *binge drinkings* ponctuels mais répétés que de consommer sans excès apparent tous les jours pendant des décennies ? Les consommations d'alcool n'étant pas constantes tout au long de la vie, quel est l'impact de ces variations sur le risque alcool ? Par exemple, le risque cancer rejoint-il celui de la population générale après sevrage et maintien prolongé du non-usage (abstinence) comme observé après un sevrage tabagique ou y a-t-il un effet cancérigène rémanent ?
- L'analyse des risques peut être contre-intuitive et impose de se libérer des représentations habituelles en lien avec l'alcool qui minimisent certains risques et en dramatisent d'autres. Ainsi, les personnes s'adonnant aux *binge drinkings*, notamment en contexte festif, prennent parfois bien plus de risques que des personnes souffrant d'un TUA inapparent, sous la forme d'un usage chronique excessif.

Tout facteur de vulnérabilité est susceptible d'induire ou d'aggraver des dommages induits par l'alcool. Ainsi, certains facteurs de vulnérabilité contribuent tout autant, si ce n'est plus parfois que la quantité brute consommée, au risque alcool :

- précocité de l'exposition et âges extrêmes de la vie : vie intra-utérine, mineurs, grand âge ;
- genre féminin avec une vulnérabilité accrue (7) :
 - pour elle-même, à tout âge du fait d'un volume de distribution et de capacités de métabolisation moindres par rapport aux hommes à l'origine d'une moindre tolérance (ivresse plus rapide) et plus généralement d'une toxicité (chronique autant qu'aiguë) liée à l'alcool plus rapide et plus intense (3, 22) (se référer à l'annexe 6),
 - pour son futur enfant, en période pré-conceptionnelle, conceptionnelle, gestationnelle et périnatale ;
- hypersensibilité à l'alcool (*craving*), génétiquement déterminée ou pas ;
- activité, notamment professionnelle ou de loisirs, à risque vis-à-vis de l'alcool (conduite d'engin à risque d'accident) ;
- affection et/ou souffrance psychique ;
- situation de handicap ;
- précarité sociale et affective.

Les facteurs de risque de toxicité cumulative doivent également être identifiés et évalués :

- polyconsommation de substances psychoactives à potentialités toxiques pour les organes cibles des dommages liés à l'alcool (cerveau principalement) ;

- traitements médicamenteux concomitants, en particulier les traitements à métabolisme hépatique et/ou à diffusion dans le système nerveux et interagissant avec l'alcool, soulevant la question de la iatrogénie fréquente et de la responsabilité des prescripteurs dans cet effet de toxicité cumulative ;
- affection somatique sous-jacente, notamment hépatique, neurocognitive, cardio-vasculaire.

L'évaluation du risque alcool restera toujours imprécise, partielle, temporaire car évolutive au gré des variations d'usage et des événements et conditions de vie des personnes, justifiant de la réitérer régulièrement.

1.3.7.3. Évaluation populationnelle *versus* individuelle : toujours revenir à une pondération au cas par cas du risque alcool

Les données d'évaluation des risques résultant d'études épidémiologiques sont définies à l'échelle populationnelle et ne peuvent donc pas constituer une prédiction individuelle absolue. Ces données ne peuvent pas non plus refléter la complexité d'une multitude de facteurs historiques, environnementaux, physiologiques et psycho-affectifs intriqués les uns aux autres et évolutifs. C'est ainsi qu'un projet de réduction d'un risque donné (ici, le risque alcool), de bonne intention, peut aggraver, voire générer un ou d'autres risques. Une pondération au cas par cas, dans le cadre d'une relation de soin personnalisée et de confiance, est toujours indispensable pour permettre à la personne de définir sa temporalité et ses propres critères d'arbitrage en termes de choix et de rapport bénéfices/risques et au soignant de proposer une réponse d'accompagnement graduée adaptée au niveau de risque estimé et d'adhésion de ce consommateur.

1.3.8. Alcool : des risques évitables et des risques maîtrisables

Même si les complications liées à l'usage d'alcool sont par principe évitables via l'éviction de l'usage et mieux encore via le non-usage absolu, le zéro risque alcool n'existe pourtant pas, y compris à l'extrême en l'absence de toute consommation individuelle vie entière. L'interaction des individus entre eux (principe d'interactionnisme) rend l'exposition à l'alcool, et à ses risques, universelle à tous les âges de la vie (y compris *in utero*), comme en témoignent les conséquences sur autrui des alcoolisations de tiers en termes d'agressions et de dommages à l'échelle verbale, psychologique, physique et sexuelle (aux conséquences multiples incluant : grossesse non désirée, infection sexuellement transmissible, choc et syndrome post-traumatique). On ne peut donc parler et viser de risque zéro mais au mieux un risque minimal, comme précisé dans l'expertise collective de l'INSERM : « Le niveau de consommation d'alcool pour lequel le risque de dommages est minimal est de zéro verre standard par jour et par semaine » (7). Message faisant office de constat et non pas d'injonction hygiéniste à l'abstinence universelle.

Car si l'on ne peut jamais être assuré de « l'évitabilité » absolue du risque alcool, à tout le moins peut-on envisager de contrôler ce risque, mieux et plus. C'est le cœur de ce travail. À savoir porter à la connaissance de tous que chacun peut réduire son risque alcool, quels que soient ses modalités d'usage, son histoire, ses vulnérabilités et à tout moment de son existence (se reporter aux chapitres 2.4 et 2.4.7) ; ainsi que d'apporter un éclairage sanitaire sur les outils et modalités pratiques et accessibles à tous, usagers du système de santé autant que professionnels.

Relevant d'un environnement (notamment social) et de comportements sur lesquels il est possible d'agir, et malgré les nuances à apporter au caractère volontaire des consommations d'alcool (par opposition à des expositions qui seraient involontaires comme les radiations ionisantes ou la pollution

environnementale), le risque alcool s'avère modulable depuis l'évitement (zéro alcool dès le désir d'enfant et pendant toute la durée d'une grossesse ; abstinence de Sam, le capitaine de soirée, en prévention du risque routier) jusqu'à toutes autres interventions, possibles et imaginables, aptes à réduire, éventuellement de façon significative, la morbi-mortalité attribuable à l'alcool à l'échelle individuelle autant que collective. En matière d'alcool, il est toujours possible d'agir pour limiter les risques et cela sans exclure personne.

1.4. Données sanitaires épidémiologiques relatives à l'alcool

Ce chapitre ne se veut pas exhaustif (cela n'étant pas l'objet de ce travail) mais informatif quant aux données sanitaires épidémiologiques principales et les plus actuelles relatives aux consommations d'alcool et aux dommages qui y sont associés. Par cet aperçu, on peut mesurer, par la prévalence des usages, l'ampleur de ce sujet de santé à l'échelle populationnelle, par la variété des catégories d'usage, la diversité des prises de risque et des interventions possibles pour les amoindrir, par les distinctions selon le genre et les catégories d'âge, la vulnérabilité de certaines sous-populations cibles.

Nous avons par ailleurs veillé à ne pas utiliser des données qui auraient pu être influencées par la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 et les confinements successifs (87, 88). Les variations observées dans les usages peuvent en effet n'être que conjoncturelles et leur inscription dans la durée ne pas être certaine. Quant aux dommages à moyen ou long terme induits par de telles variations, ils sont par définition encore inaccessibles. Il s'agit par là d'être au plus près de la réalité sanitaire de l'alcool en France la plus actualisée possible.

Les données chiffrées présentées émanent des principales agences d'excellence en la matière : OFDT, SPF via le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), OMS. Et les valeurs présentées sont au plus ancien datées de 2015 (sauf exception, qui est en ce cas clairement précisée), au plus récent datées de 2020.

1.4.1. Données de consommation d'alcool

1.4.1.1. Modalités d'évaluation des consommations : les consommations déclarées et les ventes d'alcool

De façon volontaire ou pas (difficulté de mémorisation, méconnaissance de l'unité de mesure), les consommations déclarées d'alcool (CDA) par les usagers eux-mêmes se révèlent toujours sous-évaluées (55). Bien qu'elle soit aussi imparfaite, l'estimation sur la base des ventes d'alcool confirme cette sous-déclaration et permet une évaluation plus proche de la réalité (98, 125). Afin de pallier les divers biais de sous-évaluation, on estime à 2,4 (globalement entre 2 et 3) le facteur de correction qu'il faudrait appliquer à la CDA (17, 52, 126).

Le calcul de ce volume par les ventes pour une année donnée repose sur les montants des taxes perçues par la direction générale des Douanes et des Droits indirects lors de la mise à la consommation des différentes boissons alcoolisées sur le territoire national (5, 7).

1.4.1.2. Données de consommation en population générale

On estime qu'en France 87 % des personnes âgées de 18 à 75 ans (soit près de 9 personnes sur 10) consomment de l'alcool, ce qui représente 43 millions de personnes (5, 6, 8). Même si la population

générale est évaluée sur la base de la tranche d'âge 19-75 ans, elle n'exclut pourtant pas les mineurs dont l'usage d'alcool est précoce et fréquent (bien plus que pour toutes autres substances psychoactives) (100, 127, 128). On estime en effet à près de 48,8 % la prévalence des enfants de 11 ans et 85,7 % des adolescents de 17 ans ayant déjà consommé de l'alcool. La consommation d'alcool est ainsi proche d'être ubiquitaire en France malgré des profils de consommation très différents.

Les niveaux de consommation sont parmi les plus élevés au monde puisque la France est le 6^e pays plus gros consommateur d'alcool au sein de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) après notamment l'Autriche, la Lituanie, le Danemark.

En France, la consommation annuelle par personne de plus de 15 ans est estimée en 2019 à 11,5 litres d'alcool pur et la consommation journalière moyenne par habitant de cette tranche d'âge à 2,51 verres standards soit 27 g d'alcool pur par jour et par habitant en moyenne (8). Cette consommation moyenne est significativement plus élevée que celle recommandée conformément aux repères de consommation conseillant 2 VS maximum par jour, 10 VS maximum par semaine et au moins 2 jours d'abstinence hebdomadaire, soit un repère moyen calculé de consommation quotidienne inférieur à 1,4 VS (14 g d'alcool pur par jour).

Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) rapporte que 23,7 % des Français consommateurs d'alcool (soit ¼ de la population) ont une CDA au-delà de ces repères de consommation d'alcool dits à moindre risque (55). Ces données sont par nature en deçà de la réalité des consommations du fait de leur caractère déclaratif. Rapportée aux volumes de vente, cette consommation serait nettement supérieure.

La consommation excessive d'alcool est donc un problème de masse en France, d'une ampleur aussi vaste que celle de l'HTA ou du diabète.

Cette consommation est constituée à hauteur de 56 % sous forme de vins, 22 % sous forme de bières, moins de 20 % sous formes de spiritueux (alcools forts) et moins de 2 % pour les autres boissons alcoolisées.

1.4.1.3. Données de consommation par modalités et par catégories d'usage

Si la proportion de personnes ayant des niveaux de consommation à risque est très liée au niveau global de consommation à l'échelle de la population qui se révèle en France bien au-delà des repères de consommation d'alcool dits à moindre risque (comme précédemment énoncé), l'analyse est plus complexe et ne se résume pas à une évaluation de la quantité moyenne d'alcool pur consommé par habitant (en l'occurrence 27 g d'alcool pur par jour et par personne, soit 2,51 VS).

En termes de fréquence d'usage et toujours sur la base de données déclaratives, 10 % de la population adulte française (5 millions, hommes 18 % – femmes 6 %) consommerait quotidiennement et 50 % hebdomadairement (5, 6). Considérant une approche centrée risque autour de cette dimension de fréquence, 23 % de la population adulte aurait une consommation à risque ponctuel et 7 % une consommation à risque chronique ou présentant la possibilité d'un TUA (7). Pourtant, si une évolution de la consommation quotidienne vers une pratique plus ponctuelle est en effet observée en France, cette évolution est aussi marquée par des niveaux de consommation qui peuvent être importants. Dans son analyse publiée en décembre 2020 relative aux évolutions les plus récentes des consommations en France, l'OFDT soulève les limites importantes rencontrées et apporte des éléments de réflexion critique : « Ces données sur les volumes d'alcool pur par habitant sont des moyennes, utiles pour donner un aperçu synthétique des évolutions mais qui ne permettent pas de savoir comment se répartissent les quantités consommées entre consommateurs et non-consommateurs et entre catégories de

consommateurs selon leur niveau de consommation. La consommation moyenne est de 2 verres et demi standards d'alcool mais tous les Français âgés de 15 ans et plus ne boivent pas cette quantité. D'après les résultats du dernier baromètre santé (2019), 14 % des adultes indiquent ne pas avoir consommé d'alcool dans l'année, 50 % n'ont consommé que 3 % des volumes alors que les 10 % les plus consommateurs en ont absorbé près de 60 %. De plus, les femmes boivent beaucoup moins d'alcool que les hommes. » De fait, le BEH rapporte que 10 % des 18-75 ans consommeraient à eux seuls 58 % de l'ensemble de l'alcool consommé, constituant dès lors une frange de très gros buveurs (17).

Relativement au risque ponctuel, typiquement constitué par la pratique du *binge drinking*, sa prévalence (pour la pratique d'au moins un épisode mensuel) est estimée en population générale adulte (18-75 ans) à 16 % (55 % pour les hommes, 7 % les femmes) (8).

Pour les catégories du trouble de l'usage d'alcool et particulièrement du TUA sévère (situation de dépendance selon l'ancienne classification), elles affecteraient respectivement 7 % et 3,3 % de l'ensemble de la population française, plus souvent l'homme que la femme, avec des prévalences estimées dans la population masculine à 11 % de TUA et 5 % de TUA sévère (5, 64). Si la France se situe dans la moyenne européenne (notamment en termes d'alcoolodépendance estimée à 6 % chez les hommes et 1 % chez les femmes), elle dépasse la moyenne mondiale. Les données les plus récentes de l'OMS conduisent en effet à l'estimation de 283 millions de personnes âgées de 15 ans et plus – soit 237 millions d'hommes et 46 millions de femmes – vivant avec un TUA (soit 5,1 % de l'ensemble de la population adulte mondiale) et à 144 millions de personnes (2,6 % des adultes dans le monde) affectés par une dépendance à l'alcool (69).

1.4.1.4. Données de consommation par tranches d'âge et selon le genre

– Chez les mineurs, enfants et adolescents

- L'expérimentation (le 1^{er} usage) chez les mineurs est très fréquente puisque 50 % des élèves en classe de 6^e (11-12 ans), 80 % de ceux en classe de 3^e (14-15 ans) et 87 % de ceux âgés de 17 ans ont déjà expérimenté (1, 5, 6). Ces données illustrent la précocité de l'usage d'alcool en France ainsi que sa fréquence malgré l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs.
- 8,7 % des adolescents (plus souvent les garçons que les filles, 12 % *versus* 4,6 %) consomment régulièrement, c'est-à-dire plus de 10 fois par mois (1).
- La prévalence d'API (*binge drinking*) est forte puisque, selon l'enquête ESCAPAD 2017, au moins un épisode mensuel d'API concerne 44 % des jeunes de 17 ans (50 % des garçons, 38 % des filles) (127).
- Le type d'alcool consommé est différent des adultes s'agissant principalement d'alcools forts (67 %), de bière (63 %) et de prémix (mélange d'alcool et de soda ou jus de fruits).
- L'impact pronostique des consommations d'alcool chez les plus jeunes est grand puisque 25 % (1/4) de ceux ayant une consommation à risque (telle que la pratique du *binge drinking*) durant cette période auront un trouble de l'usage d'alcool à l'âge adulte (7). D'autant que les séquelles, particulièrement neurologiques, surviennent à des phases critiques du développement et s'accumulent (123, 124).

– Chez les jeunes adultes

- Cette tranche d'âge (dont la limite supérieure d'âge n'est pas fixée de façon absolue et définitive : 24 ans *versus* 34 ans ou plus encore) est peu explorée puisque très généralement

intégrée à la population adulte des 18-75 ans alors même qu'elle subit un préjudice lié à l'alcool aggravé. Selon l'OMS, l'alcool est ainsi le 1^{er} facteur de mortalité (détaillée plus loin) prématurée et d'incapacité chez les 15-49 ans au niveau mondial en 2016 (5, 7, 69).

- En 2014, les prévalences estimées dans la cohorte CONSTANCES de consommation d'alcool à risque étaient les plus élevées chez les sujets de moins de 35 ans : 30,7 % d'entre eux avaient ainsi un usage dit dangereux de l'alcool (7)⁹.
- Les adultes jeunes, notamment les étudiants, sont particulièrement sujets aux fortes consommations d'alcool, notamment sous forme de *binge drinking*, et aux risques qui y sont associés (81, 129).

– Chez les sujets de plus de 50 ans

On observe une forte proportion de consommations à risque (non-respect d'au moins 1 des critères des repères de consommation d'alcool dits à moindre risque) avec 69 % des 55-64 ans et 62 % des 65-75 ans consommant plus de 2 VS par jour, et respectivement 80 et 81 % consommant de l'alcool plus de 5 jours par semaine (7, 55).

– Selon le genre

- La consommation d'alcool reste plus importante chez les hommes que chez les femmes, quel que soit l'âge (5, 6, 55, 130) :
 - Consommation hebdomadaire (53 % *versus* 28 %)
 - Consommation quotidienne (16 % *versus* 5,4 %)
 - Consommation au-delà de repères de consommation d'alcool (33 % *versus* 15 %)
 - TUA sévère, c'est-à-dire alcoolo-dépendance (6 % *versus* 1 %)
- Pour autant, une réduction dans les différences de comportement entre sexes est observée. C'est ainsi que la consommation d'alcool chez les femmes a augmenté en quantité de même qu'une baisse du *sex-ratio* est constatée pour toutes les modalités de consommation, y compris la pratique du *binge drinking*, particulièrement durant la période de l'adolescence et chez les jeunes femmes adultes (8).
- Sur une base déclarative, 1 femme sur 5 consommerait de l'alcool durant sa grossesse soit 20 % d'entre elles (7, 114).

1.4.2. Données de morbi-mortalité attribuable à l'alcool

1.4.2.1. Morbi-mortalité attribuable à l'alcool en population générale

Les conséquences de l'alcoolisation de la population sur la mortalité ne donnent qu'une image incomplète de l'impact sanitaire réel de la consommation d'alcool. Une vision plus globale et plus juste implique de prendre en compte la morbidité des buveurs autant que des non-buveurs, dont les personnes exposées à des accidents et subissant des violences causées par l'alcool, les nouveau-nés exposés *in utero* et, enfin, toutes les conséquences sociales et économiques de ces effets sanitaires. L'alcool génère en effet d'importants dommages sociaux et économiques incluant le coût lié à la perte de productivité et au chômage, le coût induit pour le secteur de la justice et plus généralement le coût lié à

⁹ [Les actualités de la Cohorte Constances](#)

toute forme de souffrance et perte de bien-être. Pour autant, la mortalité annuelle attribuable à l'alcool illustre mieux que tout autre indicateur l'importance des dommages sanitaires liés à l'alcool.

Dans le monde

Eu égard à son ampleur, le fardeau global de la maladie (*overall disease burden*) attribué à l'alcool était considéré, selon les propres mots de l'OMS en 2016, comme inacceptable (103). En 2016, la consommation d'alcool a entraîné quelque 3 millions de décès dans le monde (soit 5,3 % de l'ensemble des décès à l'échelle mondiale, ce qui est bien supérieur à la mortalité induite par des maladies comme la tuberculose, le sida, le diabète), tandis que l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI, soit le coût en termes de perte d'années de vie en bonne santé) était amputée de 132,6 millions d'années de vie « perdues » pour cause de maladies, handicap et décès précoces attribués à l'alcool. Identifié sous l'intitulé anglophone de *Disability-Adjusted Life Year* (DALY), l'alcool représente à lui seul 5,1 % de l'ensemble des DALYs dans le monde (103). L'alcool représente ainsi le 2^e déterminant de santé et la 7^e cause de perte d'années de vie en bonne santé ajustée sur l'incapacité dans le monde (7).

En France

L'exposition à l'alcool en France est associée aux données suivantes.

- La mortalité en France liée à l'alcool dépasse celle des autres pays européens et se trouve dans une fourchette haute à l'échelle mondiale. Elle représente 9 % de la mortalité globale des personnes de 15 ans et plus soit 41 000 décès/an en 2015 avec une prédominance masculine, selon une répartition 13 %/5 % soit 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes.
- L'alcool est la 2^{de} cause de mortalité évitable après le tabac.
- Plus de la moitié des décès attribuables à l'alcool le sont par cancers et par maladies cardio-vasculaires avec une répartition par causes de décès comme suit :
 - 39 % par cancers (côlon et rectum, foie, voies aéro-digestives supérieures, sein) ;
 - 24 % par des maladies cardio-vasculaires (cardiopathie ischémique, AVC hémorragique plus souvent qu'ischémique, maladie hypertensive, arythmie) ;
 - 17 % par des maladies digestives (maladie alcoolique du foie essentiellement) ;
 - 13 % par causes externes (accidents ou suicides) ;
 - 7 % par d'autres causes (diabète de type 2, maladie mentale due à l'alcool, épilepsie).

En termes de morbidité : l'alcool est la 1^{re} cause d'hospitalisation en France selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (3, 5, 8, 12). Il est à l'origine de plus de 200 maladies et traumatismes.

1.4.2.2. La diversité des affections attribuables à l'alcool

L'alcool est associé à plus de 60 maladies et représente plus de 200 affections et traumatismes, avec par ordre de fréquence des principales de ces affections (3, 5, 13, 69, 131) :

- les cancers ;
- les pathologies cardio-vasculaires ;
- les troubles métaboliques dont le diabète ;

- les troubles neurocognitifs : l'alcool est ainsi le 1^{er} facteur de déficience mentale acquise ;
- les troubles psychiatriques dont les conduites addictives (y compris multiples) avec l'occurrence fréquente de pathologies duelles ;
- les maladies hépato-digestives ;
- les accidents et les suicides.

1.4.2.3. Des variations importantes de morbi-mortalité attribuable à l'alcool selon la tranche d'âge et selon le genre : une mise en lumière épidémiologique de vulnérabilités spécifiques

Genre

En termes de coût humain, on observe une nette différenciation de genre avec 2,3 millions de décès et 106,5 millions de DALYs attribuables à la consommation d'alcool dans la population masculine mondiale alors que ces chiffres étaient respectivement pour les femmes de 0,7 et 26,1 millions (103).

Dans leur avis d'experts, SPF et l'INCa confirment que le risque de morbi-mortalité liée à l'alcool est plus élevé chez les femmes avec une toxicité plus forte et plus précoce à même quantité consommée par rapport aux hommes (22) : « Leurs travaux ont montré que le risque absolu de mortalité attribuable augmente plus rapidement chez les femmes que chez les hommes puisqu'il atteint le taux de 1 % dès une consommation de 15 g/j « vie entière » pour les premières mais de 25 g/j pour les seconds. »

Âge (104)

En termes de différenciation selon l'âge, les jeunes sont affectés par l'alcool de façon disproportionnée. C'est ainsi qu'en 2016, 13,5 % de l'ensemble des décès prématurés constatés à l'échelle mondiale chez les personnes âgées de 20 à 39 ans étaient attribuables à l'alcool tandis qu'ils étaient estimés à 7,2 % pour les personnes âgées de 69 ans ou moins (5). L'alcool est le 1^{er} facteur de risque de mortalité prématurée et d'incapacité chez les 15-49 ans au niveau mondial en 2016 (7).

En France, la part des décès attribuables à l'alcool est maximale chez les 15-34 ans (22 %) et les 35-64 ans (18 %) en comparaison d'une mortalité attribuable à l'alcool en population générale estimée à 9 % et d'une mortalité chez les plus de 65 ans à 7 % (5).

Les dommages liés à l'alcool sont maximaux chez les plus jeunes. Ils surviennent très précocement dans la vie des individus, dès la phase intra-utérine. L'alcool est de fait le plus dangereux des produits auquel puisse être exposé un enfant à naître pendant la grossesse. Il est à la fois tératogène et neurotoxique, à l'origine de diverses manifestations intégrées au SAF, parmi lesquelles des troubles neurodéveloppementaux liés à l'alcool (TNDLA) (13-15, 69, 114).

1.4.2.4. Morbi-mortalité attribuable à l'alcool selon les modalités et les catégories d'usage : des résultats contre-intuitifs et révélateurs du déni de la réalité de l'ensemble des risques et des dommages liés à l'alcool

La majorité des dommages concerne des sujets ne remplissant pas les critères diagnostiques du trouble de l'usage d'alcool (TUA). Il s'agit donc des personnes dont l'usage n'a jamais été repéré comme étant à risque ou bien dont l'usage est excessif et/ou chronique mais a été banalisé. Ces

résultats rapportés par le *Primary Health Care European Project on Alcohol* (PHEPA) en 2008 sont confirmés 10 ans plus tard par l'avis d'experts porté en 2017 par SPF et l'INCa (19, 22).

Les sujets souffrant d'un TUA sévère constituent de fait un sous-groupe minoritaire au sein de l'ensemble des sujets présentant une consommation d'alcool à risque. En comparaison, les consommateurs à risque sont bien plus nombreux, auxquels il faut aussi ajouter les dommages induits par un usage à moindre risque puisque lui-même n'est pas sans risque (notamment d'un point de vue cancérogène). Outre cet effet de volume numérique constituant une population d'usagers bien plus considérable et par ailleurs globalement invisible d'un point de vue sanitaire (car le plus souvent ces usagers ne sont pas repérés par les professionnels de santé et/ou ne présentent pas encore de dommage ou du moins pas de dommage apparent, médicalement et socialement repérable), ces constats peuvent aussi relever d'autres facteurs. D'une part, une toxicité non attribuée jusque-là à l'alcool, d'autre part la sous-déclaration des consommations réelles par les usagers d'alcool. Rappelons aussi que la mortalité est maximale chez les plus jeunes alors qu'ils ne sont pas encore concernés par le risque chronique de l'alcool témoignant de l'impact important des consommations massives (*binge drinkings*) avec des dommages caractérisés par leur brutalité, gravité et souvent irréversibilité (coma éthylique, traumatisme, suicide). En définitive, il résulte que les dégâts chez les consommateurs qui ne souffrent pas d'un TUA (consommateurs non dépendants à l'alcool) sont estimés comme étant 4 fois plus importants que chez les consommateurs souffrant d'un TUA sévère à modéré (consommateurs dépendants à l'alcool) (7).

Les conséquences délétères de la méconnaissance de l'ensemble des dommages liés à l'alcool et du défaut de systématisation du repérage des consommations d'alcool (en amont du TUA) sont, au mieux, illustrées par l'épidémiologie et l'histoire naturelle des cancers attribués à l'alcool.

- La réalité d'un risque de cancer associé à toute consommation d'alcool, y compris en deçà des repères de consommation dits à moindre risque, est établie depuis plus d'une décennie. L'INCa¹⁰ et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) publiaient déjà en 2010 un état de connaissances scientifiques sur les liens entre consommation d'alcool et cancer et poursuivent cet effort d'information (24, 54, 57, 110).
- Une association statistiquement significative entre les ventes d'alcool et la mortalité liée aux cancers est observée dans la plupart des pays et persiste après correction du facteur tabac (7).
- En 2018, 28 000 nouveaux cas de cancer étaient attribués annuellement à l'alcool dont 8 100 cas de cancer du sein et 6 300 cas de cancer du côlon/rectum (3). D'autre part, 16 000 décès par cancer étaient attribuables à l'alcool en 2015 (112).
- Environ 8 % de tous les nouveaux cas de cancer sont liés à l'alcool et la consommation à des niveaux faibles à modérés (aussi faibles que 10 g d'alcool pur par jour, soit 1 VS par jour) contribue particulièrement à ce fardeau sanitaire (24, 54). On estime, en effet, que les niveaux de consommation d'alcool faible, modéré et fort sont responsables respectivement de 1,5 %, 1,3 % et 4,4 % des nouveaux cas de cancer. Autrement dit, parmi tous les cancers liés à l'alcool, plus d'1/3 concernent des consommations faibles à modérées (7).
- L'alcool est à l'origine de nombreux cancers malgré un poids relatif variable selon le type d'organe. Le risque de cancer augmente régulièrement avec la dose consommée, plus ou moins fortement selon la localisation. Les niveaux faibles à modérés de consommation d'alcool contribuent largement aux nouveaux cas de cancer du sein alors que les niveaux de forte consommation contribuent au cancer du foie.

¹⁰ [Alcool – Réduire les risques de cancer \(e-cancer.fr\)](http://e-cancer.fr)

- La consommation même faible d'alcool est associée à un risque accru de cancer indépendamment de la consommation de tabac (7, 23). C'est le cancer du sein qui est particulièrement concerné par cette forte augmentation. En Angleterre, l'augmentation des ventes d'alcool et de la consommation féminine d'alcool observée pendant la dernière décennie a été identifiée comme un facteur déterminant et indépendant dans l'augmentation de 30 % de l'incidence du cancer du sein (36 509 nouveaux cas en 2003 *versus* 55 122 en 2015) (111).

En conclusion, la quantité consommée et le trouble de l'usage d'alcool, *a fortiori* sévère, ne suffisent pas à eux seuls à expliquer les dommages liés à l'alcool, particulièrement en matière de cancérogénèse et donc de risque de cancer. À la lumière de ces constats épidémiologiques, les enjeux de santé publique sont majeurs en termes d'information sanitaire, de prévention et d'accompagnement de l'ensemble de la population, dans une dynamique visant la diminution du risque alcool pour tous, quelles que soient les modalités d'usage, et donc pas seulement à l'attention des personnes souffrant d'un TUA.

C'est ainsi que le Haut Conseil de santé publique (HCSP) analysant les travaux et recommandations en matière d'alcool portés par l'INCa rapportait : « Les données scientifiques objectivent un risque de cancer associé à une faible consommation d'alcool, sans effet seuil. Sur cet argument, en matière de prévention des cancers, l'INCa déconseille la consommation d'alcool » (132).

1.4.2.5. Dommages pour les tiers : un interactionnisme toxique

La souffrance et les dommages (agressions physiques, verbales, comme le fait de subir des insultes, ou sexuelles, depuis la relation sexuelle non protégée et/ou non consentie jusqu'au viol) affectant les proches et plus généralement tout tiers (membres de la famille, amis, collègues de travail ou même étrangers) subissant les conséquences de l'alcoolisation d'une personne doivent également être pris en compte bien que leur évaluation ne puisse qu'être incomplète.

On estime à 30 % l'implication de l'alcool aussi bien dans les violences que dans les accidents mortels de la route ou dans les féminicides (5, 36, 133). Une étude menée en 2015 révélait que les dommages subis par des tiers en raison des consommations d'alcool avaient concerné 1 Français sur 2 sur les 12 derniers mois et qu'1 personne sur 5 en avait été très affectée (1).

Parmi les dommages les plus dramatiques affectant les tiers, il y a aussi les conséquences graves, fréquentes et irréversibles de l'alcoolisation fœtale : le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) concerne 1,5/1 000 naissances vivantes en France et l'ETLAF 0,5 à 1 % d'entre elles (13-15, 114). Il n'y a de fait aucun niveau de consommation sans danger, quel que soit le stade de la grossesse. Les raisons de la consommation maternelle peuvent impliquer le conjoint sur la base de comportements mimétiques et d'un effet d'entraînement en cas de consommation d'alcool (problématique ou pas du conjoint) et/ou dans le cadre de violences intra-familiales et d'isolement affectif (134). D'un autre côté, certaines manifestations s'apparentant à celles d'un authentique SAF surviennent malgré l'abstinence de la future mère et relèvent alors des seules consommations du futur père par le biais de perturbations épigénétiques affectant les spermatozoïdes en période pré-conceptionnelle (117, 119). Ainsi, les consommations parentales d'alcool, autant du futur père que de la future mère, sont susceptibles d'affecter la vie d'un enfant à naître dès sa conception et même en amont.

Non moins graves, certains préjudices causés par des usagers d'alcool sur des tiers peuvent être moins concrètement et d'emblée évidents ou perceptibles à type de souffrance insidieuse, de dégradation de l'état de santé et de la qualité de vie, de conséquences psychologiques et sociales, comme le sentiment d'être menacé et l'isolement.

1.5. Le principe de consommation d'alcool à moindre risque

Sur la base du fait que toute consommation d'alcool est à risque pour la santé, des travaux d'expertise se sont penchés sur les questions de surrisque et d'acceptabilité du risque pour proposer une information sanitaire qui soit en cohérence avec la réalité des risques tout en tenant compte des perceptions au sein de la population (54, 57), afin de la rendre audible comme garantie de son accessibilité et de son utilisation pratique (7, 22, 108, 135).

1.5.1. Repères de consommation d'alcool : un changement de paradigme

Les alcooliers ont largement bénéficié de la confusion et du glissement sémantique entre l'identification d'une limite (donc d'un seuil) et ce qui aurait été une dose recommandée (telle une prescription médicale que le *French paradox* a aussi pu justifier avant que les biais méthodologiques n'en révèlent la fausseté). La réalité sanitaire est qu'il n'y a pas « d'effet seuil », encore moins d'effet neutre ou protecteur qui pourrait justifier quelque recommandation de consommation d'alcool que ce soit. Il y a toujours un risque alcool possible, quelle qu'en soit la dose. Et le seul effet dont la réalité soit validée scientifiquement est un « effet dose » illustré par une augmentation proportionnelle des risques et des dommages liés à l'alcool avec le niveau de consommation, comme l'illustrent les courbes de mortalité attribuable à l'alcool en fonction de la dose consommée (22, 121, 122) (Annexe 6).

Le changement de paradigme, passant de la notion de seuil à celle de repère, est donc une avancée notable pour la clarification du message sanitaire (22). Le repère n'est pas un seuil et n'est pas non plus une recommandation de consommation. Il définit, à l'échelle populationnelle, le niveau de consommation – qui ne peut être une valeur absolue – au-dessus duquel le risque alcool devient significatif pour la santé et en deçà duquel il peut être considéré comme suffisamment faible pour être acceptable bien qu'il persiste cependant. Il s'agit par là de ne pas manquer de signifier que pour toute consommation, même faible et intermittente, des risques persistent malgré tout, mais de bien moindres fréquence et intensité. Ce point est d'autant plus important que le risque cancérigène de l'alcool existe y compris pour de faibles doses consommées et indépendamment du facteur tabac (20, 23, 89).

Le texte de l'avis d'experts sur le principe de « repère » est le suivant (22) : « En l'absence de seuil évident qui aurait conduit à recommander une consommation limite associée à un surrisque nul, les résultats obtenus par J. Rehm et K. Shield permettent néanmoins de définir pour la population française un intervalle de consommation entraînant un risque vie entière considéré comme « faible ». Faire connaître à la population une limite supérieure pour cet intervalle de consommation est une responsabilité essentielle des pouvoirs publics en permettant à chaque individu de confronter sa propre consommation à une valeur repère au-dessus de laquelle il lui est conseillé de réduire sa consommation. Une valeur repère est donc une valeur indicative de consommation fondée scientifiquement mais qui, compte tenu des données et analyses disponibles, ne peut pas être déterminée de manière totalement objective, comme pourrait l'être une valeur seuil. Une valeur indicative résulte d'une analyse scientifique et d'un arbitrage réalisé à l'échelle du pays. »

Les recherches sur un niveau de consommation d'alcool à partir duquel un risque significatif de mortalité liée à l'alcool « toutes causes » apparaît ont ainsi convergé vers le seuil de 10 verres standards par semaine (100 grammes d'alcool pur par semaine), soit une moyenne quotidienne calculée à moins de 1,5 verre standard par jour. Il n'en demeure pas moins que cela représente un risque absolu vie entière de mortalité attribuable à l'alcool pour la population française situé entre 1 pour 100 et 1 pour 1 000.

En 2017, de nouveaux « repères de consommation d'alcool » ont été recommandés sur avis d'experts par Santé publique France et l'Institut national du cancer (22) (Annexe 5). Ils avaient pour objectif de :

- (1) suggérer la persistance d'un risque lié à l'alcool même pour de faibles consommations ;
- (2) ne pas restreindre les problématiques liées à l'alcool uniquement à l'alcoolisme ;
- (3) pouvoir disposer d'un repère autant pour le praticien lui permettant d'identifier les personnes pour lesquelles une intervention brève est indiquée, que pour les individus afin qu'ils puissent aussi évaluer par eux-mêmes leur propre consommation selon un principe d'auto-gestion.

1.5.2. L'acceptabilité du risque, une variable aussi décisive que l'épidémiologie scientifique

Il s'agit de pouvoir juger du niveau de risque lié à la consommation d'alcool qui pourrait être considéré comme « acceptable ». L'avis d'experts rendu en 2017 par SPF et l'INCa révèle que « le niveau de risque acceptable pour des expositions liées à des comportements placés sous le contrôle (au moins partiellement) des individus eux-mêmes est 1 000 fois supérieur au niveau de risque acceptable pour les expositions subies par des individus sans qu'ils en aient le contrôle, comme l'exposition à des produits chimiques contenus dans l'eau, dans l'air, dans les aliments (...) C'est ainsi qu'un risque absolu vie entière attribuable limité à 1/1 000 000 pourrait être considéré comme acceptable, comme cela a été discuté dans le domaine des produits cancérigènes de l'environnement ou de la sécurité de l'eau (...) le risque acceptable pour des expositions placées sous le contrôle des individus eux-mêmes pourrait en conséquence se situer autour de 1/1 000 » (22).

D'autres définitions du « risque volontaire acceptable » ont été utilisées dans d'autres pays. Un repère de 1/100 aurait été retenu en Australie et en Angleterre tout en précisant que : « Une telle limite de 1/100 ne pourrait, semble-t-il, être considérée comme acceptable pour aucun autre comportement sous le contrôle des individus que celui de la consommation d'alcool. Il existe donc sans doute une spécificité d'origine culturelle et économique dans l'arbitrage entre les points de vue collectif et individuel noué autour de la consommation d'alcool » (43, 44). Ces constats témoignent tout autant de la sous-estimation générale du risque alcool par les usagers du système de santé (que les professionnels sont aussi) que d'une acceptabilité (individuelle autant que collective) de ce risque bien supérieure qu'avec toute autre substance ou exposition. À ce titre, ils sont illustratifs du décalage entre, d'une part les données que peut fournir la science, d'autre part l'appropriation de ces données et les comportements qui en découlent, enfin de la nécessité d'un compromis entre science et société.

C'est ainsi qu'en considérant les valeurs limites de consommation associées à un risque absolu attribuable à l'alcool de 1/1 000 et de 1/100, des différences selon le genre se sont révélées avec des limites à 6 g/jour et 16 g/jour chez la femme et à 8 g/jour et 24 g/jour chez l'homme. En conséquence : « Il est apparu au groupe d'experts qu'un consensus pouvait être atteint en fixant un repère intermédiaire entre ces différentes valeurs (...) unique pour les deux sexes et de l'exprimer sous la forme d'un nombre de verres standards par semaine dans un but de simplification du message. » Le consensus a été fixé à 10 verres standards par semaine soit 100 g d'alcool pur par semaine (un équivalent de 14 g/jour).

Ce résultat a été considéré comme le meilleur compromis pour concilier épidémiologie scientifique et épidémiologie profane, autrement dit concilier la réalité des risques d'un point de vue scientifique et la réalité des consommations et des représentations au sein de la société.

Des études visant à évaluer l'impact de ces repères sur l'état de santé des populations ne sont pas encore disponibles. Une évaluation de la notoriété et de l'appropriation (à la fois en termes de niveau et de qualité de cette appropriation) de ces repères autant par les consommateurs (y compris en fonction des différentes catégories d'usage) que par les professionnels en France serait importante pour

évaluer leur impact et leur efficacité réelle et contribuer à optimiser le message et les actions sanitaires en la matière. Car même si l'on ne dispose pas encore en France d'une estimation directe et précise du niveau d'appropriation de ces repères par les individus eux-mêmes et de leur impact sur les comportements, les professionnels rapportent des retours de terrain divergents (avis d'experts) : pour certains consommateurs, ces repères s'avéreraient restrictifs, tandis que pour d'autres, ils seraient considérés comme permissifs, mais sans précision quant aux types de consommateurs, que ce soit en termes de modalités d'usage ou de tout autre facteur modulant les comportements en lien avec l'alcool.

1.5.3. Les critères de quantité et de chronicité au cœur des repères de consommation d'alcool à moindre risque

Ces repères de consommation pour un consommateur régulier d'alcool sont les suivants :

- Ne pas dépasser 10 verres standards/semaine
- Ne pas dépasser 2 verres standards/jour
- Au moins 2 jours d'abstinence par semaine

SPF porte ces recommandations à savoir de ne pas dépasser 100 g d'alcool pur/semaine (10 VS) et 20 g (2 VS) par journée de consommation, soit une moyenne quotidienne calculée de 14 g d'alcool pur/jour, équivalant à 1,4 VS/jour.

Toute consommation au-dessus de ces repères est à risque supérieur de dommages avec une augmentation de mortalité toutes causes, proportionnelle à la quantité. En deçà de ces repères, le risque ne disparaît pas mais il est considéré comme faible rapporté à la population globale.

Pour une consommation occasionnelle d'alcool, la recommandation de la SFA (40), reprise dans l'avis d'experts de SPF et de l'INCa en 2017 (22), est de ne pas dépasser 4 VS par épisode. On remarque que les guidelines australiennes (37) préconisent quant à elles de ne pas dépasser 4 VS sur une même journée.

Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) révèle que 23,7 % des Français consommateurs d'alcool (soit ¼ de la population) ont une CDA au-delà de ces repères avec une consommation quotidienne moyenne par habitant estimée à 27 g d'alcool pur soit une moyenne de 2,7 VS par jour (5, 8, 55). Ces données restent très probablement en deçà de la réalité des consommations du fait de leur caractère déclaratif et des divers biais qui en résultent.

1.5.4. Intérêts et limites des repères de consommation à moindre risque

Intérêts

- Ces repères répondent au droit dû à chaque personne de pouvoir prendre connaissance des conséquences de ses propres comportements à partir des dernières données épidémiologiques relatives aux usages d'alcool (136).
- Ces repères sont simples à comprendre et faciles à retenir.
- À l'exception de la femme enceinte pour laquelle l'abstinence (zéro alcool) est préconisée, ces repères sont considérés comme valables pour tous (tout adulte), donc valables en population générale.
- Le message sanitaire est lisible quant aux principaux facteurs de risque de toxicité induite par l'alcool que sont, d'une part la quantité consommée (conformément aux données de mortalité

linéairement associée à la quantité consommée), d'autre part la chronicité de l'usage (la répétition conduisant à l'habitude et à la dépendance). La préconisation de jours d'abstinence est ainsi un message simple et clair pour lutter contre l'habitude.

- Proposer un double référentiel, en jour et en semaine, se révèle particulièrement intéressant et utile au regard de la diversité des habitudes de consommations. C'est ainsi que n'impliquer que la consommation quotidienne, devenue nettement moins prévalente et synonyme pour beaucoup de dépendance (TUA selon la nouvelle dénomination), aurait rendu le message peu compréhensible.
- Rendus accessibles et idéalement connus par tout public, ces repères sont susceptibles d'aider les professionnels de premier recours, dont les médecins généralistes, dans leur mission de repérage et d'accompagnement (notamment via le RPIB). D'une part, ils permettent ainsi aux médecins de faire des propositions graduées en fonction du niveau de risque individuel approché par cette évaluation quantitative. D'autre part, ils peuvent aussi permettre aux personnes de régler leur consommation en fonction de leurs propres critères d'arbitrage.
- Ces repères peuvent servir de socle à d'autres interventions, y compris à distance (aide téléphonique par exemple ou via les outils numériques).

Limites

- Une fois transmis, ces repères tendent à livrer les personnes à elles-mêmes quant à leur choix propre de « combien consommer ? » alors même qu'un tel message sanitaire est d'emblée submergé (jusqu'à en être invisibilisé) par les représentations sociétales positives liées à l'alcool et à sa surconsommation (plaisir, fête, joie, tradition, convivialité, virilité) largement véhiculées par les promotions et publicités en faveur de l'alcool (22, 137).
- Le principe de « choix informé » sur la base de tels repères quantitatifs est naturellement mis en défaut par les effets de la substance alcool elle-même. De fait, l'effet physiologique de l'alcool (désinhibition à court terme, dépendance à long terme, et très globalement, bien qu'à des degrés divers, perte de contrôle que ce soit en usage ponctuel autant que chronique) va à l'encontre d'un sujet rationnel en capacité de faire de tels choix (22, 138).
- Un effet contre-productif à type de majoration de la consommation d'alcool et en conséquence de la morbi-mortalité associée, comme cela a pu être observé en Grande-Bretagne (138), pourrait résulter de l'amalgame entre un principe de message sanitaire à visée préventive et une authentique prescription à consommer sur la base de ces repères (3). Une évaluation prospective et surtout à long terme (avec suffisamment de recul par rapport à leur préconisation et diffusion) en termes d'impact sur les consommations et les dommages associés permettra de clarifier en France cet écueil éventuel.
- Ces repères sont présentés comme valables pour tout adulte consommateur d'alcool dit en « bonne santé » et sans distinction de genre (hors grossesse), malgré une toxicité estimée comme plus rapide et plus importante chez la femme à même quantité consommée par rapport à l'homme (20, 22, 93, 139, 140) (Annexe 6). Même si au niveau de consommation retenu, les risques sanitaires sont estimés comme peu différents entre hommes et femmes, ils suggèrent implicitement que les consommations des femmes peuvent égaler celles des hommes sans surrisque lié au genre. L'impact physiologique de l'âge sur les capacités de métabolisation de l'alcool n'est pas non plus mentionné alors que la population des plus de 65 ans est une cible particulière en termes de vulnérabilités spécifiques liées à l'âge vis-à-vis de l'alcool (113, 141-144). Que ces vulnérabilités soient somatiques (particulièrement en termes d'impact neurocognitif et d'effet cancérigène à l'aune de capacités de métabolisation hépatique amoindries et

d'un état nutritionnel plus fragile), mais également psychiques ou sociales (notamment du fait de la sortie du cadre professionnel socialisant et des phénomènes d'isolement), l'homogénéité de ces repères sans distinction d'âge questionne. Enfin, le périmètre de l'état dit de « bonne santé » reste flou (nombre de maladies, traitées ou pas, n'étant pas incompatibles avec un état de bonne santé) au regard de l'hétérogénéité extrême des situations individuelles et ne répond en outre pas à la question de ceux qui ne disposeraient pas d'un tel état (et jusqu'à quel point), que ce soit de façon ponctuelle ou permanente.

- Le caractère ressenti comme restrictif de ces repères (relevé au travers de retours de terrain) peut les rendre inaudibles et même susciter un sentiment d'échec, de colère et du rejet, *a fortiori* pour les personnes ayant les plus fortes consommations et en situation de TUA (pouvant constituer une impossibilité d'abstinence même ponctuelle sans risque d'effet de sevrage psychique, voire physique). Ces repères sont ainsi source de discrimination puisqu'ils excluent par définition les consommateurs souffrant d'un TUA (parfois ignoré de la personne elle-même) qui ne peuvent naturellement pas les respecter sans se mettre en danger s'ils ne sont pas accompagnés, ce qui reste une situation très fréquente.
- Les consommateurs d'alcool n'utilisent globalement pas l'unité de mesure du verre standard pour évaluer leurs consommations. Principalement parce qu'ils ne la connaissent pas et/ou ne se l'approprient pas. Ils parleraient donc plutôt en occasion et non pas en nombre de VS. Bien que n'existant pas encore, il est rapporté que l'inscription sur le contenant du nombre de VS (ou la quantité d'alcool pur en grammes) pourrait aider le consommateur à une meilleure compréhension et quantification de ses consommations. Il n'en demeure pas moins que s'ils sont en difficulté pour quantifier leurs consommations d'alcool, ils le sont tout autant pour se repérer. Quand bien même une quantification fiable serait possible, le caractère déclaratif des consommations d'alcool, à l'origine de leur sous-estimation globale et constante, fragilise aussi l'impact de ces repères. En définitive, au regard de leur faible notoriété et des nombreux biais d'évaluation qui en réduisent l'impact, ces repères ne doivent pas conduire à négliger toutes autres stratégies de contrôle des consommations.
- En tant qu'outil d'évaluation des consommations (puisque'il est utilisé dans le cadre du RPIB), une limite majeure tient à son caractère purement quantitatif et son objectif explicite sous-jacent d'incitation (proche de l'injonction) à une réduction des consommations (par la réduction de la quantité et de la fréquence de consommation), ce qui constitue un facteur d'exclusion de nombre de personnes qui ne peuvent pas s'y soumettre, nombre d'autres facteurs qualitatifs devant par ailleurs aussi être pris en compte pour accompagner les personnes, comme cela est proposé par les acteurs de la RdRD (73). Autrement dit, la quantité ne doit pas être un objectif exclusif ni même automatiquement prioritaire d'accompagnement sous peine de décourager *a priori* nombre d'utilisateurs.
- Ces repères sont formulés à l'échelle populationnelle, sur la base de moyennes de consommation quotidienne. S'agissant de limites statistiques, ces repères ne suffisent naturellement pas à évaluer de façon fiable un risque individuel qui ne peut, par ailleurs, pas être qu'une appréciation quantitative et d'habituation de la consommation, ni à constituer à eux seuls un conseil sanitaire suffisant. Le respect de ces repères ne permet pas à lui seul d'assurer une situation de sécurité vis-à-vis de l'alcool si d'autres facteurs ne sont pas pris en considération, en particulier contextuels et de vulnérabilité (puisque nombre de facteurs de vulnérabilité ne remettent pas en cause un état de « bonne santé »). C'est ainsi que l'âge avancé ou la situation de désir d'enfant pour un adulte en bonne santé (qu'il s'agisse d'un futur père ou d'une future mère) constituent des situations où même le respect de ces repères constitue un surrisque pour la santé. D'autre part, même en respectant ces repères (*a fortiori* s'ils sont pris pour prescription),

certaines personnes développeront tout de même une affection attribuable à l'alcool, comme un cancer (20, 23, 54), témoin d'une sensibilité inter-individuelle à l'alcool hautement variable et au gré d'une potentialisation avec d'autres facteurs cancérigènes, comme le tabac.

1.6. Classification des usages d'alcool

1.6.1. Choix d'une terminologie et d'une stratification des usages d'alcool comme étant toujours à risque potentiel pour la santé

Pour ce travail, nous avons trouvé avec le groupe d'experts un accord autour des terminologies et classification des consommations d'alcool utilisées dans le cadre de l'expertise collective 2021 de l'INSERM sur la base des éléments de justification suivants (7).

- Le présent travail, tout comme l'expertise collective 2021 de l'INSERM, porte sur tous les niveaux et toutes les modalités de consommation d'alcool selon un principe de *continuum*. Les études récentes ayant montré que toute consommation d'alcool peut être à risque pour la santé, il n'est pas possible de considérer d'un côté des consommations nocives et de l'autre des consommations qui ne le seraient pas. Certaines conséquences graves peuvent survenir à partir de faibles quantités consommées (par exemple, 1 verre consommé quotidiennement) à l'instar de cas de cancer du sein, ou même dès la première alcoolisation (accident de la route). Les complications liées à l'alcool ne peuvent donc tenir lieu de critère de classification des usages puisque leur occurrence est possible quel que soit l'usage et même sans usage s'agissant de personnes exposées aux consommations d'alcool de tiers.
- Il s'agissait d'éviter autant que possible l'écueil des nombreuses terminologies, pour certaines floues et peu ou pas performatives telles que : usage modéré, abus, mésusage, usage problématique, usage préjudiciable, usage nocif, usage hasardeux (*hazardous*), usage dangereux, intoxication alcoolique, alcoolisme, ou encore exogénose.

Pour toute consommation/tout usage, le terme de « consommation/usage à risque » est donc utilisé et stratifié en 3 catégories :

- Consommation/usage à moindre risque (en deçà des repères de moindre risque)
- Consommation/usage à risque (au-delà des repères de consommation à moindre risque mais sans dépendance, c'est-à-dire globalement sans TUA)
- Consommation/usage à risque avec dépendance (c'est-à-dire globalement le TUA)

La présence éventuelle de complications n'intervient donc plus dans la classification puisqu'elles peuvent survenir à tout moment dans l'usage, y compris très précocement, et quelle que soit la catégorie d'usage, y compris donc en cas de non-usage (c'est-à-dire chez l'abstinant qui peut subir l'occurrence de dommages induits par des consommations antérieures et/ou être victime des conséquences de l'alcoolisation d'autrui).

Par ailleurs, à cheval sur les 2 catégories de consommation à risque, le trouble de l'usage de l'alcool (TUA), avec ou sans dépendance, est défini selon le DSM-5 (4). On note bien dès à présent la porosité entre l'usage à risque et le trouble de l'usage bien en cohérence avec le principe de *continuum* des usages (19).

Une phase charnière, certes labile, existe donc bien en situation de consommation au-delà des repères de moindre risque (usage à risque). C'est tout particulièrement cette situation qui doit être repérée très

précocement, notamment par le RPIB, afin d'éviter une progression vers un authentique TUA et d'autres conséquences qui seront alors plus difficiles à accompagner (129).

1.6.2. Les troubles de l'usage selon la 5^e version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health (DSM-5)*

Il faut bien distinguer les troubles de l'usage des troubles liés à l'usage d'alcool (qui sont les complications). Les TUA font partie des troubles ou complications induits par l'usage mais les complications des consommations d'alcool ne sont pas l'apanage des TUA.

La nosographie des consommations à risque a évolué ou du moins a pu être affinée. Comme précisé antérieurement, à cheval sur les 2 catégories de consommation à risque, le trouble de l'usage de l'alcool (recouvrant les catégories antérieures d'abus et de dépendance) est défini selon le DSM-5 sur la base de 11 critères et la présence d'au moins 2 de ces critères au cours d'une période de 12 mois (4, 145, 146) (Annexe 4).

Ces critères sont les suivants :

- 1/ La substance est prise en quantité plus importante ou durant une période plus prolongée que prévu.
- 2/ Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance.
- 3/ Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets.
- 4/ Il existe une envie intense, un besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance (*craving*).
- 5/ L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
- 6/ Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- 7/ Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- 8/ Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- 9/ L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
- 10/ Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- 11/ Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage caractérisé à la substance ;
 - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Un nombre seuil de 2 critères au moins est nécessaire pour parler de TUA avec la stratification des TUA suivante :

- Léger (2-3 symptômes)
- Modéré (4-5)
- Sévère (6 ou plus) étant considéré comme une addiction certaine
- La dépendance correspondant peu ou prou à au moins 4 critères ou plus

Une problématique addictive – anciennement résumée sous le terme de dépendance – est donc considérée devant un TUA modéré et de façon plus certaine encore un TUA sévère. Ces critères de définition sont précis. Ainsi, s'il est important de ne pas amalgamer toute consommation à risque à une addiction (l'ancienne mais encore classique dénomination issue du langage courant d'alcoolisme (145)), pour autant toute consommation, même faible à modérée, reste à risque (comme développé dans les chapitres 1.3 et 1.3.4 dédiés à cette question et validé à l'aune des données épidémiologiques, également reprises et soutenues par l'INSERM dans sa dernière expertise collective parue sur le sujet en 2021).

Il est important de rappeler aussi que le TUA correspond à une relation pathologique que le sujet développe avec le produit, sans préjuger de la dose quotidienne ou hebdomadaire consommée (40). Le *craving* résume au mieux cette relation pathologique du sujet au produit, sous la forme d'une valeur émotionnelle élevée avec un *craving* de récompense et surtout un *craving* de soulagement.

La définition et le degré de sévérité d'un TUA reposent donc sur des critères qualitatifs comportementaux (perte de contrôle, besoin de consommer, consommations compulsives avec l'envie subite de consommer ou *flash* et l'envie et le besoin irrépessibles de consommer ou *craving*) à distinguer des repères de consommation dits de moindre risque qui constituent une évaluation quantitative et de chronicité. Les TUA, définis indépendamment des quantités consommées, peuvent de fait exister sans forcément de grandes quantités consommées.

Ces critères du DSM-5 sont d'autant plus intéressants qu'ils ont valeur à la fois diagnostique, thérapeutique (cibles du traitement et éléments de suivi) et pronostique (rechutes). Ils facilitent le suivi sur la base de l'augmentation ou la réduction de leur nombre. Le *craving*, en particulier, représente une cible thérapeutique majeure.

1.6.3. Le principe de *continuum* des consommations, de *continuum* des risques et de *continuum* des réponses possibles = un nouveau paradigme aussi

Ce principe de *continuum* relève d'un nouveau paradigme qui vise à décroiser les catégories d'usage, les risques et les propositions d'aide. Ce principe est notamment étayé dans le *Primary Health Care European Project on Alcohol* (PHEPA) (19) et repris dans l'expertise collective 2021 de l'INSERM (7).

Le non-usage, l'usage social d'alcool, l'usage à risque (repéré ou pas mais non associé à un dommage d'ordre médical, psychique ou social ou du moins sans dommage apparent), l'usage nocif (associé à des dommages), le trouble de l'usage d'alcool quel que soit son degré de sévérité s'inscrivent dans un même *continuum*. Car ce ne sont pas des entités fixes et les individus peuvent évoluer, glisser d'un usage à l'autre, cumuler divers types d'usage (tel que cumuler un usage à risque chronique et usage à risque ponctuel de type API) tout au long de leur vie. Une personne en situation de TUA peut évoluer vers un usage à moindre risque, voire vers le maintien prolongé du non-usage (nouvelle désignation

de l'abstinence) qui ne la protège pourtant pas des complications à long terme de l'alcool consommé jusque-là. Un usage chronique d'alcool, éventuellement repéré comme étant à moindre risque, peut s'associer à des *binge drinkings* très ponctuels et non prévisibles mais à très haut risque alors qu'ils sont banalisés par rapport à une consommation quotidienne. L'usage d'alcool à l'adolescence, notamment sous forme de *binge drinking*, peut évoluer vers un trouble de l'usage à l'âge adulte. Une consommation de très faible quantité et ponctuelle chez une femme enceinte peut s'apparenter à une alcoolisation massive sur un cerveau fœtal. Le terme de consommation, plus généralisant encore, englobe tous ces usages puisqu'étant toujours à risque.

La potentialité de nocivité est de fait présente à tous les niveaux d'usage et pour toutes consommations, bien qu'à des degrés variables selon la quantité consommée, les modalités d'usage, les circonstances et les vulnérabilités associées. Les actions visant à diminuer le risque alcool et notamment les actions plus spécifiques dites de réduction des risques et des dommages (RdRD) peuvent ainsi s'appliquer sans spécificité d'usage par rapport à un autre (se référer aux chapitres 1.8 et 2.4). Ce qui importe est que cela puisse répondre aux besoins identifiés et priorités par le sujet.

Le vocabulaire et la terminologie sont à cet égard particulièrement intéressants pour signifier et valider ce principe de *continuum* : depuis le non-usage jusqu'au trouble de l'usage, un usager pouvant évoluer dans un sens comme dans l'autre (de l'abstinence à la dépendance et inversement), naviguer entre les différents usages, l'objectif de l'accompagnement sera toujours le même, à savoir aider le patient à atteindre, conformément à ses choix propres, un usage moins risqué en s'appuyant sur cette gradation des usages, des troubles éventuellement présents, des risques qui leur sont associés et donc des réponses à proposer.

À cet égard aussi, le DSM-5 (4) est une véritable évolution grâce à une approche unidimensionnelle des conduites addictives dont elle permet de changer la représentation en adéquation avec la réalité clinique et ses diversités et de proposer des stratégies thérapeutiques très variées, adaptées aux objectifs du patient, et graduelles, inspirées des principes de la réduction des risques (3, 73).

Selon ce principe de *continuum*, une approche réellement préventive ne sera efficace que si le repérage est proposé de façon systématique et répétée à tous les patients consultant en centre de soins primaires, y compris ceux sans manifestation de trouble de l'usage ni complication apparente (63).

Enfin, cette dimension de *continuum* renvoie aussi aux différentes facettes de l'alcool, si souvent intriquées (bien qu'en apparence antagonistes) entre plaisir et déplaisir, entre avantages et inconvénients, entre socialisation et isolement, entre intérêt économique pour le secteur viticole, celui des brasseries ou de tout autre distributeur d'alcool (y compris de prémix) et en même temps un coût sanitaire et social exorbitant.

1.7. Le repérage des consommations d'alcool

1.7.1. Pour accompagner les personnes, il faut connaître leurs usages, les évaluer et agir en conséquence

Le repérage des consommations d'alcool et l'accompagnement précoces des personnes sont seuls à même de limiter la morbi-mortalité associée à l'alcool. Plusieurs outils de repérage sont disponibles. Préconisé par l'OMS, le RPIB fait figure de *gold standard* parce qu'il inclut et permet dès le repérage d'agir grâce à l'intervention brève (IB) auprès des consommateurs au bénéfice de leur santé grâce à

une écoute réflexive favorisant la prise de conscience et les adaptations comportementales (29, 68, 147). En dépit de son efficacité et des bénéfices attendus en termes de santé publique, le RPIB subit un défaut d'appropriation par les professionnels qui le pratiquent très peu malgré un niveau avéré d'information et de formation des professionnels le concernant (26, 148). Au défaut de repérage répond naturellement un défaut d'accompagnement de personnes restant dès lors dans l'invisibilité et dans la méconnaissance de leurs risques. Leur niveau de risque n'ayant pas été identifié, il restera longtemps méconnu alors même qu'il aurait pu être réduit et que les conséquences longtemps silencieuses et invisibles de leurs consommations d'alcool auraient pu être évitées.

1.7.2. Les outils du repérage actuellement disponibles et validés pour évaluer les consommations d'alcool

La sélection restreinte des outils que nous listons ci-après a été retenue sur la base de leur validité scientifique (149, 150) et leur usage en pratique clinique courante. Ces outils abordent d'une part la dimension quantitative des consommations d'alcool (AUDIT, FACE), d'autre part les critères qualitatifs, particulièrement les aspects comportementaux, en lien avec un diagnostic éventuel de trouble de l'usage (DSM-5). Le RPIB utilise comme outil de repérage soit le FACE en France, soit l'AUDIT-C dans tous les autres pays. Autrement dit, il cible plutôt les aspects quantitatifs des usages d'alcool.

Concernant l'aspect quantitatif du repérage, qu'il s'agisse d'auto ou d'hétéro-repérage, d'emblée deux écueils sont à prendre en compte : d'une part l'impondérable biais de déclaration (5, 55), d'autre part l'écueil de l'unité de mesure : les personnes ne savent pas, ou du moins ont beaucoup de difficulté à quantifier leurs consommations en verres standards d'alcool. De fait, les consommateurs s'évaluent plutôt et plus souvent en occasions de consommations, au mieux en « verres maison », qu'en quantités précises consommées. Des résultats d'évaluation peuvent ainsi se révéler faussement rassurants. D'où l'importance d'un accompagnement, au moins en partie, par un professionnel.

1.7.2.1. Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT

L'AUDIT-C correspond aux 3 premières questions de l'AUDIT qui en comprend 10 (27, 29, 149, 150). Il s'agit d'un auto-questionnaire facile et rapide sur les consommations d'alcool. Il permet ainsi aux personnes de pratiquer un auto-repérage en 3 questions simples portant sur la quantité consommée, la fréquence de consommation (apportant un éclairage sur l'habitude éventuelle) et l'occurrence de *binge drinkings*.

L'AUDIT-C est l'outil préconisé par l'OMS pour la réalisation du RPIB (*Early Identification and Brief Intervention – EIBI*).

Il y a un intérêt majeur à favoriser l'auto-évaluation des consommations d'alcool par les personnes elles-mêmes qui par effet d'entraînement contribue à l'auto-gestion, à l'instar des bénéfices observés avec :

- les PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) et PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*) consistant en l'auto-évaluation par les patients eux-mêmes, notamment des effets indésirables (EI) des traitements (tels que la chimiothérapie anti-cancéreuse) (151, 152). Les PROMs ont permis de révéler une sous-évaluation des EI par les médecins, certains n'étant pas même identifiés ni reconnus par les médecins. Les PROMs et les PREMs permettent ainsi

une meilleure appréciation de l'ensemble des EI des traitements et de l'expérience patient en matière de maladie et de soins ;

- l'échelle visuelle analogique (EVA) d'évaluation de la douleur, ayant été prouvé que le patient est un bien meilleur juge de sa propre douleur que le médecin ;
- l'auto-évaluation désormais largement présente dans la vie courante visant à favoriser l'hygiène de vie et pouvant porter sur de nombreux paramètres tels que la consommation calorique, la dépense énergétique ou encore l'activité physique (nombre de pas, de kilomètres ou de marches d'escalier) à l'aide d'outils connectés, y compris le smartphone personnel.

On repère des avantages, mais aussi certains écueils à l'utilisation de l'AUDIT-C.

Avantages :

- il est facile d'usage et accessible à tout usager ;
- il permet une indépendance vis-à-vis des professionnels de santé (relativement à leur disponibilité en consultation et leur intérêt pour le sujet), ce qui favorise l'auto-gestion et l'auto-suivi en temps et en vie réelle ;
- il est en cohérence avec la démarche de la RdRD fondée sur la reconnaissance et le respect des savoirs et des compétences de l'usager. L'AUDIT-C est ainsi :
 - un accélérateur de compétences de l'usager et donc un outil d'*empowerment*,
 - un appui à l'autonomie de l'usager et une validation de sa capacité à l'auto-détermination,
 - un outil essentiel de régulation de ses propres consommations (auto-gestion) ;
- il permet de contourner les réticences des individus à dévoiler leurs consommations d'alcool à un professionnel de santé, par crainte notamment du jugement, de la stigmatisation, des injonctions moralisantes et parce que cela reste une question de l'ordre de l'intime difficile à partager (comparée par certains experts aux questions portant sur la sexualité) ;
- il permet, contrairement à d'autres outils d'évaluation, une estimation des *binge drinkings*, source de complications graves et souvent irrémédiables, et survenant même en l'absence de TUA.

Limites :

- il ne doit pas être exclusif de toute intervention de professionnels afin notamment de compléter le repérage par une évaluation personnalisée et plus qualitative des modalités de consommation de la personne. Une personne ne voudra pas forcément dire précisément combien elle consomme, alors qu'elle voudra savoir comment diminuer son risque, ce qui implique une relation d'accompagnement ;
- il peut être mis en défaut en cas de déni de la personne vis-à-vis de ses consommations, de minimisation, de biais de mémorisation ;
- il peut se révéler inadapté en cas de barrière linguistique, de problème de littératie, de déficit cognitif (notamment les troubles cognitifs induits par l'alcool) ;
- sauf à considérer le *binge drinking* comme un critère de TUA (comme l'estiment certains experts), il n'apporte pas d'éléments d'orientation pouvant suggérer l'éventualité d'un TUA ;
- il est inadapté à certaines situations de TUA, *a fortiori* sévère, qui privent la personne d'une possibilité d'évaluation des risques et des limites ainsi que de suivi de ses consommations.

1.7.2.2. *Fast Alcohol Consumption Evaluation – FACE*

Le FACE est un hétéro-questionnaire rapide des consommations d'alcool. Il permet aux professionnels d'effectuer un repérage rapide en 5 questions simples portant sur la quantité consommée, la fréquence de consommation et des critères permettant de suspecter un éventuel trouble de l'usage d'alcool (Annexe 7).

Les médecins généralistes français ont choisi le FACE, plutôt que l'AUDIT-C recommandé par l'OMS (et choisi par tous les autres pays) pour la réalisation du RPIB. Dans le cadre des travaux visant l'adaptation des outils de l'OMS aux conditions françaises d'exercice, le choix des MG français aurait été sous-tendu effectivement par leurs conditions d'exercice, notamment l'absence de secrétariat qui pourrait fournir et expliquer le questionnaire aux patients (27, 29).

On repère des avantages, mais aussi certains écueils à l'utilisation du FACE.

Avantages :

- il est facile d'usage et accessible à tout praticien ;
- il est reconnu équivalent à l'AUDIT-C en termes d'apprentissage, d'applicabilité, d'efficacité ;
- il contribue à l'échange approfondi en consultation entre patient et soignant relativement à la question alcool, et plus globalement à la relation de soins ;
- il apporte une évaluation qualitative par le biais de 3 questions complémentaires à celles portant sur l'évaluation quantitative et sur l'habitude (via la fréquence de consommation). Ces 3 questions contribuent à la détection d'un éventuel TUA. En particulier, la consommation dès le matin est un facteur de gravité, en faveur d'un TUA modéré à sévère.

Limites :

- il n'évalue pas l'occurrence des *binge drinkings* pourtant à haut risque de complications violentes, en particulier chez les plus jeunes et parfois très précocement dans l'histoire d'un usage (bien en amont de l'éventualité d'un TUA) ;
- il propose 3 questions sur les 5 en lien avec des stigmates potentiels de TUA (éventuellement déjà sévère) mais sans mention des *binge drinkings*, laissant, par là, suggérer que seule la chronicité de l'usage (sous forme de consommation quotidienne) serait problématique (contrairement à des usages ponctuels). Pourtant, le repérage d'au moins 1 épisode de *binge drinking* dans l'année serait *a priori* discriminant pour suspecter une problématique d'usage d'alcool, y compris à type de TUA. En soi, le *binge drinking* même isolé justifierait ainsi un repérage complémentaire et détaillé dans le sens d'un TUA ;
- le focus de l'outil FACE sur des critères évocateurs de TUA a un effet de filtrage au profit de situations restreintes (en comparaison du volume numérique bien supérieur des usages à risque mais sans TUA avéré) et surtout trop tardives dans l'histoire d'un usage d'alcool. Les situations de TUA sont en effet réputées moins sensibles aux interventions sanitaires visant la diminution du risque alcool et particulièrement la réduction des consommations. Dans ses travaux, l'OMS estimait à ce titre que les conduites addictives en lien avec l'alcool (TUA) ne relevaient déjà plus du repérage mais d'un diagnostic et d'une orientation spécialisés (63). Autrement dit, l'OMS estimait que le repérage – et plus particulièrement le RPIB – ne concernait pas les personnes en situation de TUA ;
- il dépend pour sa réalisation de la rencontre avec un professionnel et donc de sa disponibilité logistique (l'occurrence d'une consultation) et d'écoute attentive au sujet alcool ;

- il est un frein potentiel à l'*empowerment* en déresponsabilisant la personne dans sa capacité d'auto-évaluation et d'auto-gestion puisqu'elle se trouve dépendante du médecin dans l'évaluation de sa situation personnelle concernant sa consommation d'alcool ;
- il est susceptible d'être vécu comme intrusif, jugeant, paternaliste par la personne évaluée (c'est le médecin qui évalue et qui cote, donc juge) ;
- il peut contribuer à la sous-évaluation des consommations par non-dévoilement des usagers masquant leurs consommations par crainte de jugement et discriminations.

1.7.2.3. La version 5 du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-5

Le DSM-5 est une hétéro-évaluation visant l'identification, quelle que soit la substance, d'un trouble de l'usage et sa sévérité.

Le trouble de l'usage de l'alcool (recouvrant les catégories antérieures d'abus et de dépendance) est défini selon le DSM-5 sur la base de 11 critères (4) (Annexe 4 et se référer au chapitre 1.6.2) dont le nombre définira la sévérité. Ainsi, un nombre seuil de 2 critères au moins sur les 12 derniers mois est nécessaire pour parler de TUA avec la stratification des TUA suivante :

- Léger (2 à 3 symptômes)
- Modéré (4 à 5)
- Sévère (6 ou plus) étant considéré comme une addiction certaine
- La dépendance correspondant peu ou prou à au moins 4 critères ou plus et donc au TUA d'intensité modérée à sévère

Le DSM-5 étant valable quelle que soit la substance, ainsi que pour les addictions comportementales (jeux vidéo, de hasard ou d'argent, addiction sexuelle), il reste valable et opérant en cas de transfert d'addiction (146).

Plus généralement et donc au-delà même de la problématique addictive, le DSM-5 est très pertinent cliniquement pour évaluer les consommations d'alcool.

D'une part, il permet de découpler l'analyse par l'impact de la quantité de l'analyse comportementale. En effet, il peut y avoir de grandes quantités consommées et pourtant pas de TUA. Le TUA ne dépend donc pas forcément des quantités consommées et justifie de fait une approche beaucoup plus globale, impliquant pleinement les dimensions psycho-sociales ainsi que contextuelles et environnementales (153).

D'autre part, le DSM-5 est aussi une évolution notable par rapport au DSM-4 qui reposait sur une approche catégorielle et de gradation (154). Dans le DSM-5, outre le retrait de la notion d'abus, tous les critères sont pris en compte indistinctement, qu'il s'agisse de critères médicaux ou de critères sociaux. Parmi ces critères : l'abandon d'activités pourtant importantes pour la personne (à l'échelle familiale, relationnelle, professionnelle...), le *craving* (correspondant à la perte de contrôle avec compulsion irrépressible de consommation), la poursuite des consommations malgré les conséquences négatives (au niveau physique, psychique, social), le désir persistant de consommer. Le DSM-5 se révèle ainsi un outil très pratique et utile à la discussion par le biais de la reformulation (par exemple : avez-vous déjà eu envie d'arrêter ou bien est-ce un désir persistant ? ce qui orientera alors plus vers un TUA).

Si le DSM-5 fait autorité auprès de tous les professionnels, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit clairement d'un outil médical qui pourrait en conséquence ne pas convenir à tous les acteurs du repérage en premier recours.

1.7.3. Le repérage précoce avec intervention brève (RPIB) : une mesure phare pour diminuer le risque alcool

1.7.3.1. Rappel historique et sur une collaboration internationale

À l'international

Au regard de l'ampleur du poids sanitaire et social des dommages liés à l'alcool (9, 69, 103), du très faible niveau des actions de prévention et du défaut de systématisation du dépistage en matière d'alcool, des travaux importants ont été initiés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) autour des années 1990 avec la participation de plusieurs pays dont la France (63). En France notamment, un majeur résultat du fait que les médecins généralistes n'intervenaient le plus souvent qu'en cas d'usage nocif ou de dépendance à l'alcool, autrement dit, pour une faible proportion de la population et à un stade où les actions de prévention et de dépistage sont pour le coup déjà dépassées.

C'est dans un tel contexte national et international que les travaux de l'OMS se sont déroulés en plusieurs phases constitutives du projet global intitulé le *WHO collaborative project on detection and management of alcohol-related problems in primary health care*, en cohérence avec l'*European Charter on Alcohol* et l'*European Alcohol Action Plan* (71).

Les phases constitutives de ce projet se sont déclinées de façon logique comme suit :

- Phase I : *a reliable and valid screening instrument for detecting hazardous and harmful drinkers in primary health care (PHC) settings (AUDIT questionnaire).*
- Phase II : *a clinical trial of Screening and Brief Intervention (SBI).*
- Phase III : *the current practices and perceptions of general medical practitioners (GPs).*
- Phase IV : *development and application of country-wide strategies for the widespread, routine and enduring implementation of Early Identification and Brief Intervention (EIBI) in PHC throughout participating countries.*

C'est dans le cadre de ces travaux et dès les années 1990 que le questionnaire international AUDIT a été développé par un groupe de travail de l'OMS comme une méthode simple pour le repérage des buveurs à risque. Une intervention brève a aussi été conçue et proposée aux médecins généralistes des pays participants pour aider les buveurs à réduire leur consommation d'alcool. Les experts leaders du groupe de travail ont aussi proposé d'utiliser les repères de consommation utilisés dans les pays d'origine (comme en France, en Angleterre ou en Australie, les repères de ne pas dépasser 21 unités (soit 21 verres standards) par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes). Mais les limites proposées par ce groupe de travail de l'OMS comme un outil pour des interventions brèves en soins de santé primaire ont été à tort considérées dans différents pays européens comme les repères officiels de l'OMS pour la population générale. En fait, l'OMS n'a jamais donné aucune recommandation officielle chiffrée en matière de consommation d'alcool. La seule recommandation constamment promue par l'OMS était « moins, c'est mieux ».

Il est notable que pour l'OMS, les acteurs des soins de premier recours (*primary health care*) ne devaient pas se réduire à la médecine générale mais devaient aussi inclure la médecine du travail, la médecine scolaire, le corps des pédiatres, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, les pharmaciens et les dentistes.

Les choix et évolutions stratégiques observés au cours de ce travail, notamment en termes de vocabulaire, sont aussi importants à rappeler. Ils visaient notamment à modifier les représentations sociales des questions, problématiques ou pas, liées à l'alcool ainsi qu'à mieux faire comprendre à la fois les objectifs du dépistage précoce et les comportements cibles à ne pas manquer. C'est ainsi que les termes *screening* et *risky drinking* ont été considérés comme stigmatisants et associés trop facilement, voire de principe, au comportement dit d'alcoolisme dans le langage commun. Ils ont ainsi été remplacés par ceux de *early detection* et de *hazardous drinking* considérés comme plus à même d'inclure toutes les consommations, y compris de moindre degré, sans signe apparent de retentissement mais dépassant les repères de consommation à risque et restant donc source de complications médicales et sociales liées à l'alcool. L'intitulé *Early Identification and Brief Intervention* (EIBI) a remplacé celui de *Screening and Brief Intervention* (SBI), traduit initialement en français par détection précoce avec intervention brève (DPIB) avant de s'intituler ensuite repérage précoce avec intervention brève (RPIB). Enfin, l'intitulé global de *hazardous and harmful drinking* a été retenu comme la cible de l'EIBI (DPIB), excluant de ce fait les personnes souffrant de dépendance dont le besoin était considéré comme dépassant trop largement celui couvert par l'EIBI (DPIB).

Indépendamment de la variété des pratiques et des spécificités des soins en premier recours en fonction des pays, et malgré des preuves nombreuses et solides de l'efficacité de l'EIBI (DPIB), les travaux de l'OMS ont fait état de l'extrême difficulté dans tous les pays – parfois même l'échec – de la phase IV du projet global visant la diffusion, la mise en application pratique de routine et la pérennisation de l'EIBI (DPIB). D'après l'OMS, une telle difficulté illustre les difficultés de la médecine générale à se mobiliser face aux innovations et aux changements de pratiques ainsi que la nécessité d'efforts soutenus sur de nombreuses années pour pouvoir y parvenir à long terme. Ainsi, malgré ces travaux et en dépit de tous les avantages attendus en termes de santé publique, le défaut de systématisation à l'ensemble de la population du repérage et de l'accompagnement des consommations d'alcool persiste.

À l'échelle européenne

Dans la continuité des travaux de l'OMS, au regard du poids et de l'importance du « risque alcool », des variations des pratiques, mais aussi surtout du manque de prise en charge, le projet *Primary Health Care European Project on Alcohol* (PHEPA) a établi des recommandations cliniques à l'attention des médecins généralistes et des professionnels de santé primaire (19).

En préambule, ces recommandations rappelaient que le non-usage, l'usage social d'alcool, l'usage à risque (non encore associé à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social), l'usage nocif (ayant déjà entraîné des dommages) et enfin le trouble de l'usage d'alcool s'inscrivent dans un même *continuum*. Autrement dit, qu'il ne s'agit pas d'entités fixes mais bien que les individus évoluent, glissent d'un usage à l'autre, tout au long de leur vie. Il était donc souligné qu'une approche réellement préventive ne pouvait être efficace que si le repérage était proposé à tous les patients adultes consultant un médecin généraliste ou en centre de soins primaires. Le PHEPA soulignait ainsi l'importance de systématiser le repérage à tout usager du système de santé et pas seulement les personnes pour lesquelles un usage problématique d'alcool est apparent. Il se distinguait par là aussi des travaux de l'OMS puisqu'en se basant sur le principe de *continuum*, il intégrait par définition aussi les personnes en situation de trouble de l'usage d'alcool. Enfin, ces recommandations soulignaient, d'une part, le rôle clé des médecins généralistes à se saisir de l'opportunité des consultations pour effectuer un tel repérage, d'autre part, l'efficacité des interventions pour réduire la consommation d'alcool sur la base d'un conseil simple, bref (pas plus de 5 minutes) mais structuré (155).

Pour une application optimale du RPIB, le rapport PHEPA soulignait un certain nombre de points importants :

- les 3 premières questions du questionnaire AUDIT de l'OMS, ou AUDIT-C, constituent la méthode validée et privilégiée pour repérer les consommations problématiques d'alcool ;
- le repérage est plus efficace lorsqu'il est intégré dans les pratiques cliniques de routine ;
- les programmes intégrant le RPIB sont d'autant plus efficaces qu'ils interviennent précocement dans l'histoire de l'usage d'alcool d'un individu et que l'alcoolisation est moins grave. Les buveurs non dépendants (sans TUA) ont plus de facilité à réduire (voire arrêter leur consommation) avec une aide appropriée que les buveurs déjà dépendants (TUA modéré à sévère) qui relèvent d'une orientation spécialisée ;
- ces programmes ont une efficacité limitée auprès des femmes enceintes ;
- les interventions prolongées ne sont pas plus efficaces que les interventions brèves (5 minutes) consistant à restituer les résultats du repérage, informer sur les risques, conseiller, responsabiliser, encourager au changement, aider le patient à définir ses objectifs (155) ;
- l'efficacité perdure jusqu'à 1 an et peut se prolonger jusqu'à 4 ans ;
- aucune étude n'a montré que les interventions brèves sont mal perçues par les personnes qui en bénéficient ;
- la mise en œuvre des programmes de RPIB implique un soutien des médecins généralistes et une formation professionnelle continue ;
- malgré les bénéfices et la facilité d'application, les praticiens en soins de santé primaire expriment des difficultés à dépister et conseiller les patients lorsqu'il s'agit de consommations d'alcool. Parmi les raisons invoquées par les médecins généralistes (se référer au chapitre 1.9.4), on retrouve notamment :
 - manque de temps (156, 157),
 - formation inappropriée,
 - craintes et inquiétude vis-à-vis des patients réticents,
 - idée que les interventions brèves concernant l'alcool ne seraient pas compatibles avec les soins de santé primaires,
 - conviction que les personnes dépendantes ne sont pas soucieuses de leur santé et pas réceptives aux interventions et prises en charge.

En France

L'Association nationale pour la prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA, association non gouvernementale et désormais intitulée Addictions France) a participé et représenté la France au sein du *WHO collaborative project on detection and management of alcohol-related problems in PHC* dès son initiation (63). De même, l'ANPAA a développé en 2006 le programme « Boire moins, c'est mieux » (BMCM – *Drinking less is better*) afin d'adapter les outils OMS du RPIB aux conditions françaises d'exercice de la médecine (27). Certes restreint à la région Île-de-France, le programme BMCM a couvert un bassin de population de 11 millions de personnes (soit 1/6 de la population française).

À l'image des travaux de l'OMS, ce programme a évalué, à l'échelle nationale, les questions portant sur : les outils d'intervention ; les stratégies de dépistage ; la méthode d'enseignement/d'entraînement à l'utilisation de l'outil par les acteurs de premier recours ; les stratégies de mobilisation des médecins généralistes.

À partir de ces questions, les points saillants étaient les suivants.

- L'outil : les médecins généralistes expriment le souhait d'un outil facile, simple, bref et soulèvent la question d'un dédommagement financier. En France comme ailleurs, l'auto-questionnaire AUDIT-C tenant compte à la fois de la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois, du volume absorbé un jour de consommation type et de la fréquence des épisodes d'API, était considéré comme un outil efficace, sensible et spécifique. Il n'a pourtant pas été retenu par les MG bien qu'il se soit révélé équivalent à l'hétéro-questionnaire FACE (*Fast Alcohol Consumption Evaluation*).
- La place du médecin généraliste : il s'avère que la population française se dit confiante à l'égard du médecin généraliste pour traiter de la question des problèmes liés à l'alcool.
- Les stratégies de mobilisation des médecins généralistes : un programme de formation constitué d'une seule visite au cabinet d'un médecin généraliste et le maintien d'une activité de conseils dédiés (disponibilité d'un référent spécialiste alcoologue/addictologue), y compris simplement par téléphone, augmente de près de 50 % le taux de repérage des usages d'alcool et de la pratique de la relation d'aide brève par les médecins généralistes. Un environnement soutenant et un réseau de professionnels spécialisés améliorent donc significativement l'engagement.
- Difficultés de déploiement du DPIB/RPIB : ces difficultés ont persisté malgré l'intérêt et les actions déployées par les pouvoirs publics depuis les années 2000, notamment par le biais de diverses publications spécifiquement destinées à l'attention des médecins généralistes en vue de favoriser la dissémination du DPIB. Le constat a persisté : les médecins généralistes n'acquièrent pas la culture de la prévention et du dépistage vis-à-vis de l'alcool et n'interviennent qu'au stade des complications et de la dépendance. Ils expriment vis-à-vis du DPIB/RPIB ne pas se sentir capables et légitimes malgré la confiance de la population en leur faveur et les preuves de l'efficacité de cet outil. Il est ainsi apparu que seul un recadrage avec une projection de travail sur le long terme impliquant les agences gouvernementales tout autant que les associations était susceptible de modifier cette situation et se révélait donc essentiel.

1.7.3.2. L'intervention brève du RPIB est au cœur du principe du « repérer pour agir »

Par les outils de repérage précédemment cités, le repérage du RPIB est censé aujourd'hui permettre d'une part une entrée dans un parcours de prévention et d'accompagnement des personnes identifiées à risque afin de les aider à réduire leurs consommations, d'autre part une orientation adaptée pour celles suspectes de troubles de l'usage.

Dès son origine, ce repérage ne devait pas être entendu isolément mais au travers de l'intervention brève à laquelle il doit être intriqué (Annexe 7). Il est ainsi d'abord une information sur les risques liés à l'usage d'alcool. Il est ensuite une évaluation personnalisée qui va permettre à chaque personne d'approcher son propre risque, afin qu'elle puisse en conséquence choisir de moduler sa consommation selon ses propres critères d'arbitrage. Il est enfin une proposition d'accompagnement individualisé dans une optique de réduction de consommation.

Principes et modalités actuels de l'intervention brève

Telle que conçue initialement, la cible principale de l'intervention brève (IB) est constituée par les usagers d'alcool à risque, autrement dit, les personnes qui consomment au-delà des repères de

consommation (en l'occurrence désormais les repères de consommation d'alcool dits à faible risque), mais sans critère de TUA. Il s'agit ainsi de personnes ayant, certes, une consommation dite excessive au regard des nouveaux repères et se trouvant, de fait, invisibles, non identifiées par les professionnels de santé parce sans dommages apparents et non dépendantes (sans TUA). De là tout l'intérêt du RPIB afin d'une part de les identifier comme étant dans cette catégorie de risque, d'autre part de leur permettre de caractériser et suivre leur risque propre, enfin de leur proposer une intervention brève répondant aux enjeux de leur situation personnelle et ouvrant, s'ils le souhaitent et y adhèrent, à un accompagnement individualisé pour réduire leur consommation.

Telle que définie initialement, cette cible de l'IB représenterait un peu plus de 20 % de la population de consommateurs (30 % de la population masculine, 10 % de la population féminine).

La checklist de l'intervention brève

L'intervention brève suit un déroulé précis et logique s'assurant du niveau d'information générale, éclairant les données individuelles et les resituant dans ce contexte, enfin proposant un parcours ou du moins des objectifs pragmatiques (29) (Annexe 7) :

- restituer les résultats de l'évaluation de la consommation d'alcool issue des questionnaires (FACE, AUDIT ou autre) ;
- informer sur les risques et les dommages liés à l'usage d'alcool ;
- information sur le verre standard d'alcool (10 g d'alcool pur) et les nouveaux repères de consommation ;
- évaluer les risques à l'échelle personnelle et situationnelle ;
- identifier les représentations et les attentes du patient ;
- échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation ;
- expliquer les méthodes permettant de réduire, arrêter ou mieux gérer sa consommation ;
- proposer des objectifs et laisser le choix ;
- évaluer la motivation, la confiance, la temporalité ;
- donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation ;
- remettre une brochure, orienter vers des outils numériques, diriger vers une association.

1.7.4. Données de performances du RPIB

L'efficacité des programmes de RPIB en médecine générale a été rapportée tout particulièrement dans le cadre du programme PHEPA dont l'INCa a validé et relayé le message en assurant également la traduction française des recommandations qui en ont résulté pour la médecine générale (19). Parmi les résultats les plus marquants, les suivants sont à retenir.

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. À 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.

En termes d'impact, il est rapporté que l'IB réduit la consommation de 20 g d'alcool pur par semaine (soit l'équivalent de 2 verres standards ou un peu moins), ce qui est considéré comme significatif à l'échelle de la population.

Cependant, la durée d'efficacité sur la réduction de consommation étant estimée entre 6 mois et 1 an, pouvant se prolonger jusqu'à 4 ans, cela questionne son impact à long terme si l'IB n'est pas systématisée et réitérée (158, 159).

1.7.5. Le RPIB reste une recommandation réitérée des agences sanitaires à l'attention des professionnels de premier recours

La HAS partage cette recommandation et en ce sens a mis à jour en 2021 son rapport d'élaboration sur le RPIB à l'aune de nouveaux repères de consommation à moindre risque (29).

L'INSERM, à travers sa dernière expertise collective publiée au printemps 2021 sur l'alcool et la réduction des dommages en la matière, réitère la recommandation de systématisation du RPIB en premier recours : « Les patients qui ont une consommation d'alcool à risque sont insuffisamment identifiés par le système de santé et donc très peu pris en charge. La mise en œuvre à large échelle du dépistage et de l'intervention brève en médecine de premier recours figure parmi les mesures de santé publique les plus efficaces et les moins coûteuses pour réduire les dommages liés à l'alcool. Il est donc très souhaitable de prendre des mesures visant à favoriser un dépistage systématique de la consommation à risque, ce qui permet de mettre en place une intervention brève. Ceci est d'autant plus important que le rapport coût-efficacité des interventions brèves est bien supérieur pour la consommation à risque que ne le sont les traitements de la dépendance à l'alcool. La preuve de l'efficacité de l'implémentation du dépistage et de l'intervention brève est bien établie lorsqu'elle est pratiquée dans la communauté (par exemple les écoles), en médecine générale et aux urgences. L'application de mesures de dépistage systématique permet également de repérer les personnes dépendantes à l'alcool. Même si ce dépistage est très efficace, il est très peu pratiqué, en particulier en France » (26).

Au-delà du RPIB, l'offre sanitaire actuelle en matière d'accompagnement s'adresse aux personnes en situation de TUA et/ou de complications liées à l'alcool qui font l'objet de recommandations de bonnes pratiques.

1.8. La réduction des risques et des dommages (RdRD) en matière d'alcool : une pratique émergente qui accroît les potentialités d'action visant la diminution du risque alcool

1.8.1. Rappel historique sur la réduction des risques et des dommages (RdRD)

L'échec de la prohibition et de la pénalisation en matière d'addictions et de drogues illicites, les difficultés de la prise en charge médicale pure des addictions – notamment les échecs des sevrages et du maintien de l'abstinence –, enfin la forte incidence des contaminations virales chez les usagers

injecteurs de drogues ont fait émerger sous l'impulsion des usagers de drogues eux-mêmes et des associations de lutte contre le sida une nouvelle dimension des soins en addictologie (160). L'usage addictif d'une substance n'excluant pas pour l'utilisateur une attention pour sa santé, la RdRD a ainsi d'abord été initiée dans les années 80-90 aux États-Unis en pleine pandémie de sida. Elle avait en effet pour objectif initial de prévenir les contaminations par le VIH et les hépatites virales (VHB et VHC) chez les injecteurs de drogues du fait de l'échange entre usagers de seringues contaminées. Les programmes d'échange de seringues (PES) permettant la délivrance de seringues à usage unique ont permis une réduction drastique des contaminations, assurant la preuve du concept à même le terrain (73).

Le concept de RdRD s'est ensuite étendu au-delà des seules complications infectieuses de l'usage de drogues. Des objectifs très diversifiés ont émergé, parmi lesquels la réduction des *overdoses*, de l'isolement social, de la perte d'emploi et plus généralement le défaut d'accès à l'assistance sanitaire et sociale. Outre les PES, d'autres méthodes phares de la RdRD ont ainsi été déployées, portées notamment par les missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (31) :

- le traitement substitutif opioïde (TSO) ;
- les salles de consommation à moindre risque (SCMR) ;
- les programmes d'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) ;
- les kits de prévention des *overdoses* aux opioïdes.

Au fil du temps, l'expérience dans le champ de la toxicomanie a fait son chemin, gagnant d'autres conduites addictives. C'est ainsi que la RdRD s'est aussi invitée en tabacologie avec la cigarette électronique permettant la substitution de la consommation de tabac par le vapotage permanent de substitut nicotinique (73). Finalement, la RdRD s'est aussi imposée en matière d'alcool.

La RdRD renvoie à la dimension pragmatique de la santé publique en rompant avec la condamnation des consommations et des consommateurs. Il s'agit aussi de s'émanciper de la crainte ressentie par les professionnels de santé vis-à-vis des consommateurs de SPA en créant et en soutenant du lien de confiance, de même que de s'affranchir de la crainte de l'impuissance face aux addictions en suggérant qu'il y a toujours des perspectives positives possibles.

En France, la RdRD s'est installée très progressivement. Des textes réglementaires et législatifs délimitent son champ d'intervention. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite de modernisation du système de santé (LMSS)¹¹ (161), renforce le principe en dépassant le risque infectieux et inscrit la RdRD dans la lutte contre les conduites addictives. L'article L. 3411-8 du Code de la santé publique¹² définit la politique de RdRD comme suit : Elle « vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ». Ce texte est une évolution par rapport à la précédente loi de santé n° 2004-806 du 9 août 2004 car la RdRD ne se limite plus aux seules substances illicites et s'ouvre au tabac et à l'alcool (73). En alternative aux soins médicaux traditionnels mis en difficulté (dont les échecs de sevrage), la RdRD en matière d'alcool vise à accompagner tous les usages (même sans TUA) tels qu'ils se présentent, en considérant des perspectives positives toujours possibles. Sur la base de l'accueil, mais aussi de l'aller vers, elle coconstruit avec la personne, en situation, des actions très diversifiées visant des modulations d'usage, d'environnement, de contexte et la facilitation d'accès aux dispositifs d'aide, notamment sociale.

¹¹ [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

¹² [Article L3411-8 - Code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

1.8.2. Principes fondamentaux de la RdRD

Comme sa dénomination très claire l'indique, au fondement de la RdRD il y a la volonté de limiter les risques liés à l'usage de substances psychoactives (en l'occurrence d'alcool), dans la diversité de ses effets délétères, en s'attachant à réduire ceux que l'usager met d'abord en avant. Ces risques peuvent être de nature somatique, psychique, sociale, affective, familiale, professionnelle, économique, juridique et concerner la personne elle-même, et principalement, mais également des personnes collatérales (familiales ou pas).

La RdRD au sens général n'exclut pas l'arrêt de l'usage qui restera toujours la meilleure option, en particulier pour ce qui concerne les drogues illicites. Concernant l'alcool, à l'exception de situations se révélant en réalité particulièrement rares – lorsque rapportées à l'ensemble de la population d'usagers – (telles que des situations de trouble de l'usage particulièrement sévère à l'alcool, certaines situations très dégradées du fait d'affections psychiatriques ou somatiques ou certains traitements médicamenteux pour lesquels l'arrêt de l'usage s'avère l'issue la plus sûre pour la personne), l'objectif idéal n'est pas le zéro alcool. Car l'alcool, à l'inverse de toutes les autres substances psychoactives, y compris le tabac, est un bien de consommation courante, ancré dans notre tradition culinaire et contribue au partage de convivialités festives. La RdRD alcool est ainsi pleinement dans son fondement à l'origine. Il ne s'agit aucunement d'inciter ou encourager les consommations d'alcool mais bien d'accompagner les usages, sans jugement aucun, pour en amoindrir les risques.

En matière de RdRD, les considérations de moralité ou de légalité (question qui se pose en France pour l'usage de drogues illicites) ne sont pas prioritaires, et n'ont d'ailleurs pas leur place, quand il s'agit de santé et de soins (7). En matière d'alcool, la RdRD se doit d'être clairement affranchie de toute dimension moralisante. Il n'y a pas d'interdiction, de prohibition, d'injonction, de jugement. Il n'y a que l'accompagnement d'individus « acteurs », capables parce que « sachant » – sur la base de leur savoir expérientiel et des informations qui leur auront été transmises pour accroître leur *empowerment* – et « décidant » sur la base de leur autonomie, quand bien même leurs choix seraient mis en difficulté par leur consommation même (soulignant par là aussi l'importance de les respecter et de les accompagner).

À partir de ces fondements, les principes de la RdRD impliquent de :

- reconnaître, tenir compte et respecter les savoirs expérientiels, les compétences et l'autonomie de la personne quant à ses modalités d'usage ;
- répondre aux besoins de la personne tels qu'elle les identifie, les manifeste, les priorise ;
- accueillir, respecter et accompagner la personne dans ses choix propres et sa temporalité ;
- élaborer conjointement avec la personne une relation d'alliance ;
- respecter la façon de vivre de la personne ;
- favoriser l'*empowerment* de patients (auto-évaluation, auto-gestion spontanée, auto-efficience).

1.8.3. Application du concept et des principes de la RdRD à l'alcool

Une RdRD spécifique « alcool » s'est aussi progressivement imposée. Son intérêt et ses bénéfices semblent pouvoir s'étendre à toutes les modalités possibles de consommation d'alcool, y compris donc en dehors d'une authentique addiction à l'alcool (162). Dans la mesure où l'exposition à l'alcool est ubiquitaire au sein de la population et où tout type de consommation comporte des risques potentiels, notamment à l'échelle sanitaire et sociale, la RdRD doit aussi pouvoir s'adresser à tous, à l'échelle

individuelle autant que collective. La RdRD alcool peut s'appliquer à tout type d'usage, à tous les consommateurs, quels que soient leur âge et leur situation particulière, et en toutes circonstances.

Comme pour les autres substances psychoactives, le paradigme du sevrage et du maintien de l'abstinence comme seule condition d'accès à des soins pour les personnes souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool a pris fin (163-166). Outre sa connotation prohibitive et moralisante, l'injonction d'abstinence a été une cause très fréquente de renoncement aux soins, mais également d'échec de prise en soins par le fait de rechutes récurrentes privant progressivement les personnes de tout espoir. Les rechutes répétées génèrent souffrance morale et neurotoxicité majorée (7, 40). Chez une personne souffrant d'une dépendance à l'alcool, l'alternance de périodes de sevrage brutal (à l'origine d'une hyperexcitabilité glutamatergique liée à l'hyperdensité en récepteurs NMDA induite par les consommations alcooliques excessives et prolongées) et de réalcoolisation importante se révèle bien plus toxique pour le système nerveux que le maintien de l'alcoolisation et suscite, par la répétition de l'échec, un découragement irrémédiable. Quant aux usagers à risque sans TUA et sans complication apparente, ils refusent naturellement de se priver d'un usage social, festif, de plaisir ou tout simplement partie intégrante de leurs habitudes de vie en dépit des risques à long terme dont ils auraient pu prendre conscience.

L'abstinence n'est donc plus ni un impératif, ni le seul schéma, ni le schéma idéal, même si elle reste une option possible. Si la RdRD alcool a d'abord eu du sens par opposition et en alternative à l'abstinence, elle s'est aussi progressivement inscrite dans le *continuum* des consommations – *continuum* incluant tous les types de consommation depuis le non-usage jusqu'au TUA selon un principe gradualiste et universaliste. De la même manière mais en miroir inversé, la RdRD propose un agencement gradualiste des réponses depuis l'abstinence, autrement désormais dénommée maintien prolongé de l'arrêt de l'usage (comme option toujours possible, notamment parce que certains la choisissent et parce qu'elle sera d'autant plus conseillée que le TUA est sévère et associé à des comorbidités aggravatives) jusqu'à la sécurisation de l'usage tel qu'il est (c'est-à-dire tel qu'il se présente et tel que la personne souhaite ou doit le maintenir, autrement dit « faire avec » les consommations de la personne) (73, 76, 77). Car même en l'absence de réduction des niveaux de consommation, *a fortiori* même sans être abstinente, la RdRD peut proposer diverses modulations qualitatives de l'usage en le réaménageant, soutenir les compétences psycho-sociales, œuvrer à un environnement et un contexte (en particulier social) plus favorables, et surtout préserver le lien et faciliter l'orientation adaptée et l'accès aux dispositifs sanitaire et social.

1.8.4. RdRD en matière d'alcool en France

En phase avec l'agence européenne et la *Food and Drug Administration* (FDA), la RdRD en matière d'alcool s'installe aussi progressivement en France comme une stratégie globale et transversale au service de chacun (36, 167). Une audition publique de la Fédération française d'addictologie (FFA) sur la RdRD liés aux conduites addictives, incluant des interventions et spécialistes de la RdRD en matière d'alcool, a ainsi eu lieu en avril 2016, organisée par le ministère de la Santé avec le support méthodologique de la HAS (73-75). La RdRD spécifiquement dédiée à l'alcool a ensuite fait l'objet d'une expertise collective de l'INSERM, parue au printemps 2021 (7). Sur la base d'une équipe pluridisciplinaire de 12 experts et d'une analyse exhaustive de la littérature scientifique disponible au premier trimestre 2020, un volume documentaire de 3 600 publications a pu être étudié et des recommandations en la matière énoncées.

De nombreux professionnels de terrain (de premier recours autant que spécialisés en addictologie, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, professionnels de l'ingénierie sociale) s'associent et coopèrent (dans le cadre de collectifs et/ou d'associations) pour développer, promouvoir et diffuser

l'information, la formation, l'outillage, l'accompagnement en matière de RdRD liés aux usages d'alcool (76, 77) (Annexes 8, 9, 10) afin que tous professionnels et tous usagers puissent en bénéficier.

1.8.5. La RdRD en matière d'alcool enrichit la diversité des actions possibles visant la diminution du risque alcool

Une grande ouverture dans les stratégies d'aide et le déploiement d'objectifs très diversifiés, adaptables et évolutifs caractérisent désormais les actions visant la diminution du risque alcool dont la RdRD en matière d'alcool n'a pas l'apanage mais y contribue de façon significative. Cette diversité de l'offre fait écho et lien avec la diversité des modalités de consommation, la diversité des situations individuelles, la diversité des risques et de leur évolutivité.

Parmi les propositions principes d'objectifs, de manières de faire, de techniques, on peut dès à présent identifier les grandes lignes d'action visant la diminution du risque alcool, inspirées par et/ou directement liées, ou pas, à la RdRD en matière d'alcool suivantes.

- Créer et maintenir du dialogue et du lien avec les usagers du système de santé autour de la question alcool, comme toute autre question de santé.

Pouvoir engager une conversation sur le sujet alcool avec tout consommateur d'alcool, et plus généralement tout usager du système de santé, en tenant compte autant des effets « bénéfiques », positifs, qu'il tire de ses consommations que des risques et des dommages subis, est une première étape fondamentale de la réduction des risques. Il faut ensuite maintenir l'échange et le lien dans un climat de confiance réciproque afin que l'alcool puisse rester un sujet d'échange dans un but de préservation de la santé tout au long de la vie des individus.

- Donner, faciliter et maintenir toujours possible l'accès à l'information juste et claire sur l'alcool, aux outils d'évaluation et aux accompagnements possibles (associatifs, sanitaires, sociaux), y compris via des outils numériques (tels que des plateformes d'auto-support) (se référer à l'Annexe 11).
- Faciliter l'accès aux aides, aux accompagnements, aux soins pour toutes les personnes en fonction de leur souhait et de leurs besoins.

Il est de notoriété que les personnes ayant une problématique avec l'alcool tendent à masquer leurs consommations, consultent peu et subissent un défaut et un retard de prise en charge. De multiples raisons peuvent être invoquées du côté des personnes, parmi lesquelles : refus *a priori* d'agir sur ses consommations, refus d'aide et de soins, honte, déni, renoncement, crainte de l'échec et de la stigmatisation, non-réponse à de précédentes demandes d'aide. Il s'agit aussi d'une difficulté à dire leur problématique vis-à-vis de l'alcool, quand les professionnels (portés eux aussi par les mêmes représentations sociétales) se révèlent très souvent en difficulté, voire réticents à entendre (tel qu'exprimé par l'un des experts de l'INSERM (7) : « Une difficulté de dire face à une difficulté d'entendre »), mais aussi à accompagner. Au sujet des freins des professionnels de santé à s'investir auprès de leur patientèle sur la question alcool, se référer au chapitre 1.10.

C'est pourquoi tout ce qui peut permettre l'accès à l'information, à l'évaluation, aux conseils, à l'accompagnement, parfois aux soins, est essentiel. Ce ne sont pas uniquement les personnes souffrant

d'un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) qui sont concernées mais bien toutes les personnes, quels que soient leurs usages (l'objectif étant aussi de retarder ou prévenir l'occurrence d'un TUA), tous pouvant tirer bénéfice des conseils et accompagnements visant la RdRD en matière d'alcool : mineurs, couple ayant un désir d'enfant, parents d'adolescents, adultes dans la vie active, personnes âgées...

- Rendre automatique l'évaluation régulière tout au long de la vie des consommations d'alcool par la pratique systématique et réitérée du repérage des consommations d'alcool comme guide d'appréciation des risques – par la personne elle-même autant que par le professionnel – et des actions susceptibles de les réduire.

Le repérage précoce avec intervention brève (RPIB) est considéré comme un outil phare pour diminuer le risque alcool (147, 168) et peut être complété par un accompagnement de type approche motivationnelle (169-171) (Annexe 12), une psychothérapie de soutien (Annexe 13), voire des évaluations et accompagnements plus approfondis et spécialisés (orientation addictologique le cas échéant), les uns et les autres contribuant aux prises de conscience, aux évolutions comportementales, à l'identification des améliorations possibles, à l'accès aux soins.

- Encourager la réduction des consommations d'alcool en s'assurant qu'elle soit acceptable, acceptée et surtout possible pour l'utilisateur (c'est-à-dire sans effet délétère à type de désorganisation dans son équilibre de vie, notamment d'un point de vue psychologique et social, et de désorganisation de ses usages et en tenant compte des risques inhérents de symptômes de sevrage possibles), le cas échéant en lui apportant tout l'accompagnement adapté nécessaire.
 - Quel que soit le niveau de consommation, une réduction même minime de la quantité d'alcool consommée (de façon quotidienne ou hebdomadaire) a un impact favorable et contribue à réduire significativement les dommages. Ainsi, même lorsque les niveaux de consommation sont déjà faibles ou à l'inverse s'ils sont très élevés (avec ou sans TUA), autrement dit, quel que soit l'usage, toute réduction de consommation d'alcool, même minime, a un impact positif car elle permettrait d'éviter un nombre non négligeable de décès et de diminuer l'incidence de certaines pathologies (22).
 - Diminuer le nombre ou le pourcentage de jours de forte consommation, tels que les *binge drinkings* (API) pour réduire les complications qui leur sont associées.
 - Encourager des phases d'arrêt temporaire de la consommation d'alcool à l'échelle individuelle (comme suggéré par les repères de consommation dits de moindre risque invitant à au moins 2 jours d'abstinence par semaine) autant que collective à l'instar du « Mois sans alcool » ou « Défi de janvier » (inspiré du *Dry January* issu du Royaume-Uni où la consommation globale d'alcool est moindre qu'en France). Les bénéfices de l'abstinence, même ponctuelle, sont nombreux avec une amélioration sur des paramètres physiologiques, cognitifs, de bien-être et de qualité de vie. De même que favoriser des jours d'abstinence en semaine pour les consommateurs chroniques vise à réduire le phénomène de répétition (en réduisant aussi les occasions de consommer chaque jour), l'habitude et l'évolution vers la perte du contrôle, l'automatisme irrépressible des consommations et le TUA (c'est-à-dire la dépendance) (172).

Cet encouragement doit cependant être nuancé dans la mesure où il ne pourra s'adresser indifféremment à tous les consommateurs d'alcool sans une évaluation préalable personnalisée, ni sans consignes de précautions d'application, voire un accompagnement spécialisé (172). Le *Dry January* est une circonstance à risque de sevrage pour des personnes en difficulté avec leurs usages, sans

évaluation préalable d'un éventuel TUA ou qui simplement ignorent éventuellement leur dépendance et les précautions d'accompagnement préventif indispensables (hydratation, vitaminothérapie B1, anxiolyse à base de benzodiazépines). Outre ce risque toujours potentiellement mortel (l'alcool étant une SPA dont le sevrage peut être mortel), ce défi n'est pas à la portée de tous et risque aussi d'alimenter chez certaines personnes qui ne pourraient pas y participer un sentiment d'échec, de honte, d'exclusion et en définitive de renoncement.

Mais cette dimension de défi peut aussi être adaptée à chaque situation individuelle, avec des objectifs raisonnables comme celui de s'interroger simplement sur ses propres consommations, de réfléchir aux besoins qui les sous-tendent. Présenter cette occasion comme une opportunité à construire plutôt qu'un objectif précis à atteindre est un enjeu important afin qu'aucun consommateur n'en soit *de facto* exclu et que chacun puisse en bénéficier, y compris les proches de consommateurs.

- Renforcer les facteurs génériques de protection vis-à-vis des consommations d'alcool à tous les niveaux :
 - collectif : à l'instar du « Défi de janvier » qui contribue à un phénomène de contagion sociale, d'émulation collective favorisée par les outils numériques et connectés ;
 - familial : à l'instar du renforcement des compétences parentales vis-à-vis de l'alcool, notamment en termes de non-incitation à l'usage (lutter contre le principe du rite initiatique, contre la banalisation de l'usage d'alcool et la disponibilité de l'alcool dans la famille), d'information sur les risques et de vigilance quant aux conduites d'usage chez leurs enfants mineurs et jeunes adultes (particulièrement affectés par les conduites de *binge drinking* et plus généralement les conduites à risque) ;
 - individuel : à l'instar du renforcement des compétences psycho-sociales afin de soutenir l'assertivité des usagers vis-à-vis de l'alcool (leur meilleure capacité à appliquer des stratégies d'évitement par exemple ou de non-consommation ou encore de consommation contrôlée sans se mettre en difficulté dans leur environnement social). Il s'agit ainsi d'aider la personne à tendre vers une consommation davantage maîtrisée, en évitant les situations les plus à risque.

- Baisser les niveaux de risque par tout moyen même lorsqu'il n'y a pas (ou pas encore) d'action directe possible sur les quantités consommées.

Réduire les risques est possible même lorsqu'une réduction quantitative de consommation n'est pas d'emblée possible ni souhaitée par l'utilisateur. Il s'agit de composer avec l'utilisateur, selon son degré d'engagement et de maturité en commençant par une réduction de ses risques par le biais d'actions sur les aspects qualitatifs des usages :

- agir sur les habitudes et les rituels notamment horaires, contextuels et des diverses modalités pratiques de consommation (ordre des consommations, température de la boisson, ajout ou pas de glaçon, soda ou autre...) ;
- agir sur les types de contenant (pas seulement en termes de volume) ainsi que les types de boissons alcoolisées, notamment en termes de degré d'alcoolémie, et sur leur multiplicité éventuelle avec les effets de mélange ;
- rendre automatiques l'alimentation et l'hydratation préalablement et concomitamment à toute consommation ;
- éviter les situations à risque accidentogène en cas de consommation ;

- éviter les prises concomitantes et multiples d'autres substances psychoactives ;
- ne pas prendre de décision importante en situation d'alcoolisation ;
- agir sur les contextes associés et évènements favorisant l'incitation à et l'automatisme de consommation afin de les éviter autant que faire se peut ;
- agir sur l'environnement personnel, social, familial, parfois professionnel s'il favorise l'usage d'alcool et ses complications ;
- éviter les situations à risque de désorganisation des consommations en prévention de la neurotoxicité induite par les accès de suralcoolisation et de sous-alcoolisation ;
- déployer des activités de substitution notamment occupationnelles, socialisantes, sportives (173, 174) ;
- agir pour restaurer la capacité de mettre des limites vis-à-vis de l'alcool, notamment en développant un autre style de vie, des stratégies alternatives de gestion du stress, des émotions et des relations, en lien avec un projet de vie visant une meilleure qualité de vie (QoL) ;
- agir pour identifier et générer des réponses adaptées aux besoins qui motivent les consommations d'alcool : douleurs physiques, souffrances psychologiques (anxiété, dépression), insomnie, difficultés, voire violences intra-familiales ou dans le milieu professionnel, isolement, désœuvrement, chômage, problème ou absence de logement. Il s'agit notamment de solliciter et accepter tout accompagnement et toute aide sociale possible susceptible de lutter contre les circonstances socio-économiques favorisant l'usage d'alcool : mesures de protection vis-à-vis d'un environnement violent qu'il soit professionnel ou familial, aide au logement, etc.

La liste de ces propositions de modulations qualitatives des usages ne peut être exhaustive car chaque situation individuelle reste unique et inédite, justifiant une adaptation personnalisée et dynamique, nécessairement ouverte à une certaine part de créativité (émanant de la personne elle-même autant que du professionnel). Les actions qualitatives susceptibles de diminuer le risque alcool sont donc aussi diverses et variées que le sont les modalités d'usage elles-mêmes autant que les spécificités historiques et de vie de la personne. En agissant sur ces aspects qualitatifs, comportementaux (particulièrement tous les aspects de la ritualisation), contextuels, environnementaux, l'espoir est aussi bien sûr de pouvoir amener si possible, subtilement et progressivement, à un moment ou un autre, à une réduction de consommations.

- Dans la continuité de ces propositions qualitatives, valables quelle que soit l'histoire de la personne et quelles que soient ses modalités particulières d'usage, il s'agit aussi de pouvoir accompagner les personnes qui ne sont pas prêtes à des modifications quantitatives autant que qualitatives de leurs usages, selon le principe du « faire avec » les usages :
 - accompagner vers un moindre risque la pratique du *binge drinking* quand il n'y a pas de limitation ni de maîtrise possible de cette pratique pour diverses raisons qui peuvent être d'ordre culturel, de liant social, de contexte festif. L'intitulé « Manuel de la cuite réussie » (73) illustre à ce titre avec humour l'objectif de la réduction des risques et des dommages avant toute autre considération, dans le respect des usages sociaux et festifs tels qu'ils se pratiquent dans le collectif et notamment dans certains sous-groupes cibles de population dont les jeunes adultes, mais aussi des mineurs, particulièrement les adolescents (81, 175-178). La RdRD alcool vise ainsi à limiter les risques sanitaires somatiques (notamment par l'information réitérée sur les mesures de repérage et de prévention du coma éthylique et de l'hypothermie ainsi que du risque sexuel, notamment des infections sexuellement

transmissibles et grossesses non désirées), mais aussi psychologiques, sociaux et juridiques émanant des agressions (verbale, physique ou sexuelle) et des accidents de la voie publique (notamment en rappelant l'importance de l'accompagnement par une ou des personnes de confiance et d'un chef de soirée ou SAM pour assurer la conduite à l'issue d'une soirée) ;

- assurer un accompagnement adapté à une pathologie duelle éventuelle (co-addictions et/ou association à une affection psychique) (179)¹³, en prenant particulièrement soin de ne pas déstabiliser de façon nocive un équilibre de vie qui a pu être obtenu au prix d'un usage d'alcool à visée psychotrope, de même qu'en respectant le choix d'un accompagnement addictologique plutôt que psychiatrique par certaines personnes pour lesquelles reconnaître une problématique addictive est plus facile et moins stigmatisant qu'une affection psychiatrique (l'accompagnement addictologique ciblant alors préférentiellement la santé mentale et l'équilibre psychique de la personne plutôt que l'usage de substance) ;
- assurer un accompagnement adapté à une polyconsommation éventuelle (usage concomitant d'autres SPA) selon le principe de priorité d'action sur tel usage plutôt que tel autre en fonction du niveau de dangerosité, du risque de déstabilisation de l'équilibre trouvé par la personne et de transfert d'addiction (éventuellement plus délétère encore que le précédent et ne résolvant par ailleurs pas les questions de fond motivant les conduites addictives) ainsi que des choix et priorités de la personne. De fait, l'usage d'alcool n'est habituellement pas prioritaire par rapport à l'usage d'opioïdes par exemple ;
- accompagner les personnes souffrant d'un TUA sévère et qui ne sont pas prêtes prioritairement à un projet d'abstinence comme issue à leur pathologie addictive, ni à aucune autre intervention ciblant directement leurs modalités d'usage, en assurant notamment :
 - la prévention des sevrages accidentels à fort risque de toxicité cérébrale, voire de létalité,
 - les besoins primaires que sont particulièrement l'hydratation, l'alimentation, le sommeil très souvent négligés chez ces personnes alors que leur préservation améliore la qualité de vie et l'état somatique. La déshydratation notamment a des effets très toxiques,
 - le lien social et l'accès au système et aux aides sanitaires et sociales.

1.9. État des lieux de l'organisation de notre système de santé et des pratiques professionnelles vis-à-vis des consommations d'alcool en France

1.9.1. Insuffisance globale de notre système de santé face aux usages d'alcool

Cette insuffisance relève de multiples facteurs intriqués :

- défaut de mobilisation des professionnels quant à la question alcool, tout particulièrement les acteurs de premier recours et de soins primaires (ce point est détaillé dans le chapitre 1.9.4 à suivre) ;

¹³ Une pathologie duelle correspond à la co-occurrence de pathologies de nature psychiatrique et addictive. L'usage non maîtrisé d'alcool peut ainsi être associé à une autre pathologie psychiatrique et/ou addictive au titre de comorbidité.

- méconnaissance et défaut d'information sur l'ensemble des risques attribuables à l'alcool et évitables, notamment cancérigènes, autant des professionnels que par voie de conséquence des usagers ;
- défaut de connaissances en addictologie par les professionnels ;
- méconnaissance et défaut d'appropriation des méthodes de la RdRD appliquée aux consommations d'alcool (72) ;
- défaut de systématisation, de généralisation, de précocité de la prévention et du dépistage en matière d'alcool en soins primaires où ces actions auraient pourtant le plus d'impact (148) ;
- méconnaissance et défaut d'appropriation des outils du repérage des consommations d'alcool. Le RPIB préconisé par l'OMS depuis plus de 20 ans n'est de fait connu que par 1/3 des médecins généralistes français (26) ;
- important sous-diagnostic des conduites d'alcoolisation (y compris dans des situations relevant d'un authentique trouble de l'usage d'alcool) et de leurs complications directes, notamment des complications traumatiques graves, orthopédiques et/ou neurochirurgicales (5, 52). En dépit de l'hospitalisation, de l'expertise urgentiste puis d'une sanction chirurgicale, ces complications sont trop peu souvent reliées à l'usage problématique d'alcool qui les a induites et ne génèrent donc que trop rarement une opportunité pour amorcer un accompagnement dédié visant un usage d'alcool à moindre risque (92) ;
- défaut d'accès aux soins et décennies de retard de soins :
 - moins de 10 % des personnes justifiant une orientation et des soins spécialisés en alcoologie y accèdent (à comparer à 55 % de patients pouvant accéder à des soins psychiques spécialisés en cas de dépression) (73),
 - le retard d'accès aux soins dédiés en alcoologie atteint jusqu'à 20 à 30 ans (5).

Cette situation de retard et de défaut d'accès aux soins résulte en grande partie d'un défaut de repérage des usages d'alcool par les professionnels et d'une offre de soins insuffisante en la matière, y compris dans son organisation. Mais elle résulte aussi de l'injonction faite jusque-là aux personnes, comme condition préalable d'accès aux soins, soit de cesser leur consommation d'alcool (sevrage préalable) soit de modifier leur usage d'alcool en le réduisant significativement. En conséquence de quoi, nombre de patients n'y parvenant pas ont été contraints à renoncer à une prise en charge sanitaire pourtant nécessaire (73).

À l'aune du changement de paradigme passant du dogme du sevrage et de l'abstinence, considérée jusque-là comme seul et unique schéma idéal d'accompagnement des usages problématiques d'alcool (7, 73, 162), à des objectifs de diminution des risques liés à l'alcool, il s'agit d'intégrer les principes de la RdRD comme autant de perspectives d'accompagnements et d'actions complémentaires possibles (165, 166).

1.9.2. Défaut d'appropriation individuelle et collective de la question alcool comme sujet de santé pour tous

- Au même titre que l'alimentation, le sommeil, l'activité physique, la vie affective et sexuelle, le logement, l'exposition à l'alcool se trouve être partie intégrante de la vie de l'immense majorité, si ce n'est de l'ensemble, de la population française. Bien de consommation courante autant que fait culturel, l'alcool et ses conséquences sont omniprésents. En dépit de son omniprésence dans notre société et malgré son impact sur la santé des personnes (en termes de pathologies, de handicap, d'accidentologie, d'impact relationnel, de coût), la question alcool n'est pas

systematisée dans le cadre des consultations médicales et ne fait pas l'objet de messages systématiques de prévention. Le repérage des consommations d'alcool ne fait pas l'objet d'une inscription systématique au dossier médical, contrairement à d'autres paramètres, pour certains évalués à chaque consultation, tels que la tension artérielle, la fréquence cardiaque, le poids, l'indice de masse corporelle (IMC), l'échelle visuelle analogique (EVA) d'évaluation de la douleur, la prise de médicaments, la consommation de tabac.

- Malgré sa vocation généraliste (donc œuvrant au bénéfice de la population générale, autant des adultes que des enfants), ses missions de prévention (par le repérage et la gestion des facteurs de risque pour la santé et la promotion de règles hygiéno-diététiques visant la préservation de la bonne santé) ainsi que de dépistage des maladies, le sujet alcool n'est pas systématisé dans le cadre du premier recours, notamment en médecine générale. Dans une étude menée par la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) et rendue publique en 2021, les patients (usagers du système de santé consultant en médecine générale) rapportent que le sujet alcool n'a été abordé avec leur généraliste que pour 16,8 % d'entre eux (28). Tandis que les médecins généralistes eux-mêmes disent effectuer un repérage systématique des usages d'alcool auprès de 43 % de leur patientèle (26). Un décalage qui interroge et qui n'annule pas le constat d'un défaut de repérage des consommations d'alcool en médecine générale.
- Encore aujourd'hui et pour une grande majorité d'usagers autant que de professionnels non spécialisés en la matière, l'alcool n'est considéré comme une question sanitaire légitime (si ce n'est préoccupante du moins d'intérêt) qu'aux stades avancés du trouble de l'usage d'alcool (la dépendance et l'alcoolisme dans le langage courant) alors même qu'à ces stades, les interventions sont beaucoup trop tardives et en conséquence beaucoup moins efficaces (52). Certains dommages sont irréversibles (tels que la déficience cognitive induite par les séquelles neurologiques des alcoolisations) et certaines évolutions liées aux dégâts tissulaires, cellulaires, moléculaires accumulés ne peuvent pas non plus être récupérées (fibrogenèse et cancérogenèse notamment) (7, 13). Par ailleurs, à ces stades avancés, les prises en charge comportementales vis-à-vis de l'usage d'alcool sont à la fois très coûteuses et peu efficaces, grevées de nombreux échecs et sans impact pronostique significatif en termes de morbi-mortalité globale, à l'inverse des interventions effectuées beaucoup plus précocement dans l'histoire des usages.
- Faisant face au poids de la tradition, à la valorisation, voire aux injonctions culturelles prônant son usage, à l'argumentaire économique, enfin au recul des politiques publiques sur le sujet (à l'instar du destin de la loi Évin), le sujet alcool subit banalisation, minimisation et non-priorisation de ses enjeux sanitaires, autant à l'échelle individuelle que collective. C'est ainsi que malgré son lien très étroit à l'alimentation, son impact nutritionnel et en termes de comportement alimentaire (à l'instar de l'alcoolorexie qui consiste à se priver de nourriture au profit de l'alcool du fait de sa valeur et son apport caloriques), enfin sa place dans l'alimentation et ses modalités au sein de la population française, l'alcool n'est pas intégré au plan national nutrition et santé (PNNS) et il n'y a pas d'information nutritionnelle (Nutriscore) sur les bouteilles de boissons alcoolisées – information pourtant obligatoire pour tous les aliments et alors que l'INCa intègre l'alcool aux facteurs nutritionnels associés aux cancers en plus du surpoids/obésité et d'une alimentation déséquilibrée (24, 57).

1.9.3. Méconnaissance et défaut d'information sur l'ensemble des risques attribuables à l'alcool et évitables

Le défaut d'appropriation et/ou d'actualisation des connaissances relatives aux risques somato-psycho-sociaux liés à l'alcool par les professionnels de santé a pour effet direct un défaut d'information et d'accompagnement des usagers du système de santé en cohérence avec ces risques.

L'information sanitaire en matière d'alcool manque, en effet. D'une part, elle fait défaut par son manque de systématisation avec des messages bien souvent ponctuels et généralistes et manquant à produire une appropriation aussi bien personnelle que collective, une prise de conscience avérée et des évolutions comportementales significatives en la matière. D'autre part, elle se révèle très insuffisante et nettement moins audible en comparaison du poids bien supérieur des messages culturels et de marketing publicitaire valorisant l'usage d'alcool (137). Si la fausseté du paradoxe français (*French paradox*) n'est pas encore acquise par tous les esprits, y compris au sein de la profession médicale, cette désinformation affecte aussi les plus jeunes avec des campagnes de promotion publicitaire non régulée pour des prémix (préparation à base d'alcools forts et de jus de fruits ou de sodas) ciblant spécifiquement les mineurs.

Parmi les exemples (certains déjà développés dans de précédents chapitres) de défaut d'appropriation des connaissances et de défaut d'information sur les risques attribuables à l'alcool :

- l'alcool comme facteur cancérigène (16, 23) (se reporter aux chapitres 1.3.5 et 1.4.2.4) ;
- l'alcool comme facteur tératogène qu'il provienne des consommations de la future mère ou du futur père (se reporter aux chapitres 1.3.5) (14, 15, 119). Or, méconnaître le risque alcool d'une femme et d'un futur enfant, c'est aussi méconnaître d'autres problématiques éventuelles au sein de la cellule familiale. Parmi celles-ci, les violences intra-familiales et particulièrement les violences faites aux femmes font pourtant l'objet de recommandations de dépistage et de prise en charge (134). S'il n'y a pas d'information alcool, il n'y a pas non plus de repérage des consommations. Ne pas questionner la consommation d'alcool chez une femme, *a fortiori* enceinte, c'est ignorer tout ce qui motive ces consommations et les conditions de vie de cette personne : isolement, violences affectives, violences sexuelles ;
- l'alcool comme facteur neurotoxique à tous les âges de la vie, avec entre autres conséquences neurologiques, la problématique fréquente des troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) (5, 13, 69) ;
- l'alcool comme facteur de risque cardio-vasculaire et non pas comme facteur coronaro-protecteur (96, 97).

Informé de façon juste impose de tenir compte des preuves scientifiques qui existent et sont de plus en plus nombreuses, au gré de leur accumulation au fil d'études de grande ampleur (103). Ces données scientifiques sont sans équivoque quant à la nocivité de l'alcool, y compris pour des consommations en quantité modérée et/ou ponctuelles – les effets du *binge drinking* en étant une des principales illustrations avec des risques immédiats, potentiellement très graves (à l'extrême jusqu'au décès) et irréversibles, mais aussi des effets à plus long terme particulièrement neurocognitifs (123, 124). Contrairement à des croyances encore bien présentes, les complications liées à l'alcool ne concernent pas uniquement les personnes souffrant d'une problématique addictive, *a fortiori* de dépendance à l'alcool (19, 22). Ce fait n'est pourtant pas encore ancré ni dans l'esprit et la pratique des professionnels, ni dans l'esprit et le comportement du grand public. À la méconnaissance s'ajoute le déni, n'épargnant en fait personne et entretenu par un déni collectif au sein de toutes les sphères de la société. C'est

ainsi que si l'attention s'avère à juste titre tendue vers l'usage du tabac et des drogues illicites, l'alcool garde quant à lui une aura inconditionnellement positive, à l'exception des situations de TUA sévère, c'est-à-dire de dépendance visible à l'alcool et retentissant sur l'entourage et l'ordre public.

1.9.4. État des lieux en matière de repérage des consommations d'alcool en soins primaires

1.9.4.1. Recommandations de l'INSERM relatives aux soins primaires concernant l'usage d'alcool

Dans le cadre de sa dernière expertise collective publiée en 2021, l'INSERM recommande la pratique du RPIB en soins primaires et de former les professionnels de premier recours aux méthodes d'intervention efficaces (7) – soins primaires et premier recours étant, de fait, assimilés.

À cet effet, l'INSERM rappelle la définition, la place et les enjeux des soins primaires tels qu'établis dans la déclaration d'Alma-Ata à l'issue de la Conférence internationale organisée en 1978 par l'Organisation mondiale de la santé sur les soins de santé primaires (180). Il est ainsi précisé dans l'article 6 de la déclaration : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté, etc. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »

Le groupe d'experts de l'INSERM recommande donc que les professionnels de premier recours, en particulier les médecins généralistes, les urgentistes, les pédiatres, les médecins du travail, les médecins et infirmiers scolaires, les pharmaciens, les services de médecine préventive dans les universités, puissent repérer les consommations d'alcool à risque. Dans ce sens, le groupe d'experts recommande au minimum de former ces professionnels au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) – qui comprend aussi l'orientation adaptée.

1.9.4.2. Résultats du panel d'observation de la DRESS 2021 sur les pratiques et conditions d'exercice en médecine générale relativement aux conduites addictives

Le dossier de la DRESS de juillet 2021 rapporte les résultats du panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale : « Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients » (26).

Ce panel d'observation de la DREES a utilisé la méthodologie suivante :

- plus de 2 400 médecins généralistes (MG) libéraux, médecins traitants d'au moins 200 patients, sans mode d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie...) ont été interrogés entre décembre 2019 et mars 2020 ;
- il s'agit d'une étude des pratiques et des déterminants des pratiques en médecine générale (caractéristiques démographiques des médecins, lieu d'exercice, mode d'exercice, charge de travail, formation sur les addictions) ;
- les 3 substances psychoactives abordées sont l'alcool, le tabac, le cannabis.

Les résultats quant à la pratique des médecins généralistes incluent les faits principaux suivants.

- 61 % des MG connaissent les nouveaux repères de consommation à moindre risque. Cette connaissance est plus fréquente en exercice groupé (par rapport à des praticiens exerçant seuls) et pour les médecins femmes, les médecins exerçant sur des communes défavorisées socialement et ceux ayant eu une formation complémentaire sur les conduites addictives.
- 43 % des MG disent effectuer un repérage systématique et renouvelé de l'usage de l'alcool chez leurs patients (ce qui est moins fréquent que pour le tabac, dont le repérage est estimé à 66 % mais plus que pour le cannabis estimé à 24 %). 44 % des MG effectuent ce repérage uniquement sur point d'appel ou évènement de vie particulier, autrement dit, de façon opportuniste. Ces chiffres sont à comparer et mettre en balance avec l'estimation émanant des usagers eux-mêmes rapportant que le sujet alcool n'a été discuté avec leur MG que pour 16,8 % d'entre eux (28).
- 50 % des MG utilisent des questionnaires ou échelles standardisées (FACE, AUDIT...) pour évaluer les niveaux de consommation d'alcool et détecter des signes pouvant suggérer un éventuel TUA. Le recours à ces outils dépend de la région, du fait d'avoir suivi une formation (sur le repérage et/ou les conduites addictives) et le fait d'être investi dans des actions de prévention collective. Si ces outils ne sont utilisés que par la moitié des médecins généralistes, par contraste, face à des patients pour lesquels une consommation d'alcool à risque est suspectée, le recours des praticiens aux analyses biologiques est quasi systématique alors même que leur manque de spécificité et de sensibilité est avéré (19, 40, 52).
- 33 % des MG connaissent le RPIB (ce qui signifie que 67 % d'entre eux ne connaîtraient pas cette démarche de repérage interventionnel). Parmi les MG connaissant le RPIB, 2/3 l'utilisent, soit 22 % de l'ensemble des MG (1 praticien sur 5). La pratique du RPIB est plus répandue parmi les praticiens exerçant en groupe (3 fois plus), les praticiens formés à son usage (2,5 fois plus) et les praticiens plus jeunes.
- 91 % des MG ont recours dans l'année, pour un ou plusieurs de leurs patients, à des structures spécialisées en addictologie (CSAPA et service hospitalier spécialisé) et 26 % à une consultation jeunes consommateurs (CJC). Le recours à un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) vise majoritairement à adresser un patient plutôt qu'à obtenir un conseil (84 % de demandes d'adressage *versus* 35 % de demandes de conseil). Ces recours sont plus fréquents dans le cadre de la prise en charge de patients souffrant d'un usage problématique d'alcool. Face à un patient présentant des signes de dépendance et souhaitant réduire sa consommation, 2/3 des MG envisagent une prise en charge en liaison avec des structures spécialisées tandis que 30 % le prennent en charge seuls et 5 % le réorientent vers un autre professionnel. Le recours dépend de l'âge du praticien (les plus âgés ont moins recours à un CSAPA), de la région, de l'importance du volume d'activité, du fait d'exercer en groupe ou pas et de disposer ou pas d'une formation complémentaire en addictologie.

Parmi les déterminants les plus importants de la prévention et de la prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes, on retient les points suivants.

- La pratique de groupe est un déterminant essentiel :
 - il s'agit surtout des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), mais aussi des cabinets de groupe, bien que moins fréquemment par rapport aux MSP. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (181) sont trop récentes pour avoir pu faire l'objet d'un focus particulier dans cette enquête publiée en 2021, bien qu'elles semblent aussi contribuer aux actions de prévention des MG. Il en est de même pour les microstructures médicales en addictologie (MSMA ou plus simplement MS pour microstructure) ;
 - l'exercice groupé est propice à une meilleure connaissance des nouveaux repères de consommation à moindre risque, à une plus grande mise en œuvre du RPIB, au recours plus fréquent aux avis spécialisés (CSAPA par exemple) ;
 - les praticiens en exercice groupé ont un référent addiction (le plus souvent non médecin) dans 23 % des cas. Un ou une psychologue ou un CSAPA sont amenés à intervenir dans ces structures respectivement dans 31 % et 19 % des cas ;
 - les MSP sont le lieu de réunions et de discussions de dossiers dans 51 % des cas ainsi que de mise en place de protocoles pluriprofessionnels en lien avec les conduites addictives dans 22 % des cas.

- La formation ressort aussi comme déterminant important des pratiques en médecine générale relativement aux consommations :
 - 48 % des MG ont suivi une formation addiction dans les 5 dernières années : diplôme universitaire (DU), diplôme inter-universitaire (DIU), formation médicale continue (FMC), développement professionnel continu (DPC) ;
 - les formations complémentaires dans le domaine des conduites addictives sont associées à une meilleure connaissance des nouveaux repères de consommation d'alcool à moindre risque, à une plus grande mise en œuvre d'un repérage systématique et renouvelé de la consommation d'alcool et des autres substances psychoactives, à une plus grande mise en œuvre des outils et des échelles standardisées (AUDIT, FACE), enfin à un recours moins fréquent à un avis spécialisé (CSAPA).

- L'âge : les plus jeunes praticiens connaissent mieux les nouveaux repères de consommation d'alcool dits à moindre risque, utilisent plus le RPIB, adressent plus fréquemment à des CSAPA ou services hospitaliers spécialisés.

Il est important de mettre en balance ces résultats de la DRESS analysant les déclarations des médecins généralistes quant à leurs pratiques avec les déclarations émanant des usagers eux-mêmes quant à la question alcool en médecine générale. Sur la base d'une analyse fournie par le Baromètre santé 2017, il est constaté côté « patients », que seulement 16,8 % des adultes (personnes âgées de 18 à 75 ans) déclarent que le sujet de l'alcool a déjà été discuté en consultation de médecine générale (*versus* 37 % pour le tabac) (28). Ce décalage avec les 43 % de repérage systématique de l'usage d'alcool déclaré par les médecins généralistes est à souligner. D'autant que la très grande majorité des patients (99 %) trouve qu'il s'agit du rôle normal du MG que d'initier une conversation sur le sujet alcool (notamment sur ses risques et sur comment réduire sa consommation d'alcool). Les MG reconnaissent de fait des difficultés à évoquer le sujet des consommations d'alcool, en invoquant le déni (supposé, et pourtant pas toujours avéré) des patients, la crainte d'altérer la relation soignante, un sentiment de ne pas pouvoir être assez efficace pour faire évoluer les comportements de leurs patients,

ainsi qu'un manque de temps (156, 157), de formation et d'outils ou encore des difficultés d'accès (disponibilité et délais) à un réseau d'aval spécialisé leur garantissant des possibilités d'orientation adaptée pour certains de leurs patients le justifiant (52, 148).

1.9.4.3. Freins et difficultés des médecins généralistes face au sujet alcool

Les MG n'acquièrent pas la culture de la prévention et du dépistage vis-à-vis de l'alcool en France. Ils n'interviennent le plus souvent qu'en cas d'usage dit nocif (c'est-à-dire en cas de complications) et/ou de dépendance à l'alcool, autrement dit, lorsque l'usage problématique ne peut plus passer inaperçu avec des dommages (pour l'usager lui-même et éventuellement pour autrui) devenus clairement évidents et ne pouvant plus être banalisés. Comme déjà explicité, ce type d'intervention opportuniste se révèle, dans les faits, minimaliste et beaucoup trop tardif. Ce n'est tout simplement plus du repérage mais déjà du diagnostic de personnes pour lesquelles l'alcool constitue une authentique maladie. Le bénéfice attendu des interventions à ce stade est d'emblée moindre qu'en situation véritable de repérage (au sens pur de dépistage) des usages à risque et de conseils de prévention secondaire pour en réduire les risques.

Les facteurs invoqués par les médecins généralistes par rapport à leur défaut d'implication sur la question alcool sont nombreux (26, 27, 148, 156, 157), parmi lesquels :

- manque de temps ;
- manque de légitimité ;
- manque de compétences ;
- défaut de formation ;
- réticence des praticiens à aborder la question alcool par crainte que cela ne fragilise, voire mette en danger la relation médecin-malade, comme quoi elle risquerait d'altérer la confiance nécessaire à cette relation ;
- présumé d'un manque de réceptivité des personnes : idée que si elles consomment, c'est qu'elles ne se soucient pas de leur santé ;
- présumé d'un manque d'efficacité des actions d'information et des interventions de prévention visant à réduire les risques et modifier les usages ;
- défaut d'outils ;
- isolement pour accompagner l'usage d'alcool dans le cadre d'une activité de soins primaires en cabinet libéral ;
- nécessité d'un financement dédié.

À la plupart de ces facteurs, une contre-justification semble pourtant pouvoir être apportée.

- Sur la question du manque de temps : conformément aux travaux de l'OMS, la pratique du RPIB n'est pas réputée chronophage et s'intègre aisément à une consultation de médecine générale (19, 29, 63). Le repérage peut être effectué par le patient lui-même via l'auto-questionnaire AUDIT-C (seule la France a retenu l'hétéro-questionnaire FACE) et l'intervention brève ne devrait pas durer plus de 5 minutes en situation simple (155). Un conseil simple mais personnalisé peut aussi suffire à certaines personnes.

D'autre part, si le RPIB détecte une situation à risque justifiant un complément d'intervention, tel qu'un entretien motivationnel, l'avantage de la médecine générale est de pouvoir programmer de nouveaux rendez-vous à cet effet et en prévoyant le temps nécessaire.

- Sur la question du manque de légitimité : les enquêtes auprès des usagers du système de santé, en particulier le Baromètre santé 2017, révèlent, au contraire, que les patients considèrent leur médecin généraliste comme légitime pour traiter de la question alcool et sont de plus en attente de cela (28).
- Sur la question du manque de compétences : d'une part, la compétence à pratiquer le RPIB s'acquiert facilement et en peu de temps mais elle requiert de la pratique régulière et sans doute un réseau permettant le conseil aux professionnels comme illustré par les travaux du *Primary Health Care Project on Alcohol* (PHEPA) (19) et de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA désormais intitulée Addictions France) (27). D'autre part, il n'est pas nécessaire d'être un spécialiste expert, notamment en addictologie et alcoologie, pour pouvoir aborder la question alcool en soins primaires, à savoir manier le repérage des usages d'alcool, l'information sanitaire minimale (dont celle relative aux repères de consommation) et si ce n'est le conseil, du moins l'orientation éventuelle lorsqu'elle semble justifiée et acceptée par la personne. Enfin, même sans l'outillage dédié du RPIB – dont l'usage n'est pas obligatoire si le praticien considère ne pas en avoir besoin (tout en s'en inspirant) pour pouvoir aborder cette question ou ne souhaite simplement pas l'utiliser –, quelques phrases, non moralisantes, d'éclairage et d'information peuvent suffire à modifier le parcours d'un usager vis-à-vis de l'alcool.
- Sur la question du manque de formation : près de 50 % des généralistes auraient bénéficié d'une formation aux addictions sur les 5 dernières années d'après le rapport 2021 de la DREES évaluant les pratiques en médecine générale sur la période de fin d'année 2019 à début 2020 (26).
- Sur la question de la réticence des usagers à ce que le sujet alcool soit abordé en consultation : s'agit-il peut-être d'une idée préconçue et portée par les nombreuses représentations encore liées à l'alcool et à ses usages ? Des études rapportent au contraire la confiance des usagers du système de santé envers leur MG quant au sujet alcool et leur attente d'une implication réelle de leur part en la matière (19, 28). N'osant aborder d'eux-mêmes la question, les personnes attendent de leur MG qu'il prenne l'initiative sur ce sujet. Que la question alcool puisse ainsi être abordée et traitée ne fragiliserait donc pas la relation médecin-malade, mais bien au contraire la renforcerait.
- Sur la question du souci porté par les usagers de substances psychoactives à leur propre santé et dès lors de leur réceptivité à des messages relatifs à la préservation ou l'amélioration de la santé en général : depuis son émergence il y a plus de 30 ans, la pratique de la RdRD a révélé que même les usagers de drogues illicites se soucient de leur santé et adhèrent aux propositions visant à la maintenir ou l'améliorer (7, 73). La réceptivité de l'utilisateur (et au-delà même de la réceptivité, les attentes de l'utilisateur) est au fondement de la RdRD. Le même constat est valable pour l'alcool, comme pour toutes les autres SPA. Les usagers du système de santé, quels qu'ils soient et quelle que soit leur situation particulière, sont dans l'attente d'interventions au bénéfice de leur santé.

- Sur la question de l’efficacité : divers travaux soulignent l’efficacité des programmes de RPIB en médecine générale (159, 182, 183). Le RPIB est efficace pour réduire les consommations d’alcool et la mortalité qui lui est attribuée (19). Il réduirait la consommation de 20 g d’alcool pur par semaine (soit l’équivalent de 2 verres standards), ce qui est considéré comme significatif à l’échelle de la population. Le rapport coût-efficacité du RPIB est aussi établi. Cette efficacité dépend cependant de la précocité des interventions sur la question alcool. Le repérage est d’autant plus efficace pour réduire les risques qu’il est effectué précocement dans l’histoire de vie des individus et dans l’histoire de leurs usages. Il est bien plus efficace et bien mieux acceptable ainsi que bien moins cher qu’un traitement de la dépendance considéré quant à lui comme excessivement cher et peu efficace (50 000 dollars pour 1 année de vie gagnée) (19, 184).

- Sur la question du manque d’outils : les outils de repérage existent, ils sont validés par les autorités sanitaires à l’échelle nationale et internationale, faciles et rapides d’utilisation (3 questions pour l’AUDIT-C vis-à-vis duquel le patient peut être en autonomie et 5 questions pour le FACE) et leur efficacité a été prouvée pour repérer les consommations d’alcool et en assurer le suivi, notamment dans une optique de réduction des risques (27, 149, 150).

- Sur la question de l’isolement du généraliste face à l’usage d’alcool : c’est une réalité mais qui n’est que partiellement vraie et peut être travaillée :
 - des professionnels et structures (microstructures et CSAPA notamment) de conseil et d’aval immédiat (pour l’accompagnement de patients le justifiant) existent mais la communication, l’articulation et la coordination avec les structures et professionnels de premier recours font défaut et, à tout le moins, ne sont pas homogènes sur l’ensemble du territoire ;
 - l’exercice de la médecine en groupe, notamment au sein de MSP, par rapport à une pratique isolée (telle qu’en cabinet libéral), favorise l’engagement des praticiens autour de la question de l’alcool. La sollicitation de structures spécialisées est dans ce cas fréquente, plus de 90 % des praticiens faisant appel à un CSAPA (données du panel d’observation en médecine générale de la DREES de 2021 précisées dans le chapitre 1.9.4.2) (26) ;
 - les travaux du PHEPA (19) et de l’ANPAA (désormais Addictions France) (27) avaient aussi montré qu’un programme de formation constitué d’une seule visite au cabinet d’un médecin généraliste et le maintien d’une activité de conseils dédiés (disponibilité d’un référent spécialiste sur la question alcool), y compris simplement par téléphone, augmentent de près de 50 % le taux de repérage des usages d’alcool et de la pratique de la relation d’aide brève par les médecins généralistes. Un environnement soutenant améliore donc la confiance et l’engagement, de même qu’un contact avec un alcoologue/addictologue en cas de difficulté et de besoin d’aiguillage d’une personne en situation complexe.

- Sur la question d’un financement éventuellement dédié : au regard du rapport coût-efficacité favorable de la pratique du RPIB en premier recours, la question de l’allocation d’un financement est soulevée. Encore faudrait-il montrer qu’elle favoriserait réellement un dépistage à large échelle et surtout un engagement pérenne des praticiens sur le sujet.

1.9.4.4. Les modalités actuelles de repérage génèrent en elles-mêmes, ou du moins révèlent certains écueils ne facilitant pas la tâche des professionnels de premier recours

- Bien que considéré comme valable pour tout consommateur – y compris mineur (185, 186) et quel que soit le niveau d’usage –, le RPIB peut ne pas être adapté à certaines populations : âges extrêmes de la vie (mineurs et personnes âgées), TUA sévère (bien qu’il puisse être une opportunité d’accès aux aides sanitaires et sociales justifiant de n’exclure aucune personne du repérage), déficience cognitive et problème de littératie, toute situation où agir sur l’alcool – hors cadre spécialisé – ne peut être la priorité, voire est à risque de perturber de façon délétère un équilibre de vie (pathologie duelle avec trouble psychiatrique tirant bénéfice des effets psychotropes de l’alcool, notamment sur l’humeur et l’anxiété (179), polyaddiction avec risque de transfert d’addiction parfois plus délétère encore).
- Le repérage tel qu’actuellement préconisé (via le FACE en France, l’AUDIT-C ou d’autres outils) et porté par le principe des repères de consommation d’alcool dits à moindre risque peut manquer de sensibilité pour détecter certains usagers à risque du fait notamment du caractère déclaratif des consommations (CDA) et parce que ce type de repérage privilégie l’aspect quantitatif et la chronicité des usages. Il risque ainsi de négliger les aspects qualitatifs des usages comme la ritualisation, l’usage thérapeutique d’alcool, les circonstances particulières sous-tendant certaines consommations comme les douleurs, le stress, la souffrance morale, les violences subies. Or, l’injonction d’agir sur la quantité consommée se révélera sans effet si ces aspects qualitatifs, y compris contextuels et environnementaux, ne sont pas pris en compte.
- Le *binge drinking* peut échapper au repérage si son occurrence est trop ponctuelle et/ou ancienne par rapport à une évaluation donnée ou, du moins, il peut ne pas être suffisamment pris en compte. Il ne fait d’ailleurs pas partie du questionnaire FACE auquel il échappe si la question n’est pas clairement posée de façon complémentaire. En l’absence d’usage chronique associé, l’usage ponctuel mais massif d’alcool peut ainsi être banalisé et non pris en compte dans l’estimation des risques, dans l’information et dans l’accompagnement des personnes concernées. Pourtant, cette évaluation peut se révéler prioritaire dans certains sous-groupes d’usagers, notamment les adolescents/jeunes adultes (AJA) et au regard de la gravité des dommages qui y sont associés (100, 101, 127, 175, 177).
- Au-delà du repérage, les professionnels de premier recours manquent d’outils et de méthodes d’accompagnement, manquent d’accès facilité au conseil et à l’information spécialisés lorsqu’ils sont en présence de personnes en situation complexe et justifiant un accompagnement allant au-delà de la simple intervention brève. Il y a une réelle problématique d’aval à la fois en termes de possibilités d’orientation et de délais d’adressage. Une telle situation a des effets délétères sur la qualité de la relation, favorise la défection des médecins généralistes quant à la question alcool et entretient l’errance de patients en souffrance et en difficulté.
- Si les performances du RPIB sont confirmées (se référer au chapitre 1.7.4), cet effet favorable sur les consommations est temporaire, impliquant de le consolider et surtout de l’entretenir (158, 159). Au-delà de la dimension de repérage et de caractérisation individualisée d’un usage, le RPIB se révèle un outil par trop ponctuel s’il n’est pas réitéré tout au long de l’histoire de vie des personnes et de leurs usages. Le RPIB devrait ainsi pouvoir s’inscrire tel un outil de suivi dans la pratique clinique courante à l’instar de l’évaluation pondérale, la prise de la TA ou de la fréquence cardiaque. Pourtant, même ponctuellement, il reste peu utilisé, *a fortiori* dans le suivi (26).

1.9.4.5. Leviers envisagés pour améliorer le repérage des usages d'alcool en soins primaires

Malgré les bénéfices en termes de santé publique ainsi que la validité et la facilité d'application des outils de dépistage, la prévention et le repérage des usages d'alcool et des risques qui y sont associés restent très peu pratiqués en routine, ce qui conduit à des retards de prise en charge et à des dommages irrémédiables. Nombre de consommateurs à risque ne sont pas identifiés alors que c'est pour cette population-là que l'intervention brève se révèle la plus efficace et donc la plus bénéfique (19). Des stratégies de mise en œuvre sont donc nécessaires.

L'instauration d'une obligation conduirait à des taux de dépistage de 60 à 70 % (7). Pour certains donc, il faudrait imposer les mesures de repérage en formant les professionnels de santé, tout particulièrement les professionnels de la médecine générale et des services d'urgences médicales. L'INSERM notamment, dans sa dernière expertise collective sur l'alcool et la RdRD publiée en 2021 (7), estime que des décisions gouvernementales et des agences de santé sont nécessaires pour imposer le dépistage.

Pourtant, les acteurs des soins primaires, même correctement formés, soucieux de cette question et concrètement impliqués, continuent à exprimer des difficultés pour dépister et conseiller leurs patients s'agissant de l'usage d'alcool. Au-delà des actions des pouvoirs publics, notamment en matière d'information sanitaire et de régulation des interventions promotionnelles en la matière, un soutien dédié aux professionnels semble inévitable : formation professionnelle continue, facilitation d'accès au conseil spécialisé via une structuration interprofessionnelle assurant un lien direct avec des professionnels de l'alcoologie, facilitation d'adressage des patients les plus complexes vers des professionnels et structures spécialisés, soutien financier des prestations dédiées à l'accompagnement des usagers d'alcool.

1.9.5. État des lieux en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) liés à l'usage d'alcool

La RdRD en matière d'alcool concerne tous types et toutes modalités d'usage, quels que soient l'âge et la situation de l'utilisateur, et s'applique à toutes les étapes de la vie des individus. Par ailleurs, la RdRD en matière d'alcool est consubstantielle à toute intervention sanitaire visant à diminuer les conséquences nocives de l'usage d'alcool puisqu'elle inclut :

- la prévention qui implique de fournir une information juste et claire aux personnes sur les effets de l'alcool, sur les conséquences attribuables et évitables de l'usage d'alcool, sur les repères de consommation et tous autres conseils sanitaires en la matière afin que chaque personne puisse s'en saisir et adapter ainsi son comportement ;
- le dépistage précoce des usages à risque afin d'agir au profit de leur réduction, le RPIB étant à ce titre considéré comme l'une des mesures phares pour diminuer le risque alcool ;
- l'accompagnement de tous les usagers du système de santé, quelles que soient leurs modalités de consommation et à tout moment de leur vie, pour sécuriser leurs usages ;
- les soins spécialisés éventuellement nécessaires, adaptés à chaque situation individuelle, dans le respect des besoins, des priorités et des choix de la personne.

Pourtant, la RdRD en matière d'alcool reste largement méconnue autant des professionnels que des usagers du système de santé.

1.9.5.1. État des connaissances, de l'appropriation et de la mise en pratique de la RdRD alcool

- On observe une méconnaissance assez générale de ce que signifie et implique réellement la RdRD et plus spécifiquement la RdRD alcool. Si d'aucuns peuvent comprendre spontanément l'intitulé « Réduire les risques », savoir précisément en quoi consiste la RdRD en termes de principes, de méthodes, d'actions pratiques (se référer au chapitre 1.8) est loin d'être largement acquis.
- Le défaut d'appropriation des principes et méthodes de la RdRD résulte de la méconnaissance, mais également d'une difficulté d'adhésion, voire d'une authentique résistance à la RdRD en France. Divers freins (certains décrits au chapitre suivant) sont en cause et ne favorisent pas l'acquisition de connaissances, de compétences et d'expérience en la matière.
- Si le passage de la théorie à la pratique peut être une difficulté potentielle, cela soulève la question de la diversité des acteurs impliqués et de leurs spécificités. La RdRD relève-t-elle d'acteurs spécialisés ou bien toute action auprès des usagers visant, de quelque manière que ce soit, à diminuer le risque alcool et accompagner la personne peut-elle constituer de la RdRD ? Autrement dit que, au-delà de l'épure de la méthode et sa conceptualisation (manière de parler, d'accueillir, d'accompagner), toute action contribuant de près ou de loin à réduire les risques (comme parler d'alcool même très simplement et même sans connaître précisément les principes de la RdRD), toute intervention de prévention, tout acte de repérage et de conseil (même à sa manière) en soit. Dans ce cas, tout acteur œuvrant sur le sujet alcool est acteur de la RdRD en matière d'alcool.

1.9.5.2. Freins à l'appropriation, la diffusion et l'application en pratique courante de la RdRD alcool

- Le délai de la France en termes d'adhésion à la RdRD en addictologie – délai d'adhésion au programme d'échange de seringue (PES), réticences et délai au déploiement des salles de consommation à moindre risque (SCMR) – se répercute naturellement dans le domaine de l'alcoolologie. Le choix en France de l'outil FACE plutôt que l'AUDIT-C favorisant l'auto-évaluation et donc l'auto-gestion pourrait en être une illustration.
- Un ressort de cette réticence à la RdRD, particulièrement en matière de drogues illicites, provient de la crainte partagée par les professionnels autant que la société civile de favoriser, voire d'encourager par ce biais les consommations plutôt que de les contrôler. Amplifiée par le caractère illégal de l'usage de drogues en France, cette crainte est pourtant infirmée par l'expérience de pays la pratiquant depuis plus longtemps et plus largement. La RdRD n'est dans ces situations pas associée à une majoration des usages et à une inflation du nombre d'usagers de SPA mais permet un meilleur accès aux soins.
- La méconnaissance des effets réels sur la santé (l'impact sur les indicateurs de morbi-mortalité attribuable à l'alcool) d'un accompagnement basé sur les principes de la RdRD alcool par rapport à l'injonction d'abstinence entretient le non-engagement dans cette voie d'accompagnement. Le délai de recul nécessaire et les difficultés conceptuelles d'une telle évaluation ne sont pas à ce jour résolus. Bien qu'intuitivement avantageux, nous ne pouvons aujourd'hui scientifiquement affirmer qu'en cas de trouble sévère de l'usage d'alcool (donc d'alcoolodépendance), le maintien d'une alcoolisation homogène sous couvert d'un accompagnement de type RdRD alcool est préférable à l'alternance de phases de sevrage puis de réalcoolisations parfois

massives, du fait de l'abandon très fréquent (près de 90 % des cas) d'un projet basé uniquement sur l'abstinence.

- Le défaut d'investissement des professionnels, en particulier des professionnels de premier recours, dans la prévention et le repérage des consommations d'alcool contribue en soi à freiner le déploiement de la RdRD alcool puisqu'ils en sont partie intégrante autant que condition préalable de mise en pratique effective et partagée à l'échelle individuelle autant que collective.

2. Accompagner en premier recours l'ensemble des usagers du système de santé pour diminuer le risque alcool

Cette seconde partie de l'argumentaire intègre en plus des données scientifiques et épidémiologiques en la matière, les résultats de l'expérience (vécu des usages et des pratiques professionnelles) et de l'expertise des professionnels, patients et usagers émanant du travail collaboratif (riche d'interrogations, de difficultés, d'échanges) de l'ensemble des experts du groupe de travail. Face à la réalité des dommages et des besoins en lien avec les usages d'alcool, au regard des attentes des personnes sur le sujet alcool et des bénéfices attendus d'interventions précoces et systématiques de réduction des risques liés à l'alcool, sur toutes les dimensions des personnes, de leur entourage et de la société (la dimension médicale incluant le psychique et le somatique, la dimension sociale incluant le relationnel, le professionnel et le bien-être global, la dimension économique, la dimension juridique), nous formulons et proposons les grands axes suivants d'un accompagnement en premier recours de l'ensemble des usagers du système de santé visant à diminuer le risque alcool.

2.1. La nécessité d'un premier recours diversifié au cœur de la dynamique d'accompagnement des personnes exposées à l'alcool

2.1.1. Données réglementaires relatives au premier recours

La définition du premier recours confronte à une certaine complexité (187).

- La notion de premier recours repose avant tout sur une organisation hiérarchisée en trois lignes de soins visant à favoriser la gradation des soins et une gestion pertinente des ressources de santé. C'est ainsi que les deuxième et troisième recours se différencient du premier recours par des degrés croissants d'expertise (impliquant notamment des médecins spécialistes, que ceux-ci exercent en ambulatoire ou en établissement de santé) et de technologies utilisées.
- La notion de premier recours rencontre aussi celle de soins primaires. Tels que définis lors de la déclaration d'Alma Ata en 1978, les soins de santé primaire « visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet »¹⁴ (180). Ces soins primaires ont un rôle central dans la continuité et la coordination des soins, ce qui implique un exercice en équipe et en proximité au plus près de la réalité et du lieu de vie des personnes¹⁵ (188). Cependant, les notions de premier recours et de soins primaires ne se superposent pas exactement. Certains établissements de santé qui n'appartiennent pas aux soins primaires ont malgré tout un rôle dans le premier recours, par exemple les services d'urgences.

¹⁴ [Déclaration d'Alma-Ata \(who.int\)](https://www.who.int)

¹⁵ ADSP n° 107 – Soins de proximité : vers un exercice d'équipe ([hcsp.fr](https://www.hcsp.fr))

- L'article L. 1411-11 du Code de la santé publique définit les soins de premier recours comme suit¹⁶ :

« L'accès aux soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades, sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-217. Ces soins comprennent :

- 1) La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2) La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3) L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4) L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux » (189) (R)¹⁸.

Sur la base de ces critères, particulièrement celui de l'accessibilité des soins, sont reconnus comme acteurs du premier recours les professionnels suivants : les médecins généralistes, mais également les ophtalmologistes, gynécologues, pédiatres, psychiatres, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens, pédicures-podologues, psychologues, ainsi que les services sociaux et médico-sociaux.

2.1.2. Le premier recours pour les personnes exposées à l'alcool : une définition élargie

La question du premier recours a été travaillée avec les experts du groupe de travail. Elle peut être envisagée à plusieurs niveaux, à savoir :

- les acteurs du premier recours, au premier rang desquels le médecin généraliste ;
- les structures d'accueil et d'interventions de premier recours ;
- les missions de premier recours parmi lesquelles la prévention et le dépistage. En matière d'alcool, le repérage de type interventionnel à l'instar du RPIB, mais également les entretiens motivationnels sont considérés comme des missions de premier recours.

Nous considérons que tout acteur – quels que soient sa spécificité ou son niveau de spécialisation, quels que soient son type ou sa structure d'exercice – qui aborde le sujet de l'alcool dans le cadre d'un premier accueil et effectue une évaluation des risques et des besoins en approche globale (de façon holistique), que ce soit de façon opportuniste (circonstances telles que la grossesse, la production d'un certificat d'aptitude, les conséquences d'une alcoolisation aiguë) ou de façon systématique au titre d'un facteur d'hygiène de vie et, *a fortiori*, de risque pour la santé, agit alors au titre du premier recours.

¹⁶ [Article L. 1411-11 – Code de la santé publique – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/10/17/SPS-2016-10-17-1411-11)

¹⁷ [Article L. 1434-2 – Code de la santé publique – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/10/17/SPS-2016-10-17-1434-2)

¹⁸ [Organiser la médecine spécialisée et le second recours : une pièce essentielle de la transformation de notre système de santé | France Stratégie \(strategie.gouv.fr\)](https://www.strategie.gouv.fr/fr/organiser-la-medecine-specialisee-et-le-second-recours-une-pièce-essentielle-de-la-transformation-de-notre-système-de-santé)

Tout acteur des secteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux peut être amené à effectuer une intervention de premier recours relativement au sujet alcool si c'est vers cet acteur-là que la personne a choisi prioritairement de s'orienter (par exemple, un travailleur social, un professionnel du milieu scolaire ou universitaire, un éducateur, une sage-femme) ou tout simplement parce que l'opportunité s'est présentée ainsi de le faire.

2.1.3. Une nécessaire diversité d'acteurs face à la réalité des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins

La diversité des acteurs susceptibles d'intervenir sur le sujet alcool au titre du premier recours, en plus des médecins généralistes, résulte de plusieurs facteurs parfois intriqués.

- La pénurie de médecins autant que la pénurie de temps dont disposent les médecins : elle conduit progressivement au transfert de certaines tâches et à la délégation de certaines compétences, à l'instar des infirmiers(ères) (IDE) de pratique avancée (IPA)¹⁹, notamment en santé mentale, et des IDE dit(e)s ASALEE (action de santé libérale en équipe) assurant la prévention et le repérage de certaines conduites incluant les consommations de tabac et d'alcool (190).
- Les difficultés d'accès aux acteurs de premier recours, notamment les plus classiques que sont les médecins généralistes. Les raisons en sont diverses : pénurie de médecins généralistes et saturation de leur patientèle limitant l'accueil et l'accompagnement de nouveaux malades, disparité territoriale, notamment en zone rurale pour certains professionnels, certaines populations ne s'adressent pas à la médecine générale (particulièrement les plus jeunes) (101, 191).
- Pour des raisons de démographie médicale, d'organisation des soins, de retard de prise de conscience et de prise en considération des problématiques alcool à l'échelle individuelle autant que collective, d'errance et de détresse des personnes, le service d'accueil des urgences (SAU) est parfois le seul recours, y compris pour des situations n'en relevant pas (par exemple, une demande de sevrage alcoolique alors que ce type d'intervention se prépare et ne devrait jamais relever de l'urgence). Bien que sous-évaluée (notamment par sous-codage), la fréquence des passages aux urgences en lien direct ou indirect avec des conduites d'alcoolisation est telle que cette occurrence constitue une opportunité de rencontre avec le système de santé et à ce titre un enjeu majeur de repérage et d'orientation adaptée (192), voire déjà d'un accompagnement (193). Selon les besoins repérés, une telle orientation peut être envisagée dès la régulation médicale mais peut aussi impliquer le SAS (système d'accès aux soins) pour une orientation vers la médecine de ville ou bien une équipe d'addictologie de liaison (ELSA) pour une orientation vers des structures adaptées telles que des CSAPA (194, 195). Mais il peut aussi s'agir d'une orientation vers une aide sociale et de la transmission de documents d'information, de coordonnées d'association et de liens vers des outils numériques. Autrement dit, l'accueil aux urgences et les professionnels de la médecine d'urgence constituent un maillon clé du premier recours en matière d'alcool.

¹⁹ [Section 1 : Exercice infirmier en pratique avancée \(articles R. 4301-1 à R. 4301-8-1\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

- Le refus de certaines personnes prenant des risques avec leurs consommations de rencontrer des médecins : par honte, par crainte du jugement et de la stigmatisation, par crainte et refus *a priori* de la médicalisation et de devoir aller vers certaines structures marquées du sceau de l'addiction (comme les CSAPA), par crainte de l'injonction de devoir interrompre leurs consommations. Ce constat fréquent souligne l'importance d'autres acteurs, moins stigmatisants, plus accessibles et parfois plus compréhensifs, ou du moins ouverts à d'autres approches et forces de propositions alternatives (en termes d'écoute, d'accueil, d'accompagnement). Il peut s'agir de : travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, patients experts, acteurs associatifs, tous types d'acteurs spécifiquement impliqués dans la RdRD comme alternative à la médicalisation et aux actions restreintes à la réduction ou l'arrêt de l'usage d'alcool.
- Certains médecins ne veulent pas s'impliquer auprès des personnes consommatrices d'alcool (et parfois d'autres SPA) par crainte des difficultés et de l'échec de leurs prises en soins, par crainte aussi de manquer de compétences, de temps, de solutions, de soutien spécialisé pour les situations complexes (19, 148, 196). Ces craintes peuvent être traitées et les médecins généralistes devraient être assurés qu'aborder le sujet alcool en premier recours n'est pas chronophage, ne fragilise pas la relation de confiance (bien au contraire puisque cela répond à une demande sociétale et cela aurait en ce sens bien plus l'effet de renforcer la relation de soins que l'inverse), ne les engage pas dans des processus complexes et voués à l'échec. Des orientations adaptées sont possibles pour les situations difficiles, y compris en ambulatoire, à l'instar des microstructures (MSMA) et des CSAPA. Il n'en demeure pas moins qu'il n'y a pas d'obligation d'implication pour les médecins généralistes, ce qui peut conduire à un défaut d'engagement sur le sujet.
- Les besoins qui sous-tendent les consommations d'alcool ne sont pas toujours de nature médicale (violences intra-familiales, notamment les violences faites aux femmes (134), problème de logement, chômage, isolement affectif et social...) justifiant d'emblée un lien, une orientation vers et une coopération avec une diversité d'acteurs autres qu'uniquement des acteurs médicaux (197).

2.1.4. La diversité des acteurs du premier recours en miroir de la diversité des situations et des besoins des personnes exposées à l'alcool

Les acteurs de premier recours sont les premiers interlocuteurs amenés à évaluer les situations à la fois en termes de risques bio-psycho-sociaux liés à l'alcool et en termes de besoins individuels afin de pouvoir ensuite accompagner et/ou, le cas échéant, orienter vers des professionnels et des structures adaptés. Chaque situation est unique à un individu donné, fonction de son environnement propre et d'une histoire personnelle inédite.

Les acteurs de premier recours incluent, en premier lieu et de façon privilégiée, les médecins généralistes que ce soit en cabinet libéral, en centre de santé, en maison de santé pluridisciplinaire (MSP), au sein d'un SAU, d'une microstructure ou d'un CSAPA. Pour autant, comme décrit précédemment, les médecins généralistes ne sont pas et ne peuvent pas être les acteurs exclusifs du premier recours en matière d'alcool.

Afin de répondre à cette diversité sans cesse renouvelée des situations et des besoins des personnes exposées à l'alcool, de nombreux autres acteurs, très différents dans leurs spécificités, peuvent être amenés à effectuer, au titre du premier recours et au-delà, des interventions très variées en termes d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation, d'accompagnement :

- professionnels bénéficiant d'une délégation de tâches éventuellement via des protocoles de coopération : IPA, ASALEE, éducateurs spécialisés, coordinateurs de parcours ;
- professionnels au sein des SAU (193) : médecin ou IDE urgentistes, professionnels d'une équipe d'addictologie de type ELSA intervenant en lien avec les équipes du SAU ;
- professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, IDE de psychiatrie et autres professionnels impliqués), en ville ou à l'hôpital, de même qu'au sein de centres médico-psychologiques (CMP), de CSAPA, de consultations jeunes consommateurs (CJC) ;
- professionnels des milieux scolaire et universitaire, plus particulièrement l'IDE scolaire ;
- professionnels de la médecine du travail, y compris IDE attachée à la médecine du travail ;
- professionnels dédiés à la santé de la femme : sage-femme – professionnels de la protection maternelle et infantile (PMI) – gynécologue ;
- pharmaciens, en particulier ceux investis dans la pratique du RPIB, lorsque la structure le permet en termes d'intimité et de confidentialité (198) ;
- dentistes ;
- travailleurs sociaux au sein de structures dédiées (microstructure, CSAPA, CAARUD, secteur hospitalier, ESMS) ou au sein de la commune d'origine grâce aux centres communaux d'action sociale (CCAS) ;
- équipes mobiles dites « hors les murs », dédiées au « aller vers » les populations sans accès aux systèmes sanitaire et d'aide sociale et particulièrement concernées par les risques et les dommages liés à l'alcool et/ou vulnérables :
 - CJC avancées pour aller directement à la rencontre des plus jeunes en les laissant libres d'exprimer leurs besoins (191),
 - dispositifs mobiles de rencontre et d'action au sein des milieux festifs (à l'instar du dispositif « Plus belle la nuit » à Marseille) (81, 82),
 - dispositifs mobiles de rencontre et de prise en soins des personnes usagères de substances psychoactives et de leurs proches selon les principes de RdRD en lien avec les CSAPA et les CARUUD (à l'instar du bus 31/32 à Marseille) ;
- tous professionnels (y compris en dehors du sanitaire) accueillant des personnes en défaut et/ou en rupture de soins (par exemple, n'ayant pas de médecin généraliste et, en cas de problématique, n'allant pas en CSAPA) à l'instar de coordinateurs de parcours de santé formés à identifier les risques et les besoins spécifiques et jouant le rôle de plateforme tournante vers les professionnels et structures adaptés aux besoins identifiés. Il peut aussi s'agir d'acteurs de la vie associative et sociale, d'éducateurs sportifs ou impliqués dans les activités culturelles, etc. Accompagner les consommateurs d'alcool peut ainsi susciter de nouveaux métiers ;
- le patient lui-même peut être son propre premier recours via des outils numériques d'auto-support (se référer à l'annexe 11). Ces outils d'auto-support donnent accès à des informations diversifiées visant à répondre à toutes les situations possibles en lien avec l'alcool, des outils d'auto-évaluation des consommations (comme l'auto-questionnaire AUDIT-C), des conseils d'auto-gestion visant la diminution du risque alcool, des coordonnées de professionnels, structures, associations dédiées. Certaines de ces applications peuvent donner accès à une consultation à distance avec un professionnel compétent et à une orientation possible vers un

parcours de santé adapté. Le respect de l'anonymat, la gratuité, la non-obligation de création de compte favorisent l'engagement des usagers à l'utilisation de ce type d'outils.

2.1.5. La diversité des acteurs est aussi un atout face aux écueils des représentations sociales

Il y a un fort intérêt à la diversité des professionnels impliqués car la problématique de l'accessibilité au premier recours en matière d'alcool peut être aussi sous-tendue par les représentations sociétales en matière d'alcool. L'étiquette « addictologie » peut être un frein d'accès du fait des représentations sociétales négatives qui lui sont associées. Cela explique notamment la difficulté (si ce n'est l'impossibilité) de certaines personnes à franchir la porte d'un CSAPA ou d'un CAARUD et à l'inverse l'intérêt manifestement notable porté aux outils numériques d'auto-support respectant l'anonymat ainsi qu'au nouveau dispositif des microstructures, l'un et l'autre étant particulièrement utilisés et appréciés par les femmes (le poids du stigmatisme et de la discrimination étant de fait plus fort à leur rencontre (91, 95)).

Pour autant et à l'inverse, l'addictologie peut tout aussi bien être une porte d'entrée facilitante pour accéder aux aides et accompagnements. Elle permettrait en effet l'accès à une expertise et à des soins psychiques pour des personnes qui préfèrent mettre au premier plan leur problématique addictive plutôt que leur souffrance psychique, et éventuellement une authentique maladie psychiatrique. Parce que l'usage de substance psychoactive peut être vécu (par la personne elle-même, autant parfois aussi que par son entourage) comme plus acceptable qu'un trouble psychiatrique.

2.1.6. Le premier recours en matière d'alcool : d'emblée une vision d'équipe

Tout patient doit ainsi pouvoir avoir accès à chacun de ces professionnels et chacune de ces structures (et tous les acteurs qu'elles incluent), sans obligation préalable de passer par la médecine générale (soit parce qu'il n'y a pas accès soit parce qu'il le refuse pour les diverses raisons légitimes évoquées précédemment). Tous ces acteurs œuvrant au premier recours doivent dès lors être outillés, en cohérence avec leurs spécificités, afin de pouvoir idéalement proposer, dans une démarche holistique, une évaluation en globalité, psycho-somato-sociale et des modalités de consommation d'alcool dans toutes ses dimensions (pas uniquement quantitative, mais également qualitative, contextuelle et environnementale, en termes de vulnérabilités), afin de pouvoir accompagner et, le cas échéant, orienter vers les structures et professionnels *ad hoc*. Dès le premier recours, la question alcool révèle donc l'importance du soutien des pratiques professionnelles autant que de la pluriprofessionnalité et de la dimension de travail en équipe comme source d'efficacité de l'accompagnement des usagers (7).

Ainsi, bien qu'ayant une position privilégiée, notamment en tant que médecin de famille au cœur des habitudes de vie et des liens relationnels, au plus près de l'intimité de la personne concernée et de ses proches, les principaux acteurs que sont les médecins généralistes ne sont pas seuls et isolés en premier recours face aux questions en lien avec l'alcool qui préoccupent et parfois affectent leurs patients. Le sujet alcool peut et doit s'envisager de façon décloisonnée, dans la collégialité et la coopération entre professionnels d'horizons diversifiés (y compris non sanitaires), chacun pouvant, à part entière, participer à la discussion et l'information sur le sujet, contribuer au repérage et aux accompagnements, ainsi que répondre aux demandes d'orientation dans le système de santé et d'aide sociale, ou dans d'autres domaines, en fonction des besoins spécifiques identifiés. Il s'agit bien pour l'ensemble des professionnels d'engagement et d'enjeux collectifs : à l'attention de chaque personne tout autant que pour le collectif (la société dans son ensemble) dans le cadre et avec le support d'un collectif de

professionnels, chaque professionnel étant impliqué au titre de sa responsabilité individuelle autant qu'à l'échelle de sa communauté professionnelle d'appartenance.

2.1.7. Porosité entre premier et second recours en matière d'accès à l'accompagnement des personnes exposées à l'alcool

C'est typiquement le cas des microstructures et des CSAPA. S'agit-il déjà d'un second recours spécialisé (comme une proposition de schématisation le suggère en Annexe 14) ou bien d'une sous-stratification du premier recours ? Les deux en réalité en matière d'alcool et plus généralement d'addiction. De fait, si certains usagers sont adressés en CSAPA, d'autres y parviennent directement. Par ailleurs, les professionnels de ces structures, pourtant déjà d'un certain niveau si ce n'est de spécialisation du moins de compétence, considèrent que pour au moins une partie de leur activité, il s'agit encore de missions de premier recours, alors que d'autres activités relèveraient en effet d'une approche qui dépasse le premier recours.

Mais qu'il s'agisse encore du cadre des missions de premier recours, de l'interface entre premier et second recours ou bien de missions de second recours, voire au-delà encore, il n'en demeure pas moins que les différents acteurs et structures concernés contribuent tous à l'accueil, l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation des personnes.

- ELSA avec la possibilité dès le premier accueil (par exemple en SAU) d'une authentique consultation d'addictologie et d'une éventuelle orientation vers un parcours dédié (via une orientation vers un CSAPA par exemple) (194).
- Microstructures médicales en addictologie (MSMA) ou plus simplement microstructures (MS) dont l'entrée par le biais d'un médecin généraliste permet d'accéder en ambulatoire et de façon facilitée à de l'aide sociale et psychologique adaptée. Déployées dans le cadre d'un article 51, leur entrée dans le droit commun est prévue pour 2023 (94). L'extension territoriale est cependant encore incomplète parce qu'elle implique idéalement aussi la mise en place de MSP, ce dont ne bénéficient pas encore tous les territoires de façon équivalente (199). Les retours de terrain via les experts témoignent de leur fonctionnalité, comblant notamment des besoins jusque-là non couverts comme l'accueil de femmes en difficulté avec leurs consommations d'alcool mais ayant renoncé à partager leur problématique dans le cadre de la médecine générale et/ou refusant un accompagnement en CSAPA.
- Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) comptant fréquemment parmi leurs professionnels des médecins généralistes et parmi leur patientèle des personnes adressées directement sans passer par un médecin généraliste libéral ou bien adressées par d'autres biais que la médecine générale (notamment via la justice sur injonction de soins ou encore via un centre d'aide sociale). Les CSAPA assurent des missions de prévention et d'accompagnement en matière d'addictions (pour toutes substances et tous comportements) (30, 40, 195, 200).
- Consultations jeunes consommateurs (CJC) accueillant des jeunes sans rendez-vous programmé et sans délai au titre d'une porte d'entrée facilitée vers un accueil, de l'écoute, du soutien et de l'accompagnement, en particulier psychiques (101, 191). Il s'agit pour les professionnels de ces structures de fournir disponibilité et ressources pour tout jeune qui serait en difficulté, ainsi que d'être au plus près des problématiques des jeunes en leur laissant toute liberté d'exprimer leurs difficultés, leurs besoins, leurs priorités (185).

2.1.8. Face à la diversité des acteurs et de leurs actions, et à l'intrication de différents niveaux de recours, une indispensable coordination

Malgré cette porosité des missions, la communication et l'articulation entre les acteurs et structures de premier recours et les acteurs et structures spécialisés (comme les CSAPA notamment, qu'ils soient dans le maillage de ville ou hospitaliers) peuvent manquer de fluidité. Il persiste un défaut d'interactions regretté par les professionnels ambulatoires (en ville) de premier recours (par exemple entre un généraliste en cabinet de ville et un CSAPA pour l'aiguillage d'un patient) ainsi que des délais de rendez-vous parfois prohibitifs et inadaptés à la réalité et la temporalité des besoins des personnes. De même que, plus généralement, l'adressage vers les spécialistes, vers des professionnels de la santé mentale, psychiatres particulièrement, mais aussi d'autres professionnels que ce soit en ville, en CH ou en CHU reste souvent difficile (201).

D'où l'importance du partenariat et de la coordination entre les différents acteurs pour faciliter leur communication, leurs interactions et favoriser ainsi la lisibilité et l'accès aux différentes offres d'accompagnement possibles et adaptées à la variété des nombreux besoins potentiels en termes de :

- assistance sociale ;
- accompagnement médical spécialisé qu'il s'agisse d'une expertise et de soins somatiques, psychologiques ou purement addictologiques en second recours (par exemple en consultation spécialisée ambulatoire, dans le cadre de CSAPA ou de CAARUD), voire en troisième recours spécialisé (addictologie et/ou psychiatrie hospitalières) ;
- soutien associatif, notamment par les pairs et patients experts ;
- offre en matière de RdRD alcool complémentaire à celle fournie par les précédents acteurs et structures.

Une schématisation des interactions entre premier recours et recours ultérieurs d'accompagnement est proposée en Annexe 14.

Certains dispositifs ont pour objectif de soutenir la médecine générale en assurant cette coordination avec les structures d'aval. Il s'agit par exemple du DICAdd13²⁰ qui est un dispositif de coordination des parcours de santé et d'appui à la pratique professionnelle dans le champ des conduites addictives, dans les Bouches-du-Rhône.

D'autres supports tels que des annuaires à l'échelle nationale (via Santé publique France) et régionale (grâce aux ARS et CPTS) sont importants mais, au regard des retours d'expérience, devraient être plus investis et valorisés (défaut de systématisation, d'actualisation, difficultés d'accès).

2.2. Informer : un préalable indispensable pour accompagner les personnes

2.2.1. Parler d'alcool, un enjeu majeur de santé publique

Parler d'alcool, c'est déjà faire de la prévention d'un nombre considérable de pathologies et d'accidents alors que ne pas informer, c'est laisser croire que c'est sans danger. Offrir et systématiser une information juste, claire et lisible sur l'alcool (risques, repères, outils d'évaluation, moyens de réduire les

²⁰ [Accueil | DICAdd13 – Dispositif d'informations et de coordination pour l'addictologie dans les Bouches-du-Rhône](#)

risques, dispositifs d'aide) à l'ensemble de la population (incluant de fait les professionnels eux-mêmes) est un enjeu majeur de santé publique. Ces messages d'information et de prévention, associés à d'autres mesures (repérage des risques, stratégies pour les éviter ou du moins contribuer à les diminuer, et toutes autres méthodes reposant sur les principes de la RdRD) sont une opportunité pour augmenter la connaissance de la population sur les risques liés aux consommations d'alcool – certains de ces risques restant encore aujourd'hui très insuffisamment connus tel celui de divers cancers, dont le cancer du sein (54, 111), ou les risques à l'échelle neurologique, cognitive particulièrement (7), et à l'échelle psychiatrique (92) – et faire ainsi évoluer les comportements vis-à-vis de l'alcool.

2.2.2. Faire de l'alcool un sujet de santé classique et automatique pour tous

Avant même les principes de repérage et d'accompagnement éventuel, le sujet alcool doit pouvoir être abordé pour tout un chacun, de façon systématique et réitérée, au travers d'un échange qui le positionne comme un sujet de santé aussi important et classique que l'activité physique (173, 202), l'alimentation, le sommeil, la vie sexuelle, le logement, l'éducation.

Cette systématisation est justifiée par l'importance sanitaire et sociale du sujet alcool pour l'ensemble de la population et pas uniquement les personnes qui seraient en difficulté avec leurs consommations. De fait, l'exposition à l'alcool est universelle et les risques qui lui sont associés le sont tout autant bien qu'à des degrés divers selon les quantités et les modalités de consommation ainsi que selon le terrain éventuel de vulnérabilité (comme l'état de gestation).

Les données relatives à l'information de la femme enceinte évoluent dans le bon sens mais restent perfectibles. L'enquête périnatalité de l'INSERM la plus récemment publiée sur les données acquises en 2021 révèle que 73 % des femmes enceintes déclarent avoir été questionnées sur leurs consommations d'alcool (*versus* 50 à 70 % auparavant selon les études) (116). Il n'en demeure pas moins que 27 % des femmes rapportent donc, encore aujourd'hui, ne pas avoir bénéficié durant leur grossesse d'un échange et d'une information systématiques sur le sujet alcool avec leur médecin alors même que les dommages (en particulier pour le système nerveux central de l'enfant) liés à l'exposition fœtale à l'alcool sont reconnus comme étant à la fois très graves, irréversibles et fréquents (1 enfant sur 1 000 naît avec un ETLAF en France) (14, 15).

Avant même toute proposition éventuelle d'accompagnement individualisé, un échange simple, informel et sans objectif prédéfini contribue déjà à réduire les risques liés à l'alcool par le simple fait d'évoquer le sujet sans *a priori* (mais validant par là son intérêt pour la santé des personnes et leur entourage), telle une routine professionnelle, et par l'information, l'intérêt et l'éveil de conscience que cela pourra susciter.

Tout en contribuant à lutter contre le tabou à l'œuvre autour du sujet alcool, en parler de façon automatique, c'est-à-dire sans même de raison apparente ou évidente, est déjà une amorce de lien essentiel à la confiance qui doit s'établir pour pouvoir éventuellement approfondir la question et ouvrir vers une offre d'accompagnement le cas échéant. Ainsi, même sans le vouloir et même si cela n'est pas d'abord l'objectif du soignant comme du patient, c'est déjà œuvrer à amoindrir le risque alcool à l'échelle individuelle autant que collective car devenant vecteur d'information et par l'effet d'émulation sociale que cela peut susciter.

Finalement, il s'agirait de pouvoir adopter une manière de parler non pas, bien sûr, sous l'angle des « bénéfiques » (dont les lobbies alcooliers se chargent) mais sous un angle qui n'en ferait :

- pas un problème systématique, mais une question systématique ;

- pas une addiction à coup sûr, mais un sujet de santé à coup sûr ;
- pas un danger toujours, mais des risques toujours susceptibles d'être amoindris.

Il s'agit ainsi également de porter le message qu'il est toujours possible de réduire le risque alcool quel que soit son mode (ou ses modalités) d'usage, quel que soit son âge, quelle que soit sa situation particulière, cela pouvant d'ailleurs passer par une amélioration de cette dernière ou y contribuer.

2.2.3. Avoir toujours conscience des écueils du sujet alcool pour les éviter

2.2.3.1. Lutter contre les représentations trompeuses qui entourent l'alcool et ses usages

Le sujet alcool est encore tabou en France, empreint de diverses représentations sociétales, soit de survalorisation soit de stigma des consommateurs, ce qui, dans un cas comme dans l'autre (faisant figure d'extrêmes opposés), empêche de le traiter légitimement et aussi naturellement que tout autre sujet de santé, que ce soit à l'échelle individuelle ou collective.

À la représentation culturelle et économique positive de la production viticole française s'opposent des représentations négatives, lourdes de stigmatisation et d'exclusion vis-à-vis des personnes qui auraient perdu le contrôle de leurs consommations ou qui auraient tout simplement conscience de prendre des risques avec l'alcool. Le poids de ces représentations est tel que les personnes qui se sentent en difficulté (même s'il ne s'agit encore que de prémices de ces difficultés) s'auto-excluent elles-mêmes d'une information personnalisée et d'un accompagnement possible, en masquant leurs consommations, leurs difficultés et ce qui les sous-tend (7, 60, 91). Un tel mécanisme de défense, qui n'est pas dénégation ou déni mais stratégie de protection, vise à éviter d'être catalogué du côté stigmatisant des consommateurs ayant perdu la main sur leurs consommations. Le poids du stigma peut aussi être grandement accru par différents facteurs dont le genre (la consommation féminine est encore plus porteuse de jugement moral et de stigmatisation ; il est par exemple inconcevable qu'une grand-mère ou qu'une mère de famille consomme de l'alcool comme des hommes), le statut social (un haut niveau socio-économique est considéré à tort comme protecteur vis-à-vis de l'alcool), l'âge (il est inconcevable qu'un mineur, *a fortiori* un enfant, souffre d'un TUA alors que le *binge drinking* peut en être un stigmaté). Face au poids de ces représentations négatives, *a fortiori* si elles sont renforcées, les personnes, en particulier les femmes (93, 95), masquent d'autant plus et mieux leurs consommations, et s'auto-excluent de certaines structures d'accueil et d'accompagnement comme les CSAPA, en privilégiant des dispositifs qui préservent l'anonymat comme certaines plateformes numériques (se référer à l'Annexe 11).

2.2.3.2. Tout ce que l'information sur l'alcool ne devrait pas être

- Moralisateur : le consommateur reste seul maître de ses choix sur lesquels aucun jugement n'a à être porté.
- Stigmatisant : aucun usage d'alcool n'a lieu d'être stigmatisé, y compris et surtout peut-être une authentique addiction à l'alcool. À l'inverse, le non-usage n'est pas non plus une tare, alors même que les personnes qui ne consomment pas d'alcool ne sont pas en manque de réflexions jusqu'à se voir parfois montrés du doigt.
- Injonctive : l'information est une proposition d'éclairage et d'accès à ce que permet d'offrir le système sanitaire et social en la matière. Elle n'impose rien. Elle n'est pas une obligation de

modifier des usages, encore moins une obligation de soins, mais bien au contraire une opportunité pour chacun d'éclairer ses propres choix.

- Hygiéniste : il n'y a aucun projet de prohibition vis-à-vis de l'alcool ou d'abstinence absolue mais une opportunité ouverte à tous d'aller vers une préservation, voire une meilleure santé en réduisant les risques associés à ses consommations d'alcool.

2.2.3.3. Pondérer au cas par cas l'information générale relative à l'alcool pour la rendre crédible et utile à l'échelle individuelle

L'information à diffusion générale sur les risques devra toujours être pondérée à l'aune d'une évaluation personnalisée. Les données épidémiologiques qui sous-tendent cette information générale résultent d'analyses statistiques et sont bien à entendre à l'échelle populationnelle. Cette information ne peut, en conséquence, pas constituer une prévision individuelle encore moins une certitude quant à d'éventuels dommages à venir. Cette information devrait être envisagée telle une fenêtre d'opportunité et d'accès aux outils d'évaluation des consommations ainsi qu'aux modalités susceptibles d'en diminuer les risques. Sans banaliser ni minimiser les risques, l'objectif d'une telle information n'a pas non plus vocation à faire peur en dramatisant les risques, encore moins à ordonner ou à interdire. Elle est une proposition argumentée et personnalisée offrant à chacun la possibilité de bénéficier de toutes méthodes et modalités d'accompagnement visant à amoindrir les risques liés aux consommations d'alcool. Elle relève donc simplement du droit à l'information juste et claire pour toute personne en vue d'une décision autonome et toujours révisable au profit de sa santé.

2.2.3.4. Ce que « aborder le sujet alcool » pourrait être aujourd'hui

Ouvrir le dialogue et permettre au sujet alcool d'exister comme une question importante de santé pour chacun et pour tous relève d'un argumentaire et de conditions spécifiques : être dans le non-jugement et la non-stigmatisation, déconstruire les représentations à l'origine du sentiment de honte et d'exclusion ou à l'inverse de force et de virilité. Il s'agit aussi de libérer la parole d'une manière qui pourrait être considérée comme assez similaire à celle permettant d'aborder les questions relatives à la sexualité. Il s'agit donc de pouvoir aborder le sujet alcool avec respect et finesse, comme cela est nécessaire pour toute question sensible qui touche à l'intimité d'une personne.

Parler autrement, écouter autrement, accueillir autrement constituent un préalable indispensable avant d'envisager des propositions d'accompagnement individualisé de chaque personne afin de diminuer les risques liés à leurs consommations d'alcool.

2.2.4. L'information juste relative à l'alcool comme partie intégrante d'une pratique relationnelle qui donne toute sa place à l'individu

C'est bien là, en effet, que peut intervenir aussi l'écueil de l'acceptabilité sociale de l'information médicale et scientifique puisque cette information vient percuter des comportements de la vie quotidienne et très fortement ancrés culturellement, ce qui peut susciter de l'incompréhension, de l'inconfort, voire de la peur, du déni, de la fuite, du rejet. C'est tout l'enjeu de rendre, par le biais de la relation médecin-patient basée sur le respect et la confiance réciproques, cette information acceptable et utile en la reformulant et en la personnalisant afin qu'elle puisse faire écho à la situation individuelle de chacun dans son environnement propre et à ce moment-là de sa vie.

Il s'agit ainsi d'accompagner l'utilisateur en construisant avec lui une réponse adaptée à son risque individuel, à ses besoins, à sa motivation en tenant pleinement compte de ses priorités, de ses choix propres et de sa temporalité. Et cette adhésion de la personne, indispensable à une relation de confiance et d'alliance pérenne, ne peut se construire qu'à partir d'une information juste et pleinement partagée.

2.2.5. Informer est déjà un « agir » qui contribue à diminuer le risque alcool

Informé est déjà un « agir » :

- en modifiant les représentations liées à l'alcool, l'information contribue à :
 - faire de l'alcool un sujet habituel de santé, comme tous les autres,
 - la mise en balance entre les bénéfices réels et les risques réels ;
- en fournissant une juste information sur la réalité des risques et des dommages liés à l'alcool et leur caractère évitable, à tous les âges de la vie (dès la phase pré-conceptionnelle), ce qui implique :
 - constance et fermeté,
 - accessibilité : à tous, en tous lieux, à tous moments, via des supports adaptés à la diversité des populations cibles (supports d'information accessibles aux jeunes notamment) ;
- en prenant conscience de nos influences réciproques (interactionnisme), à l'instar du regard qu'un enfant porte sur un adulte consommant de l'alcool et des mimétismes qui en résultent ;
- en portant à la connaissance de tous les repères de consommation d'alcool dits de moindre risque et en s'assurant de leur bonne compréhension et des conditions de leur applicabilité, ce qui peut conduire à une adaptation individualisée ;
- en donnant à chacun et sans jugement une évaluation régulièrement actualisée de son risque propre et des possibilités dont il dispose pour le diminuer ;
- en portant à la connaissance de tous (professionnels autant qu'utilisateurs du système de santé) toutes les options possibles permettant de diminuer le risque alcool, notamment les principes et les modalités existantes en matière de RdRD liés à l'alcool en complément des interventions sanitaires (médicales et sociales), dans une démarche visant à adapter l'accompagnement à chaque situation individuelle, aussi inédite soit-elle, en tenant compte de l'environnement et de l'entourage de la personne.

2.2.6. La réalité des bénéfices de l'information mais la nécessité de pouvoir « agir » au-delà

Les travaux issus de l'expertise collective 2021 de l'INSERM portant sur la réduction des dommages liés à l'alcool confirment le fait que l'information et l'argumentation permettent, au fil du temps, de modifier les savoirs, les attitudes et de provoquer des prises de conscience (7).

La manière d'informer est essentielle. Il apparaît que l'impact de l'information et des préconisations de prévention qui l'accompagnent et qui doivent être d'une grande logique est d'autant plus important qu'il

y a une communication importante sur les raisons qui les motivent, comme c'est particulièrement le cas pour le lien établi entre alcool et cancer²¹ (24, 54).

Des méta-analyses estiment qu'un changement de l'intention, estimé de moyen à fort, produit un changement de comportement estimé de faible à moyen. L'information ne serait donc pas un levier suffisant pour provoquer des changements significatifs et surtout durables de comportement (203). Si une information juste et claire, en plus d'être un droit pour tout citoyen, est un préalable indispensable, des interventions efficaces doivent donc la compléter pour permettre une diminution effective des risques par des changements de comportement réels et durables, au premier rang desquelles, mais pas exclusivement, la réduction des quantités d'alcool consommées.

2.3. Repérer pour pouvoir agir sur les déterminants des consommations d'alcool

2.3.1. De l'historique d'un repérage des consommations d'alcool à risque à un repérage universel des risques liés à l'exposition à l'alcool

Comme précédemment développé, la prévalence des consommations d'alcool et l'aura de celui-ci sont telles dans notre société que l'exposition à l'alcool et à ses effets est universelle et n'épargne personne. Même ceux qui ne consomment pas sont aussi naturellement concernés par le biais de leurs interactions sociales et familiales, parfois très précocement dans leur existence (exposition *in utero*). Les conclusions de la dernière expertise collective relative à l'alcool publiée par l'INSERM en 2021 vont dans ce sens : « Le niveau de consommation d'alcool pour lequel le risque de dommages est minimal est de zéro verre standard par jour et par semaine. » Minimal, donc non nul. À ce constat s'ajoute celui du *continuum* des usages et des risques liés à l'alcool. Ainsi, un principe de repérage au sens de n'identifier que des personnes qui seraient à risque par rapport à d'autres qui ne le seraient pas et par ce fait pourraient ne pas justifier d'une information, d'un conseil ou même d'un accompagnement (pour eux-mêmes ou leur entourage) est caduc. En société, toute personne est à risque vis-à-vis de l'alcool (7).

Le repérage ne vise donc pas à déterminer qui est concerné et qui ne le serait pas (tout le monde étant exposé se trouve de fait concerné) mais bien à ce que chacun puisse régulièrement bénéficier d'une évaluation de son risque propre ainsi que (en complément de l'information sanitaire produite pour la collectivité en son ensemble au titre de la santé publique) d'une information individualisée autant au regard de ses modalités de consommation éventuelle que de son environnement et de son histoire.

Bien plus qu'un dépistage – porteur de l'écueil, qui avait déjà été identifié lors des travaux conduits sous l'égide de l'OMS à travers l'intitulé anglophone de *screening* (63), d'un possible effet de stigmatisation de l'usager d'alcool avec son cortège de connotations négatives de faiblesse, nocivité ou amoralité –, le repérage vise à éclairer au mieux chaque situation individuelle afin de proposer des réponses aussi adaptées que possible en termes d'informations, de conseils et d'actions d'accompagnement éventuel. La juste évaluation des risques d'une personne et de ses besoins ne peut donc pas n'être qu'une évaluation quantitative des consommations mais relève d'une appréciation holistique, selon un modèle psycho-somato-social, de l'ensemble des facteurs qualitatifs, contextuels et

²¹ [Alcool - Réduire les risques de cancer \(e-cancer.fr\)](https://www.e-cancer.fr)

environnementaux (incluant l'entourage, immédiat ou pas) qui déterminent et modèlent son exposition à l'alcool et celle de ses proches.

2.3.2. Appliquer les fondamentaux d'un « repérage-action » des consommations d'alcool : une responsabilité de santé publique pour tous les professionnels des secteurs sanitaire et social

Outre son caractère holistique comme précédemment annoncé et qui sera développé dans le chapitre 2.3.5, le repérage des consommations d'alcool devrait regrouper les caractéristiques suivantes.

- Global : parce que l'exposition à l'alcool concerne l'ensemble de la population (68) et étant établi que seule une diminution du niveau global de consommation de la population est susceptible d'améliorer l'état de santé d'une population (7, 19), la question alcool devrait être une question de santé pour tous – tout patient et tout usager du système de santé, à tout âge et en toute circonstance, sans distinction ni exclusion de quelque individu que ce soit – au même titre que, notamment, l'alimentation, le sommeil, l'activité physique (173, 202), la sexualité, les violences, le logement.
- Systématique : le repérage ne devrait pas être opportuniste, c'est-à-dire n'être effectué qu'en cas de suspicion d'une problématique liée à l'alcool. Il ne s'agit généralement plus alors d'un repérage mais d'une évaluation diagnostique, le plus souvent d'un trouble de l'usage d'alcool et/ou à tout le moins d'un usage nocif d'alcool, autrement dit, d'une situation relevant d'emblée d'un accompagnement particulier, si ce n'est d'une orientation spécialisée. En réalité, l'essentiel des usages à risque, tels qu'un usage excessif (qu'il soit chronique ou ponctuel) ou que la consommation d'alcool par un mineur ou une femme enceinte, mais aussi parfois d'authentiques troubles de l'usage (dont le *binge drinking* itératif) passent inaperçus et échappent au filtre sanitaire. Certaines consommations se révèlent en effet particulièrement difficiles à identifier comme étant problématiques parce que sous-évaluées (CDA) (3, 17, 126), banalisées, tolérées – par la personne, par son entourage et parfois même par le professionnel de santé référent – en l'absence de conséquence apparente ou du moins suffisante sur la vie courante (personnelle et professionnelle notamment). Sortir ces personnes de leur invisibilité sanitaire et de l'ignorance autant de leur risque que des moyens de le diminuer justifie pleinement cette systématisation du repérage.
- Précoce : pour être efficace et réduire la morbi-mortalité liée à l'alcool, il faut repérer et intervenir précocement :
 - précocement dans la vie des individus : dès l'enfance-adolescence (donc y compris auprès des mineurs, par les pédiatres, les généralistes et au sein des établissements scolaires), de même que dès la période d'activité génitale et, particulièrement en cas de désir de grossesse et de projet parental, via le repérage et l'information autant des femmes en âge de procréer que des conjoints (du fait de la toxicité fœtale induite par les consommations d'un futur père via des mécanismes épigénétiques) (117, 119) ;
 - précocement dans l'histoire de l'usage d'alcool : car les interventions se révèlent d'autant plus efficaces que les consommations ne sont pas encore trop importantes et qu'il n'y a pas encore de trouble de l'usage (19, 63).

- Réitéré : la durée d'efficacité du RPIB sur la réduction de consommation étant estimée entre 6 mois et 1 an, un impact à long terme ne semble pouvoir être attendu qu'au prix de sa systématisation et réitération tout au long de la vie d'un individu (19, 158). Par ailleurs, la réitération – idéalement à chaque consultation – du repérage et de l'intervention qui l'accompagne est seule à même de pouvoir en évaluer les bénéfices concrets et de prévenir et dépister l'occurrence d'états les justifiant (19, 203). Enfin, au gré de l'évolutivité et des fluctuations des consommations chez un même individu, une adaptation des modalités du conseil et de l'intervention est seule à même d'accompagner la personne sur le long terme en cohérence avec ses usages, ses risques, ses besoins et son histoire propre. Il s'agit par là d'un projet d'accompagnement « à la carte » et évolutif. C'est en ce sens aussi que le repérage implique tous les professionnels du sanitaire et de l'assistance sociale, depuis la période pédiatrique jusqu'au grand âge, en passant par les professionnels de la santé de la femme et de la périnatalité, les professionnels de la santé au travail, les professionnels de la santé mentale et les travailleurs sociaux notamment.
- Interventionnel : le repérage devrait toujours être actif (un « repérage-action » à l'instar de l'intervention brève inscrite et inhérente au programme du RPIB) et pragmatique. Un repérage ne peut s'entendre sans une intervention qui l'accompagne même s'il s'agit seulement d'une information de prévention telle que le rappel des situations particulièrement à risque en cas de consommation d'alcool (comme la conduite de véhicule, la grossesse, la prise de certains médicaments, la prise de décision) ou d'un conseil simple mais individualisé. Le repérage ne devrait jamais être isolé (le repérage pour le repérage). Pour être utile à la santé des personnes, il doit être interventionnel dans le sens d'actions visant la diminution du risque alcool, un tel objectif étant toujours possible quelle que soit la situation particulière d'une personne car toute modulation, même minime, d'un usage et/ou de son rapport à l'alcool peut avoir des effets bénéfiques pour la santé et la qualité de vie.

2.3.3. Les professionnels de premier recours sont les acteurs clés et privilégiés du repérage des consommations d'alcool

Les professionnels du premier recours sont des acteurs essentiels du repérage des consommations d'alcool car leur cadre d'exercice, leurs objectifs et les enjeux sanitaires qu'ils portent sont particulièrement favorables à :

- la systématisation du repérage : cette systématisation inclut tous les usagers du système de santé, toutes les circonstances de consultation, toutes les modalités d'exposition et de consommation, y compris donc les usages d'alcool à moindre risque afin de prévenir leur évolution vers un usage à risque, mais aussi les TUA puisque cela peut contribuer à l'accès aux soins des personnes le justifiant et restant encore très souvent exclues du système de santé (étant estimé que seules 8 à 15 % d'entre elles bénéficient d'un accompagnement médical adapté à leur situation (7, 73)). Naturellement, certaines circonstances ne seront pas opportunes (par exemple, l'annonce d'un diagnostic grave) et le professionnel saura alors reporter le repérage ;
- la précocité du repérage ;
- la pertinence du repérage : la pertinence repose tout spécialement sur la détection des usagers à risque « invisibles », lesquels constituent une cible doublement prioritaire. Invisibles parce que banalisant, voire masquant leurs consommations, invisibles parce que banalisés, voire

ignorés par les professionnels, invisibles parce qu'ignorant leurs risques et les possibilités de les diminuer. Ces consommateurs à risque sont pourtant ceux qui sont les plus susceptibles de tirer le maximum de bénéfices des interventions proposées quelles qu'elles soient : information sanitaire, conseil, intervention brève, entretien motivationnel et toutes autres options d'accompagnement. Sortir des usagers de leur invisibilité tout en leur apportant un bénéfice optimal est de fait particulièrement pertinent et efficient à l'échelle sanitaire autant que sociale et apporte des bénéfices individuels autant que collectifs (au regard des conséquences en termes d'interactions sociales et par effet d'émulation).

2.3.4. Oser le repérage systématique des consommations d'alcool en premier recours, sans crainte d'isolement ou de difficultés : une vision partenariale et d'équipe au bénéfice de la santé publique

La diversité des outils et des situations individuelles possibles ne doit pas faire craindre des difficultés ou une complexité dans la pratique du repérage des consommations d'alcool. Il n'y a pas une injonction formelle à l'utilisation de tel ou tel outil. Certains outils ne conviendront pas à certains acteurs, pour d'autres, ils seront déjà très habituellement utilisés. Certains professionnels revendiquent une évaluation simplement par la parole, au travers de la rencontre, sans forcément user d'outils de repérage. Tandis que pour d'autres professionnels, ces outils de repérage s'avèrent un support très utile et intégré dans leur pratique courante. Quoi qu'il en soit, fournir un panel d'outils doit permettre à chaque acteur de s'en inspirer et d'y trouver un support utile en fonction de ses modalités d'exercice, de ses besoins et de ses objectifs propres. À condition qu'il y ait un objectif commun essentiel : faire de l'alcool un sujet normal (que d'aucuns diraient « banalisé ») de santé, rendre ainsi la question alcool à la fois simple, systématique, non problématique dans le cadre de toute relation de soin.

D'autre part, si les outils de repérage reconnus (notamment ceux proposés dans ce travail : AUDIT-C – FACE – RPIB) sont un support d'étayage, en particulier sur les dimensions de quantité et d'habitude, la question alcool ne peut s'y réduire puisqu'elle doit aussi intégrer ses aspects qualitatifs, l'histoire, l'environnement, le contexte, les motivations et le comportement de la personne. À ce titre, le DSM-5 apporte une analyse de la composante comportementale essentielle à l'évaluation des consommations d'alcool (4). Les questions du DSM-5 ont l'avantage de se prêter facilement à la reformulation, ce qui enrichit la rencontre et la discussion autour du sujet sans focaliser l'échange sur les dimensions quantitatives et/ou problématiques des consommations susceptibles de générer de la défiance et des réactions défensives.

Mais une évaluation plus approfondie, selon un modèle psycho-somato-social, constitue un étayage important pour accompagner au mieux les personnes en cohérence avec la réalité de leur situation et de leurs besoins. Ce type d'intervention plus fouillée et potentiellement plus chronophage pourra conduire à des consultations dédiées supplémentaires éventuelles et dépend aussi du degré d'implication et des objectifs des acteurs du repérage. En cas de situation complexe, certains professionnels ne s'y attèleront pas (alléguant un manque de temps ou d'engagement sur le sujet ou parce qu'ils estiment que cela sort du périmètre de leurs compétences et de leurs actions) mais pourront alors déléguer cette approche psycho-sociale en orientant les personnes qui le justifient vers des professionnels qualifiés et des structures plus spécifiquement impliquées, à l'instar des microstructures médicales en addictologie (MS) ou des CSAPA. Cette possibilité de passer le relais pour un étayage plus approfondi de la situation particulière d'une personne qui le justifie, afin d'adapter au mieux l'accompagnement, doit contribuer à rassurer et encourager l'ensemble des professionnels du terrain de premier recours

à aborder la question alcool de façon automatique avec l'ensemble de leur patientèle, y compris des personnes paraissant les plus en difficulté avec leurs consommations, sans avoir à craindre un engagement solitaire, sans aide et sans soutien, dans un processus long, complexe, risqué, qui serait réputé, de façon *a priori* peu, voire pas efficace.

Le repérage des consommations d'alcool s'inscrit au sein d'une collectivité de professionnels et doit être appréhendé sous cet angle partenarial. Si aborder le sujet alcool de façon systématique, avec toute personne, permet déjà d'ouvrir et de s'ouvrir à la rencontre, enrichissant par là la relation soignante dans sa singularité, cela engendre aussi, *de facto*, de l'information à plus large périmètre car contribuant à la prise de conscience individuelle autant que collective que l'alcool est tout simplement un sujet d'intérêt pour la santé de tous (donc la santé publique). C'est aussi le préalable à un engagement possible dans un parcours de santé adapté à chaque situation individuelle et qui conduira, le cas échéant, à la sollicitation d'autant d'acteurs diversifiés que nécessaire, plus spécialisés le cas échéant, pour épauler et interagir avec l'acteur de premier recours (devant rester au cœur du parcours de chaque usager dans sa mission de suivi en proximité) afin de répondre au mieux à la diversité des situations et besoins identifiés.

2.3.5. Qu'est-ce que pourrait être un repérage en globalité et humanisé au plus près des personnes et de la réalité de leurs pratiques de consommation d'alcool

Dans une perspective de repérage en globalité, c'est-à-dire selon un modèle psycho-somato-social, dit aussi holistique (204), les questions simples auxquelles un professionnel devrait tenter de répondre pour évaluer la situation réelle d'une personne par rapport à l'alcool (qui ne peut se résumer au seul critère de quantité consommée) et ainsi apporter des conseils et proposer un accompagnement en cohérence avec les réalités concrètes et vécues par cette personne pourraient se résumer ainsi :

« Pourquoi ? »

« Comment ? »

« Combien ? »

Aucune question n'est d'emblée obligatoire. De même que leur ordre n'est pas imposé et dépendra de chaque rencontre. Seules sont prioritaires la parole donnée à la personne pour exprimer ses besoins et l'importance de créer une relation de confiance, car seules susceptibles de donner accès, par un dialogue apaisé, non jugeant et respectueux, à la réalité des « pratiques » de consommation, c'est-à-dire à tous les facteurs qui les sous-tendent. Ce n'est que sur une telle base que pourront être élaborées des propositions cohérentes, c'est-à-dire adaptées aux situations individuelles.

2.3.5.1. Créer un climat de confiance et déstigmatisant est un préalable indispensable

Pouvoir accéder à la réalité des pratiques de consommation d'alcool implique d'ouvrir le dialogue et de libérer la parole sur ce sujet encore tabou qu'est l'alcool au sein du milieu sanitaire. Pour ce faire, lutter contre les stigmatisations toujours à l'œuvre en la matière et se positionner en dehors de tout jugement sont des prérequis indispensables. Le rappeler aux usagers du système de santé autant qu'aux professionnels est important car condition *sine qua none* de la possibilité d'un climat de confiance et d'une libération de la parole sur le sujet. Mais cela n'est évidemment pas aussi simple dans

la pratique, les professionnels de santé étant eux-mêmes aux prises avec diverses représentations très ancrées autour de l'alcool. Les acteurs du repérage ne devraient ainsi pas perdre de vue que toutes leurs questions peuvent, encore aujourd'hui, être empreintes de la manière que l'on a de regarder l'alcool dans notre société. Déstigmatiser les usages pour s'intéresser aux besoins de la personne est un aspect crucial de la rencontre pour pouvoir aborder le sujet alcool. Parler d'alcool autrement, ne pas le positionner sous un angle exclusivement problématique (et bien sûr ne pas non plus le valoriser) est une étape clé dans la lutte contre les représentations stigmatisantes. Cette étape permet de déculpabiliser les personnes, de déconstruire le sentiment de honte lié au recours à l'alcool, *a fortiori* s'il s'est trouvé être une authentique solution à un moment donné de leur histoire. À partir de cette réconciliation, des stratégies alternatives tenant compte des effets recherchés, effets dont ont besoin les personnes consommant de l'alcool, peuvent être envisagées pour répondre à ces besoins en les protégeant des effets négatifs de l'alcool.

2.3.5.2. Le « pourquoi ? » à entendre au sens de « qu'est-ce que cela apporte à la personne ? »

Il ne s'agit évidemment pas de demander frontalement à une personne « Pourquoi consommez-vous de l'alcool ? » – d'autant plus que certaines personnes n'y ont jamais réfléchi, pourront avoir besoin d'un temps d'appropriation pour éclairer cette question, voire n'y répondront précisément jamais. Pourtant, tenter d'apporter des éléments de réponse à ce que cela apporte est important au regard des opportunités qui s'offrent parallèlement de trouver des alternatives et concomitamment diminuer les risques liés à l'alcool.

La question est d'autant plus importante que pour certaines personnes, il y a effectivement des raisons sous-jacentes très précises, parfaitement identifiées et éventuellement très graves (qu'elles espèrent à la fois partager et résoudre en obtenant une aide correspondante). De telles raisons peuvent être méconnues des professionnels parce qu'inavouées (par peur, honte, renoncement), justifiant d'autant plus de les détecter. Il pourra s'agir des violences faites aux femmes (qu'elles soient physiques, sexuelles, psychiques, y compris chez la femme enceinte), de l'absence de logement (les personnes sans-abris et vivant dans la rue, l'alcool n'en étant pas toujours la cause mais en étant très souvent une conséquence), d'une dépression (l'alcool ayant alors un effet thymorégulateur essentiel à l'équilibre psychique avec le risque de le perturber en agissant, sans précaution ni recul, sur les usages d'alcool).

Au-delà de ces situations extrêmes, parvenir à faire énoncer tout ce qui motive et porte les usages, particulièrement les bénéfiques attendus, est délicat mais essentiel. Ce questionnement encourage la personne à réfléchir sur elle-même et sur ce qu'elle peut rechercher par le biais de ses consommations. Autant de pistes pour agir ensuite vers une diminution de ses risques propres en identifiant des alternatives possibles à l'alcool. Il s'agit ainsi de questionner et mettre à jour :

- les effets recherchés : plaisir, relaxation, euphorie, désinhibition, ivresse, sensation de ne plus exister ou à l'inverse d'exister plus, oubli d'une situation ou d'un état... ;
- les fonctions et besoins spécifiques : antalgique, anesthésiant, anxiolytique, relaxant, anti-dépresseur, soporifique, socialisant...

Parmi les outils élaborés et déployés par les acteurs de la RdRD en matière d'alcool (76), un panel de questions visant à aider les personnes à fournir un maximum d'éléments de réponse à la question de ce qu'elles peuvent rechercher (consciemment ou pas) avec l'alcool, tout en tenant compte des

problèmes éventuels de littératie, a été développé et inclut la liste, non exhaustive, de propositions de réponses suivantes :

- S'endormir
- Calmer une douleur
- Apaiser une souffrance morale
- Être moins timide
- Être en forme
- Être joyeux
- Se récompenser
- S'aider à gérer des problèmes
- Se détendre
- Faire la fête
- Réussir à sortir
- Oublier
- Se donner du courage

En fonction des réponses obtenues, des propositions alternatives à l'alcool pourront alors être travaillées pour apaiser la souffrance psychique, favoriser l'endormissement, soulager des douleurs, de l'anxiété, de la tristesse, de l'inhibition sociale sans en passer par l'alcool (et ses inconvénients) comme seule option.

En miroir de ce que l'alcool peut apporter et permettre, il est aussi important de questionner ce dont cela prive, ce que cela empêche de faire afin d'envisager et élaborer toutes les propositions alternatives possibles afin de diminuer autant les risques que les inconvénients liés à l'alcool mais sans négliger ni perdre les bénéfices recherchés.

Parmi les exemples d'inconvénients et retentissements négatifs de l'alcool en termes d'impacts sur la santé et la qualité de vie des personnes et de leur entourage, on peut citer :

- perte de certaines relations amicales ;
- gueule de bois ;
- moindres performances sexuelles ;
- disputes et conflits en famille ou en société.

Cette évaluation en parallèle, qui est une mise en balance des effets positifs et des effets négatifs de l'alcool avec en miroir des stratégies alternatives, vis-à-vis de l'un et l'autre de ces effets, favorise la prise de conscience et l'évolution des comportements. Elle renvoie directement aux principes de la balance décisionnelle et de l'entretien motivationnel qui font partie des axes importants d'accompagnement des personnes consommant de l'alcool.

Au total, accéder au maximum de ces données, les appréhender et les intégrer pleinement à l'évaluation des consommations d'alcool d'une personne permettra d'envisager toute une palette de solutions possibles visant à répondre au mieux à ses besoins au titre de propositions alternatives à l'usage d'alcool comme seule option, ou du moins à ses usages nocifs.

2.3.5.3. Le « comment ? » au sens des modalités qualitatives ainsi que des facteurs contextuels, situationnels et environnementaux des consommations d'alcool

L'analyse des modalités de consommation ajoutée à celle du terrain (antécédents, comorbidités, vulnérabilités, ressources internes), du contexte et de l'environnement de leur survenue constituent une évaluation qualitative essentielle pour accéder à la réalité des pratiques de consommation et des risques qui y sont associés afin d'accompagner au mieux chaque personne.

Terrain, environnement, contexte des consommations d'alcool

D'emblée, les vulnérabilités et les ressources internes de la personne peuvent conditionner de façon déterminante le niveau de risque encouru, comme illustré à l'extrême par l'exposition fœtale. Leur évaluation est donc essentielle afin d'apprécier au mieux chaque situation individuelle et adapter l'accompagnement en conséquence.

Parmi ces facteurs :

- le genre, au regard de la vulnérabilité physiologique, du tabou amplifié, de la discrimination sociale aggravée à l'égard des femmes consommant de l'alcool ;
- l'âge, du fait d'une vulnérabilité à l'alcool accentuée aux âges extrêmes de la vie, en particulier en termes de toxicité neurologique ;
- les comorbidités (actuelles ou séquellaires), qu'elles soient somatiques (hépatopathie ou affection neurologique de base exposant à une susceptibilité amplifiée aux effets toxiques de l'alcool sur ces organes), psychiques (une fragilité psychique du fait d'une affection psychiatrique ou d'un psycho-traumatisme même très ancien), sociales ;
- les stratégies déjà mobilisées par les personnes, en autonomie et/ou dans le cadre d'un tissu relationnel, pour réduire leurs risques.

Si une évaluation historique de la situation de la personne (ancienneté et évolution de l'usage, circonstances de survenue et d'évolution de l'usage, antécédents personnels à l'échelle somatique, psychique, sociale, antécédents familiaux) est importante, cette réalité renvoie aussi à la quotidienneté des pratiques (plutôt qu'aux situations exceptionnelles), au contexte actuel de vie de la personne (affectif, familial, professionnel, social, économique, juridique...), de même qu'à son environnement effectif (familial, amical, professionnel, culturel, d'habitat).

Aspects qualitatifs des consommations d'alcool

Ainsi, en tenant compte des déterminants précédemment évoqués, il s'agit idéalement de pouvoir éclairer d'un point de vue qualitatif une journée de consommation type, de même qu'un week-end (incluant le vendredi soir) de consommation type, c'est-à-dire tels que ces journées et ces week-ends se présentent dans la vie habituelle et « en cours » de la personne.

Cette mise à jour de l'organisation des consommations, de leurs contextes ainsi que des manières de boire constitue autant d'axes d'actions possibles pour en diminuer les risques, parmi lesquels :

- fréquence, rythme et intensité : usage quotidien, voire pluriquotidien, avec ou sans intermittence pour ce qui relève de l'usage à risque chronique et qui peut être associé à un usage à risque ponctuel, particulièrement le *binge drinking* impliquant des absorptions massives et très rapides d'alcool ;

- l'usage à risque ponctuel peut être exclusif, particulièrement chez les plus jeunes et dans ce cas, il fait interroger les occurrences et conditions des *binge drinkings* et plus généralement le type d'ivresse recherchée (recherche de « défonce », de *blackout*) ;
- usage solitaire ou en société (y compris au sein de la cellule familiale) et socialisé ;
- intégré à des habitudes de vie, éventuellement sous l'effet d'automatismes (par tradition, coutume) ;
- de façon ritualisée : selon une organisation (notamment lieu, horaire, ambiance et tous autres éléments contribuant à une organisation voulue et systématiquement reproduite par la personne) qui structure, rassure, contribue au plaisir et se révèle source de déséquilibre et d'inquiétude, parfois forte, si elle est rompue ;
- dans un contexte ou des circonstances particulières : tradition familiale, situation festive, milieu professionnel, contexte en lien avec le sport (205-207), violences intra-familiales et conjugales, psycho-traumatisme (y compris infantile), rupture, deuil, chômage, isolement, pathologie duelle (179) (polyaddiction et/ou association à une souffrance psychique et/ou maladie psychiatrique) ;
- en polyconsommation : avec d'autres substances psychoactives, dont des médicaments ;
- de façon addictive : TUA et son degré (à définir selon les critères du DSM-5) avec les dimensions de pensée obsédante liée à l'alcool ainsi que d'impériosité, voire de contrainte physique absolue à boire (*craving*) ;
- même sans TUA, les critères du DSM-5 apportent une évaluation comportementale souvent éclairante pour le professionnel autant que pour la personne quant à sa manière de consommer et les aspects de comportement sur lesquels il serait possible de réfléchir afin de les moduler.

2.3.5.4. Le « combien ? » au sens des quantités et de la fréquence des consommations d'alcool

Le « combien » est très important puisque la quantité consommée est directement et proportionnellement reliée à la mortalité attribuée à l'alcool (22) et parce que seule une réduction du niveau global de consommation de la population peut conduire à une réduction de la morbi-mortalité globale.

En dépit des outils simples, validés et efficaces proposés à cet effet (entre autres AUDIT-C et FACE) (se référer au chapitre 1.7.2), la question de la quantité consommée ne peut être posée frontalement et isolément sans risquer de perdre son sens et de braquer la personne en clôturant toute possibilité de discussion authentique et d'accompagnement. Ainsi, aborder cette question doit se faire dans le cadre d'une relation de confiance, avec prudence et tact, de façon opportune et sans culpabiliser. Aborder d'abord certains aspects qualitatifs des usages d'alcool peut contribuer à déculpabiliser (de même que dédramatiser et déconflictualiser cette question de la quantité) et à favoriser la confiance (en mettant d'emblée en avant que les modalités d'accompagnement ne se réduisent pas uniquement à la réduction ou à l'arrêt des consommations).

La question du « combien ? » peut aussi ne pas être d'emblée priorisée au profit d'une mise en confiance relationnelle et d'une écoute privilégiant d'abord les besoins propres de la personne tels qu'elle les perçoit, les exprime et les vit concrètement. C'est ainsi qu'accueillir avec attention et contribuer à régler activement certaines questions présentées comme plus directement et immédiatement problématiques pour la personne (logement, emploi, violences subies, mal-être au travail, anxiété sociale...) pourra conduire à une réduction du risque alcool alors même que le sujet alcool n'a pas été priorisé, éventuellement même n'a pu être encore abordé.

Quoi qu'il en soit, lorsque cela est possible (c'est-à-dire bien accepté par la personne), la quantité d'alcool consommée est un paramètre concret et factuel très important. Il contribue à la prise de conscience (nombre de personnes s'étonnant de leurs propres consommations) et à la réflexion même si le chiffrage précis reste souvent difficile, parfois impossible (au gré des aléas de mémorisation et de minimisation des usages).

En pratique, conformément aux modalités de repérage précédemment développées (se référer aux chapitres 1.3.7 et 1.7.2), il s'agit, sur la base de l'unité de mesure du verre standard d'alcool (1 VS = 10 g d'alcool pur), ce qui implique de bien interroger le type d'alcool et les quantités par verre, de quantifier :

- le nombre de VS par jour et par semaine (incluant le week-end et les jours de forte consommation) ainsi que le nombre de jours d'abstinence à visée d'évaluation comparative par rapport aux repères de consommation d'alcool à moindre risque, ainsi que de suivi évolutif (y compris auto-géré) ;
- les occurrences de *binge drinkings* (soit au moins 6 VS de façon très rapide, soit moins de 2 heures) en précisant les trous noirs, les accès de *blackout* et les pertes de connaissance.

Si le verre standard est un bon outil de chiffrage, il n'en demeure pas moins qu'être au plus près de la réalité des usages implique de s'adapter à la manière dont chacun consomme et s'évalue, en veillant à ne pas susciter de réaction défensive. Le verre standard est de fait souvent très différent du « verre maison » et il peut aussi différer du « verre restaurant » ou du « verre bar ». Il faudra alors les quantifier comme tels, ainsi que le cas échéant le nombre de bouteilles (notamment en cas de *binge drinking*) en considérant le nombre de VS par bouteille, en précisant au mieux le type d'alcool, son degré d'alcoolémie et les quantités.

Pour autant, un regard sur les seules quantités (et, en conséquence, le suivi et l'accompagnement qui pourraient en résulter) est réducteur car il ne peut suffire, à lui seul, à rendre compte de la réalité d'une personne quant à son exposition à l'alcool, particulièrement en termes de vulnérabilité et de rapport bénéfices/risques des usages d'alcool. Il faut donc toujours l'enrichir d'un questionnement sur les effets recherchés, les besoins, les dommages éventuels et les pratiques de consommation (dans toutes leurs modalités qualitatives et situationnelles), dans le cadre d'une relation de confiance et en tenant compte de l'histoire de la personne, de son environnement et du contexte.

2.3.5.5. Un repérage ouvrant au dialogue par-delà le sujet alcool

Le repérage des consommations d'alcool est une opportunité relationnelle, de rencontre et d'échange par laquelle, au-delà de la seule question alcool, nombre d'autres questions importantes en termes de santé et de qualité de vie de la personne (en lien direct ou indirect avec l'alcool) peuvent trouver une écoute, un écho et une orientation vers des propositions d'aide et d'accompagnement.

Le sujet alcool permet ainsi d'ouvrir et d'offrir un espace de parole pour le dévoilement et l'expression d'autres questions majeures pour la santé et l'équilibre de la personne, certaines pouvant expliquer à elles seules des consommations problématiques :

- souffrance psychique (deuil, rupture et isolement affectifs...) ;
- violences subies, en particulier violences faites aux femmes ;
- difficultés relationnelles ;
- précarité sociale ;
- affection mentale ;
- déracinement culturel ;

- souffrance au travail ;
- absence de logement.

S'emparer aussi de ces questions est nécessaire car leur prise en compte permettra d'assurer un accompagnement global, adapté aux réalités et besoins des personnes, sans lequel toute action visant les usages d'alcool serait irrecevable et vouée à l'échec.

2.4. Accompagner toutes les personnes exposées à l'alcool afin de diminuer le risque alcool à l'échelle individuelle autant que collective

Toute personne peut diminuer son risque alcool, bénéficier des avantages qui en résultent en termes d'amélioration de sa qualité de vie (affectant toutes les dimensions de l'existence, notamment sanitaire, sociale, relationnelle, économique) et de celle de son entourage, et pour ce faire – si elle y consent – être accompagnée en ce sens dans le respect de ses choix et priorités.

2.4.1. Normaliser et diffuser une démarche visant à diminuer le risque alcool à l'échelle individuelle autant que collective

2.4.1.1. Diminuer le risque alcool est toujours possible, quelles que soient les modalités de consommation et les situations particulières à chaque personne

Si tous les consommateurs d'alcool n'ont, bien sûr, pas besoin d'une prise en charge médicale de leurs usages, tous peuvent bénéficier des principes et interventions visant à diminuer leur risque alcool. Accompagner n'est pas traiter une maladie mais correspond à une dynamique visant la préservation de la santé et l'amélioration de la qualité de vie.

De même qu'il n'y a pas certaines personnes qui prendraient des risques et d'autres qui n'en prendraient pas (malgré des degrés hautement variables de risque propres aux usages de chacun et non exclusivement déterminés par les quantités consommées), diminuer le risque alcool n'est pas une opportunité qui ne concernerait que certains usagers et certaines modalités d'usage d'alcool. Tous les usagers du système de santé peuvent en bénéficier, pour eux-mêmes et pour leur entourage, et plus généralement, pour la société en son ensemble par le biais des impacts sanitaires, sociaux, économiques, judiciaires.

Si chacun peut donc diminuer son risque alcool et bénéficier d'un accompagnement à cet effet, c'est à condition d'en avoir repéré les déterminants et d'avoir défini ses objectifs propres. Sortir les personnes de l'ignorance de leurs risques par le repérage et l'information qui en découle est bien un préalable essentiel et incontournable à l'efficacité des interventions vers lesquelles ils pourront alors s'orienter.

2.4.1.2. L'intérêt croissant pour l'approche RdRD en matière d'alcool répond à une demande sociétale d'accompagnement

La société civile s'empare de façon croissante des opportunités et alternatives offertes par la RdRD en matière d'alcool. L'insuffisance (dont le défaut d'accessibilité) et les échecs de l'offre sanitaire en matière d'alcool, par ailleurs pas toujours acceptée, voire clairement boudée par les consommateurs

d'alcool, suscitent un appel et une ouverture en dehors du soin et du sanitaire strict. Les personnes se saisissent ainsi de tous les espaces dédiés (y compris numériques) leur permettant de questionner leurs propres pratiques de consommation d'alcool ainsi que les moyens d'en reprendre le contrôle et d'en réduire les désagréments, dont celui de l'accoutumance. L'approche RdRD en matière d'alcool se trouve manifestement en adéquation avec les attentes sociétales en matière de regard sur les usages, d'accueil des usagers, d'information, d'approche analytique des comportements (dans le respect et sans jugement des logiques qui les sous-tendent), de propositions pragmatiques du fait de leur cohérence avec les réalités vécues, les besoins spécifiques, ainsi que les choix et les ressources des personnes.

Bien que partiellement connue et appliquée de façon hétérogène par les acteurs de santé (parfois sans le savoir), la RdRD en matière d'alcool bénéficie d'un intérêt et d'une reconnaissance allant croissant au niveau des institutions sanitaires comme en témoignent notamment :

- l'expertise collective de l'INSERM portant sur la réduction des dommages associés à la consommation d'alcool parue en 2021 (7) ;
- le rapport du Fonds Actions Addictions sur la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool paru en 2021, soutenu et financé par la DGS et la MILDECA (72) ;
- la priorité numéro 7 du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 ciblant l'amélioration de l'offre en matière de réduction des risques et des dommages (36) et les actions et publications de la MILDECA en la matière (167) ;
- le rapport d'orientation et les recommandations issus de l'audition publique portant sur la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives tenue en 2016 et soutenue institutionnellement par la DGS et la MILDECA (73, 74) ;
- les recommandations de bonne pratique produites par la HAS (et antérieurement l'ANESM) en matière de prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) (déclinant les 4 secteurs : personnes âgées, handicap, protection de l'enfance, inclusion, ces recommandations ayant été publiées en 2023) (32-35), par les CSAPA (recommandation publiée en 2020) (30) et par les CARUUD (recommandation publiée en 2017) (31).

2.4.1.3. La RdRD en matière d'alcool apporte un regard rénové sur les usages d'alcool et les usagers du système de santé face à l'alcool

Si l'approche sanitaire n'a pas l'exclusivité de pouvoir diminuer le risque alcool, la RdRD n'en a pas non plus l'apanage. Si l'intérêt de la RdRD est d'offrir aux professionnels et aux usagers un panel d'options très diversifiées et considérées comme alternatives (en réalité complémentaires) car se distinguant des prises en charge sanitaires traditionnellement préconisées jusque-là en alcoologie et addictologie (particulièrement du projet idéalisé de sevrage-abstinence trop souvent source d'échec, de découragement et de renoncement), les experts du présent groupe de travail (comme d'autres experts avant eux (72)) reconnaissent que les frontières délimitant le cadre conceptuel, les outils, les actions, les publics ciblés sont imprécises et finalement poreuses aux modalités dites classiques d'accompagnement sanitaire. De fait, tout acteur concerné par la question alcool vise la diminution du risque alcool, constituant en cela un objectif commun, indépendamment de la manière d'y parvenir (que ce soit par l'information, le repérage, les innombrables options visant à moduler l'usage, la gestion de comorbidités, le soutien social...). Il est aussi un fait que certaines actions sont communes (à l'instar du conseil universellement partagé de réduction des quantités consommées), quel soit le type d'acteur

et de structure. C'est ainsi que ce qui relève d'un des principes fondateurs de la RdRD, à savoir le « faire avec » l'usage (autrement dit, le respect et le maintien de l'usage), est aussi couramment pratiqué dans les services d'addictologie, de psychiatrie et les SAU notamment. Il s'agit par là d'éviter les sevrages accidentels et intempestifs à haut risque neurotoxique, voire de léthalité pour les personnes en situation de TUA, mais aussi de prévenir une décompensation psychique en cas d'usage thérapeutique d'alcool.

C'est précisément en ce sens, celui d'un objectif commun à tous, impliquant aussi une interaction efficace entre les différents acteurs impliqués (quelles que soient leurs spécificités), que le présent GT a posé et travaillé la dimension d'accompagnement en premier recours des consommations d'alcool dans une démarche ouvrant (et offrant) à ces professionnels partenaires la possibilité d'investir toutes modalités et interventions possibles susceptibles de diminuer le risque alcool. Plutôt donc que d'identifier des interventions bien particulières susceptibles de distinguer clairement la RdRD en matière d'alcool de ce qui ne le serait pas, ou bien d'extraire certaines interventions qui relèveraient de tel professionnel (par exemple de l'addictologie) et pas de tel autre, il semblait préférable de respecter cette imprécision dans la spécification des interventions, toutes convergeant de fait vers le même objectif de diminution du risque alcool. Pour autant, si la RdRD en matière d'alcool a une spécificité, peut-être est-ce celle d'apporter un nouveau regard sur les usages d'alcool et les personnes, et donc de proposer un autre type d'accueil (au minimum parce qu'il se voit libéré du paradigme médical exclusif, du pathologisant autant que du moralisant).

S'il s'agit d'une autre manière (dont tout professionnel peut s'emparer) d'accueillir les personnes avec leurs consommations, il s'agit aussi de se tourner (littéralement) vers la personne elle-même. L'*empowerment* et l'autonomie doivent ainsi toujours rester pleinement à l'esprit des professionnels pour que leurs propositions d'accompagnement soient en cohérence avec ces principes. Les conclusions de l'expertise collective de l'INSERM parue en 2021 illustrent cette évolution : « L'usager est acteur de sa santé, et détermine avec l'accompagnant (bénévole ou professionnel) une hiérarchie des risques et un « tempo » des propositions d'aide ou thérapeutiques, permettant au mieux une prise en charge dans la durée » (7).

La RdRD en matière d'alcool n'est donc pas réservée à des acteurs spécialisés (à l'instar des acteurs de la RdRD en lien avec l'usage d'opiacés et assurant notamment la prescription de TSO). Tous les professionnels, particulièrement dans le cadre du premier recours, peuvent être acteurs de la RdRD en matière d'alcool à condition de choisir la méthode et les conditions les plus adaptées à leurs pratiques (77). L'expertise collective de l'INSERM parue en 2021 sur le sujet illustre l'importance de l'engagement de tous, mais surtout aussi que cette démarche est à la portée de tous les acteurs en dépit de leurs spécificités, car chaque pas d'accompagnement (qui est un co-cheminement), chaque pas, aussi petit soit-il, compte : « Ces outils d'intervention sur la consommation, déclinés selon le type de professionnels et les lieux de consultation, tendent à favoriser une utilisation moins nocive de la substance. Cela passe par un accompagnement réfléchi des consommations, en utilisant de multiples possibilités d'engagements réciproques, de contrats, d'objectifs gradués, de « petits pas », le tout tendant vers une baisse de la quantité totale d'alcool consommée » (7).

2.4.1.4. Le « faire avec » les consommations d'alcool comme condition et garantie du lien avec les usagers du système de santé sur le sujet alcool

Face à un usage problématique d'alcool, l'arrêt des consommations d'alcool n'est pas la seule solution pour aller mieux. Le « faire avec », sans intention préalable de changement, est un des principes fondateurs de la démarche de type RdRD en matière d'alcool. L'expertise collective de l'INSERM publiée

en 2021 sur le sujet le souligne : « Il s'agit alors de reconnaître les usages quels qu'ils soient pour renouer du lien, de co-définir des objectifs sans restriction avec l'usager. Ces pratiques permettent de restaurer le lien rompu entre une offre d'aide et de soin trop exigeante et des publics qui s'en sentent exclus ou qui refusent d'y avoir recours. « Renouer le lien, c'est déjà soigner » et c'est la condition essentielle pour favoriser l'émergence d'une demande d'aide librement formulée et non contrainte » (7).

En dépit de la frustration possible pour le soignant, « faire avec » est déjà un accompagnement jusque dans les situations les plus complexes d'usage nocif d'alcool, comme ici illustré : « Aider à la survie, c'est-à-dire faire le choix parfois difficile de fixer des objectifs extrêmement modestes et rarement valorisants pour le soignant qui consistent à accompagner l'usager dans des surconsommations sans imposer de changement mais en instaurant les conditions de sa possible survenue » (166).

Mais ce « faire avec » est valable quel que soit le type d'usage d'alcool. Bien que visant à son origine le trouble de l'usage de substance, le « faire avec » les consommations d'alcool n'est pas exclusivement réservé au TUA mais peut concerner toute modalité d'usage, particulièrement la situation d'alcoolisation festive ou l'usage excessif chronique sans TUA. Au-delà encore, « faire avec » concerne toutes les personnes, y compris celles qui ne se trouvent pas en difficulté avec leurs consommations, ou du moins ne pensent pas l'être. Car « faire avec » n'est pas ne rien faire mais consiste, bien au contraire, à accompagner une potentialité de changement – cette potentialité étant donc, par définition, toujours possible, toujours présente. « Faire avec » est, en effet, déjà en soi une offre d'accompagnement qui vise une meilleure gestion des consommations, un « aller mieux » avec ses consommations, une amélioration de la qualité de vie dans la réalité même des usages et qui est donc une forme de rétablissement²².

2.4.2. Accompagner la motivation et l'engagement des personnes comme préalable à tout changement de comportement vis-à-vis de l'alcool

L'évaluation et le renforcement de la motivation font naturellement partie du repérage et de l'accompagnement. La motivation est à la fois le premier enjeu essentiel du changement et le levier qui permettra d'encourager et engager la personne vers un agir différemment. Travailler sur la part motivationnelle comme tremplin pour un engagement consenti et effectif de la personne vers des modulations comportementales (même modestes) est de fait incontournable (171, 193).

Pour ce faire, les acteurs de premier recours disposent d'outils qui les aideront à reconnaître, analyser, soutenir la motivation et l'engagement de leurs patients vers une diminution de leur risque alcool. Selon la situation de la personne et les habitudes du professionnel, le travail sur la motivation pourra être effectué au travers de l'intervention brève ou plus en profondeur par une approche motivationnelle (147, 193, 198).

Ce n'est que si les modulations comportementales proposées ne suscitent pas de difficulté et/ou de résistance (rendant ainsi la composante motivationnelle moins déterminante) que l'intervention brève pourra être adaptée et consister en un conseil libre et personnalisé en complément des informations sanitaires générales.

²² Le concept de rétablissement est inscrit dans le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035315389>

Nous reprenons ici l'intervention brève et l'approche motivationnelle comme modalités d'accompagnement en premier recours de la motivation des usagers à agir en faveur de tout changement qui leur serait favorable.

2.4.2.1. L'intervention brève

L'intervention brève, partie intégrante du RPIB conçue et promue par l'OMS depuis plus de 20 ans, fait déjà l'objet d'une recommandation de la HAS produite en 2014 et actualisée en 2021 (29). Sur cette base et les éléments précédemment développés (se référer au chapitre 1.7.3), nous ne reprenons ici que certains axes forts pour les approfondir, les renforcer et éventuellement y apporter des ajouts et précisions en termes de modalités d'intervention visant la diminution du risque alcool.

L'intervention brève repose sur une structuration bien précise, la liste d'actions à produire étant résumée grâce au schéma mnémotechnique « FRAMES » suivant :

- *Feed-back* : restituer les résultats de l'évaluation ;
- *Responsability* : responsabiliser (le choix du changement appartient toujours au patient) ;
- *Advice* : conseiller ;
- *Menu* : évoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation ;
- *Empathy* : le thérapeute fait preuve d'empathie ;
- *Self efficacy* : laisser le patient acteur de son changement.

Ce schéma met en valeur les dimensions essentielles qui contribuent à la qualité d'une relation de soin pérenne basée sur la confiance réciproque, le respect de la personne, la reconnaissance des compétences et des savoirs expérientiels : information claire et juste, respect de l'autonomie de la personne, valorisation de l'auto-efficacité, accompagnement. Plus particulièrement, savoir donner la parole à quelqu'un qui a éventuellement un problème d'alcool, c'est être en mesure d'entendre sa réponse et de faire quelque chose de positif qui va l'accompagner, l'aider. Un tel échange ne peut être efficace que s'il est effectué sans jugement et de façon collaborative et informative.

Nous rappelons aussi que la restitution de l'évaluation repose d'une part sur les résultats des questionnaires AUDIT-C et/ou FACE, lesquels fournissent des éléments très formels et concrets, particulièrement en termes de quantités consommées (ce qui implique de toujours s'assurer de ne pas générer de réaction défensive et de la bonne compréhension du verre standard), mais ne peut s'y réduire. En effet, cette restitution doit également intégrer les aspects qualitatifs des usages ainsi que l'éclairage psycho-somato-social car ils constituent, tout autant que les aspects quantitatifs des usages, des axes d'intervention possibles et parfois prioritaires pour accompagner de façon individualisée et adaptée à la réalité des pratiques et des besoins les personnes (204).

Cette intervention brève vise à permettre une discussion qui interroge autant sur les aspects positifs que moins positifs de l'alcool. Opter pour une méthode de *feed-back* permet à l'utilisateur lui-même de se positionner par rapport à sa propre consommation d'alcool et de questionner l'équilibre entre les bénéfices et les inconvénients de cet usage, contribuant en cela au sentiment d'auto-efficacité et à ses effets d'émulation positive et d'*empowerment*.

L'intervention brève est praticable par tout soignant qui y a été formé. Ses modalités sont aisées à acquérir et immédiatement transposables dans la pratique quotidienne. Enfin et comme son intitulé l'indique, elle ne devrait pas excéder 5 à 10 minutes (au regard du constat de l'absence de supériorité des interventions prolongées) (155, 203, 208).

2.4.2.2. L'approche motivationnelle

L'approche motivationnelle est une modalité d'intervention proposée dans les situations où une personne est ambivalente face à un changement de comportement donné alors que le maintien de ce comportement a déjà, ou pourrait avoir, des conséquences importantes sur sa santé ou sa situation sociale (171). L'approche motivationnelle inclut d'une part l'entretien motivationnel (170, 209), mais aussi l'échelle numérique verbale (ENV), le modèle trans-théorique du changement (MTT) et la balance décisionnelle (BD) (210-212) (se référer aussi à l'Annexe 12).

Un accompagnement selon le modèle de l'approche motivationnelle visant quelque changement de comportement favorable à la personne que ce soit (et donc pas exclusivement le sevrage et l'abstinence) relève des professionnels de premier recours formés spécifiquement (52) tout autant que de professionnels de recours ultérieurs et qualifiés (que ce soit en addictologie ou santé mentale). Ce n'est que si un professionnel de premier recours ne se sent pas suffisamment investi – au-delà du minimum requis incluant au mieux le RPIB et à défaut le repérage assorti d'une information sanitaire générale et de conseils individualisés – ou compétent pour ce type d'intervention qu'il pourra confier son patient à cet effet. Cette prise de relais par un autre professionnel vise à ne laisser aucune personne sur le bord de la route, sans réponse ni accompagnement adapté à ses besoins. Il pourra s'agir d'un relais auprès d'un confrère de premier recours compétent et appétant en addictologie, particulièrement dans le cadre d'une microstructure, ou d'une orientation vers un recours ultérieur de soins comme un CSAPA.

Le modèle trans-théorique du changement selon Prochaska et de Di Clemente ou stades motivationnels du changement de comportement

Le cycle de Prochaska et de Di Clemente (213) décrit les différents stades du changement de comportement. Il permet ainsi de déterminer la situation de la personne (à quel stade elle se situe) quant à ses intentions, sa préparation et ses actions éventuelles afin de l'aider à évoluer dans ce cycle (atteindre les étapes ultérieures) et à y maintenir les positions déjà acquises. Il s'agit d'abord et avant tout d'aller vers une conscientisation de sa situation vis-à-vis de l'alcool, puis progressivement d'évoluer vers une volonté de changement, en dépit de l'ambivalence – l'ambivalence étant un phénomène, et un ressenti, à la fois classique et normal, et ne devant donc pas être vécu comme un frein (210). Ultiment, il s'agit d'aboutir à une mise en application effective d'un projet de changement élaboré par la personne elle-même avec le soutien du professionnel accompagnant.

Il faut noter qu'il ne s'agit pas nécessairement d'un processus linéaire puisqu'il arrive que des personnes sautent des étapes, reculent puis rebondissent de nouveau. Connaître l'étape où se situe la personne permet de l'aider avec des conseils, des astuces, des arguments explicatifs, des manifestations de soutien adapté.

Les différentes étapes dans un changement de comportement sont les suivantes (214).

- La pré-intention (pré-contemplation) : c'est une phase de déni des problèmes liés aux consommations. La personne ne pense pas avoir de problème avec ses consommations et n'envisage pas de changer son comportement dans les prochains mois dans la mesure où elle n'en retient que les bénéfices. Les raisons de cette situation sont variées : le manque d'information, le manque de confiance en soi, les échecs antérieurs, la peur des conséquences, le choix d'autres priorités.

- L'intention (contemplation) : la personne envisage de modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche mais elle hésite encore à renoncer aux bénéfices de sa situation. Elle pèse le pour et le contre. C'est à ce stade que se manifeste l'ambivalence mais c'est aussi à ce moment-là que l'on peut la motiver et la conseiller. C'est là qu'intervient la balance décisionnelle qui conduit à peser le pour et le contre d'un changement de comportement par rapport au maintien de la situation actuelle.
- La préparation (décision) : la personne a pris la décision et se prépare au changement (mise en place des conditions de réalisation de la décision). Elle se sent prête à agir, elle se sent en capacité d'y parvenir, ce qui lui permet de s'engager activement dans le changement de comportement voulu. Elle demande conseil, recherche des informations, met en place les conditions pour être en mesure de passer à l'action, informe ses proches.
- L'action : c'est une période de plusieurs mois (environ 6 mois) au cours de laquelle le changement est engagé. La personne modifie ses habitudes et son style de vie selon la stratégie choisie. Cela lui demande beaucoup d'attention et d'énergie au quotidien. Les difficultés peuvent être importantes. Le soutien et l'encouragement sont nécessaires. Il faut s'assurer qu'elle est toujours régulièrement suivie, au moins par son médecin traitant et selon les besoins aussi par d'autres professionnels : addictologue et professionnel de la santé mentale notamment, tel que psychologue.
- Le maintien (consolidation) : il s'agit à ce stade d'éviter le retour au comportement problématique (situation improprement et péjorativement qualifiée de rechute). Même si l'effort à fournir est moins intense, y compris parce que la personne a davantage confiance en ses capacités, il faut rester prudent au regard des nombreuses tentations et parce qu'il peut persister un état de vulnérabilité si ce n'est réelle, du moins potentielle.
- La résolution : cette phase est en réalité complexe puisqu'elle inclut toujours la possibilité de rechute (ce en quoi peut-être faudrait-il lui préférer la phase préalable du « maintien »). Cette étape inclut donc :
 - la rechute ou le retour au comportement antérieur est toujours possible. Elle ne doit pas être interprétée comme un échec ou une situation pathologique car elle fait partie du processus normal de changement (lequel peut prendre du temps) et à ce titre, elle peut aussi être considérée comme nécessaire à la réussite du projet final ;
 - la résolution serait le moment où la personne n'a plus la tentation (et en est convaincue) de revenir au comportement antérieur, même quand elle est stressée, anxieuse, déprimée ou en colère. Situation plutôt considérée comme un idéal, il est plus réaliste de valoriser l'objectif de maintien sans rechutes ou du moins aussi peu que possible.

L'échelle numérique verbale

L'échelle numérique verbale (ENV) est utilisée comme un outil de travail de l'entretien motivationnel. Il s'agit d'un outil simple et naturel en situation de consultation. L'ENV permettant d'évaluer l'importance et la confiance dans le changement quant à ses usages d'alcool.

On demande à la personne à quel niveau elle situe l'importance qu'elle accorde au fait d'agir sur ses consommations d'alcool, entre 0 (pour aucune importance) et 10 (pour importance maximale). Et on fait de même pour la confiance, en lui demandant à quel niveau elle situe sa confiance dans sa possibilité d'agir sur ses consommations d'alcool. Ainsi, si la confiance dans les chances de diminuer ses consommations est à 4, on relance en demandant : « Pourquoi 4 et pourquoi pas 0 ? », ce qui amène la personne à évoquer en quoi elle a déjà un peu confiance (ce qui contribue à renforcer de la confiance). Puis on reformule, on relance par exemple en proposant : « Oui, et encore ? » Puis, après un silence, on lui demande : « Et d'après vous, qu'est-ce qui pourrait amener votre confiance à monter vers le 10 ? », ce qui permet à la personne d'évoquer ses solutions. On fait de même avec l'importance.

La balance décisionnelle comme outil de dialogue avec la personne

La balance décisionnelle est une méthode très utile pour accompagner les personnes vers des changements progressifs de comportement dans le respect de leurs choix et de leur temporalité. Elle permet la discussion en favorisant la prise de conscience et l'acceptation des alternatives possibles à l'alcool, tout en permettant un suivi sur la base de l'évolution du stade motivationnel. Elle est étroitement liée et même partie intégrante de l'entretien motivationnel dont l'objectif n'est pas le sevrage exclusif mais tout changement qui s'avérerait favorable à la personne.

La balance décisionnelle est un outil de synthèse dynamique qui permet, à un instant t, de faire émerger, sinon révéler, les principales motivations, mais aussi les freins qui inhibent l'action du patient dans son processus de décision et de changement. Connue sous le terme d'ambivalence, ce conflit entre le maintien d'un *statu quo* et le désir de changement, avec sa part d'inconnu, génère le plus souvent inquiétudes et tensions. Reconnaître avec le patient cette ambivalence, c'est lui permettre d'accéder aux forces à l'œuvre dans ce qui l'empêche d'avancer vers le soin.

Cet outil s'insère naturellement dans les échanges entre le praticien et son patient. En amont du soin, il permet de révéler cette ambivalence et d'identifier les facteurs inhibants afin d'y apporter les réponses thérapeutiques adéquates et de valoriser les ressources et les objectifs du patient. Il permet ainsi, lors de prochaines rencontres, de mesurer les effets des actions engagées en réévaluant les motivations et les freins.

Il s'agit de conduire l'entretien en posant des questions ouvertes et sans jugement afin de comprendre les bénéfices et les dommages perçus par les patients à modifier ou pas leurs consommations (211). Les réponses à ces questions peuvent être formalisées dans un tableau qui synthétise et explicite l'ambivalence du patient (Annexe 12).

Cette balance décisionnelle peut s'appréhender d'un point de vue temporel, en trois temps distincts (temps présent *versus* temps différé à court puis à long terme).

- D'une part, les causes et les effets des consommations d'alcool : Pourquoi consommer ? À quoi cela me sert ? Quels en sont les bénéfices ? Quels en sont les inconvénients ?
- D'autre part, lors du processus d'accompagnement, les mêmes questions sont posées mais elles s'inversent et se mettent en balance afin de mettre en lumière, de façon explicite, l'ambivalence du patient entre changer de comportement (et ses effets à court et à long terme) ou ne rien changer (le *statu quo*) :
 - Quels seraient les bénéfices à continuer de boire, sans aucun changement ?

Versus

Quels seraient les bénéfices (à court et à long terme) à introduire du changement dans vos consommations d'alcool ?

- Quels seraient les inconvénients (à court et à long terme) à introduire du changement dans vos consommations d'alcool (arrêt, diminution ou toute autre modification) ?

Versus

Quels seraient les inconvénients à ne rien changer dans mes consommations d'alcool ?

Il est donc toujours important d'approfondir les déterminants du changement en fonction de leur temporalité. En effet, le plus souvent, les inconvénients à continuer se situent à long terme tandis que les inconvénients à arrêter ou diminuer à court terme.

Une autre façon d'appréhender la balance est de considérer distinctement le côté négatif et le côté positif avec un tableau constitué de deux plateaux, chacun étant divisé en quatre cases bien distinctes.

- À gauche, la colonne des « moins » :
 - les bénéfices à boire : convivialité, anxiolyse, désinhibition ;
 - les inconvénients à arrêter : risque de sevrage, frustration.

C'est en faisant émerger ces freins ou ces craintes que l'on voit apparaître les éléments de discours pessimistes : « Je n'y arriverai jamais », « Je n'ai pas la volonté », « Je ne suis pas prêt ».

- À droite, la colonne des « plus » :
 - les inconvénients à boire : alcoolopathie, risque sanitaire, image dégradée de soi, culpabilité, troubles relationnels, menaces conjugales ou professionnelles ;
 - les bénéfices à arrêter : qualité de vie, économies, regard des autres, effets sur la santé, fierté.

En s'attachant à valoriser les éléments en faveur du changement et les ressources dont dispose le patient, on va pouvoir faire émerger des éléments de discours optimistes : « Je ne risque rien à essayer », « Je suis peut-être capable », « Oui, ce serait tellement mieux ».

Il convient de respecter une certaine méthode pour que l'exercice soit pertinent : commencer et terminer par du positif. Il est aussi essentiel de se rappeler que seul le patient est à même de trouver ses propres arguments, il ne s'agit pas de le convaincre ou de l'influencer.

Par ailleurs, il est utile d'inviter le patient à approfondir ses réponses en faveur du changement, en explorant les émotions qui y sont associées (« Que ressentez-vous ? », « Comment vous sentiriez-vous ? »). Car les dimensions émotionnelles de la motivation pèsent plus lourd dans la balance que les dimensions rationnelles.

La balance décisionnelle se conclut par un *feed-back* à l'attention du patient consistant à reformuler et à résumer l'ambivalence en évoquant d'abord ses arguments en faveur du *statu quo*, puis en développant ses arguments en faveur du changement afin de renforcer sa motivation.

La balance décisionnelle est donc utile et utilisable tout au long de l'accompagnement, tout au long du parcours, et donc tout au long de la vie de la personne.

L'entretien motivationnel selon Miller et Rollick (169, 170)

L'entretien motivationnel vise à favoriser le changement de comportement en accompagnant les personnes à évoluer dans leur prise de conscience, leurs motivations, leur engagement, leurs actions. Il prend appui sur les stades de la motivation et les étapes du changement de comportement (s'inscrivant en cela dans une dynamique évolutive) ainsi que sur les principes de l'échelle numérique verbale (ENV) ou de la balance décisionnelle.

Un projet de changement de comportement dépend de chaque patient et de ses objectifs propres, tels qu'il les a définis. Un tel projet est donc centré sur le patient, en cohérence avec ses représentations, ses valeurs, ses ressources internes, ses choix, ses priorités. Il s'agit aussi de respecter chez le patient son statut d'expert de sa propre vie, autonome, capable de réaliser des changements s'ils sont souhaitables à ses propres yeux (ce qui renforce l'auto-efficacité). En termes de consommations d'alcool, l'entretien motivationnel ne vise donc pas exclusivement le non-usage (qui implique un sevrage préalable) mais tout changement de comportement, quel qu'il soit et aussi minime soit-il en apparence, susceptible d'être favorable à la personne.

Les principales caractéristiques que devrait assurer tout entretien motivationnel sont les suivantes (Annexe 12) :

- se déroule dans une atmosphère empathique et respectueuse, visant l'établissement d'une relation de confiance mutuelle, contribuant au partenariat et à l'alliance thérapeutique ;
- adopte un style de communication collaboratif centré (focalisé) sur un objectif, c'est-à-dire porté par une dynamique de focalisation (au sens de processus continu de validation et d'ajustement de la direction de l'accompagnement) ;
- valorise l'autonomie, les forces et les ressources de la personne en relevant et soulignant ses expériences antérieures réussies ainsi que les valeurs qui sont les siennes et vont dans le sens du changement ;
- ne cherche pas à convaincre, argumenter, mettre en garde ;
- informe et conseille en tenant compte de ce qui est déjà connu par la personne (à visée de reconnaissance de l'expérience personnelle déjà acquise et de gain de temps) et s'assure de la bonne compréhension des nouvelles informations transmises ;
- évite le « réflexe correcteur », c'est-à-dire la posture de l'expert qui dispense son savoir à une personne passive ;
- adopte une écoute réflexive, c'est-à-dire qui permette l'introspection par le reflet du discours ;
- explore l'ambivalence, les attentes et les possibilités de changement en posant des questions ouvertes ;
- s'attèle à éviter la dissonance et la réactance (résistance) chez un sujet ambivalent ;
- vise le renforcement de la motivation et de l'engagement vers le changement ;
- soutient l'évocation du « discours-changement » en le mettant en lumière, en en révélant les déterminants (désirs, capacités, raisons, besoins), en en validant la bonne compréhension et en engageant les premiers pas vers un changement effectif dans le comportement de la personne.

Un point clé et essentiel de l'entretien motivationnel est l'esprit avec lequel il est pratiqué et devrait toujours être marqué par :

- le partenariat : collaboration mutuelle ;
- le non-jugement :

- regard inconditionnellement positif,
- empathie approfondie,
- respect et soutien de l'autonomie,
- valorisation ;
- l'évocation : il s'agit d'aider la personne à faire émerger ses idées propres, ses valeurs et ses ressources ;
- l'altruisme : l'intérêt qui prévaut est celui de la personne accompagnée.

2.4.3. Les professionnels de premier recours disposent d'un panel large, diversifié et ouvert de ressources et de potentialités d'accompagnement pour diminuer le risque alcool

2.4.3.1. Des réponses aux questions « Quoi faire ? » et « Comment être soutenu ? » comme garantie de l'engagement effectif des professionnels de premier recours sur le sujet alcool

L'accompagnement des personnes exposées à l'alcool renvoie à la question du « Quoi faire ? » à l'issue et à partir du repérage et du travail motivationnel d'acceptation du changement, l'un et l'autre ne pouvant s'envisager que comme déjà un « agir » vers une diminution du risque alcool. De nouveau, il ne s'agit pas de repérer pour repérer mais bien de repérer les consommations d'alcool pour que quelque chose se passe qui contribue effectivement à la diminution du risque alcool, à la préservation de la santé et à la qualité de vie des usagers.

Si l'engagement des professionnels de premier recours peut être freiné par la crainte de ne savoir « que faire » avec ce qui peut se dévoiler grâce au repérage des consommations d'alcool, des réponses existent à la question du « Quoi faire ? » (se référer notamment au chapitre à suivre 2.4.4) et doivent contribuer au sentiment de confiance et de légitimité des professionnels de premier recours face à la question alcool. Des repères pratico-pratiques, une grande diversité de propositions d'interventions possibles et de modalités d'accompagnement (tels que déjà amorcés à travers les axes du repérage dans le chapitre 2.3.5) existent. De même qu'existent aussi des points d'attache (en microstructure, en CSAPA, en secteur hospitalier) et des référents spécialistes auprès desquels il est possible de prendre conseil, d'être guidé, éventuellement d'enclencher l'orientation d'un patient (56, 195, 215, 216).

Le « quoi faire » renvoie aussi à l'extrême diversité des situations possibles, donc à la diversité des besoins, des objectifs à atteindre et des acteurs potentiellement impliqués. Si cette diversité peut susciter de la crainte, elle n'en est pas moins une opportunité d'un « agir » efficient et pertinent. Un accompagnement personnalisé et sur le long terme, régulièrement adapté au gré de l'évolution des modalités d'usage et des besoins de la personne, sous-tend, de fait, une diversité d'outils et de modalités d'accompagnement possibles, mais également une coordination avec d'autres acteurs. Le professionnel de premier recours n'est pas seul face à la question alcool (36, 195, 217, 218). La pluridisciplinarité des acteurs impliqués en premier recours et en support du premier recours (certains de ces acteurs œuvrant en deuxième, voire en troisième recours spécialisé (216), certains aussi pouvant ne pas être des professionnels de système sanitaire mais des acteurs de l'éducation ou de la culture) et leur nécessaire collaboration partenariale sont une réalité, même si les organisations sont toujours perfectibles et hétérogènes à l'échelle territoriale. C'est un tel esprit partenarial et d'équipe

qui est de fait à l'œuvre au sein des microstructures et des CSAPA où l'acteur de premier recours garde une place et un rôle déterminants (219).

2.4.3.2. L'accompagnement se coconstruit avec chaque personne dès le premier recours à partir des données du repérage

Accompagner les consommations d'alcool dans une démarche de diminution du risque alcool dans le cadre du premier recours est d'autant plus cohérent qu'un tel accompagnement peut immédiatement se nouer (en vie et en temps réels) aux données du repérage (riche de ses résultats qui sont autant de leviers d'action possibles à l'échelle quantitative, qualitative, comportementale, situationnelle et au plus près des réalités de vie et des pratiques) pour en extraire une diversité d'options d'intervention possibles. Le panier d'options ainsi élargi résulte du principe de l'approche globale, tenant compte de toutes les dimensions de la personne, de son contexte et de son environnement, en particulier les dimensions affective, familiale, sociale, économique, professionnelle et toutes autres éventuelles.

Il s'agit ainsi de permettre à chaque professionnel d'orienter l'accompagnement en fonction des besoins spécifiques et de l'objectif propre de chaque patient au gré de l'analyse qu'ils en ont faite conjointement afin de garantir que ce qui lui est proposé vise bien l'amélioration de sa qualité de vie et respecte ses choix. L'esprit de la RdRD se trouve particulièrement en accord avec les enjeux d'un tel accompagnement en premier recours, ou du moins est susceptible de le soutenir activement. L'expertise collective de l'INSERM publiée en 2021 sur le sujet rappelle bien, en effet, que ce qui caractérise la RdRD en matière d'alcool est d'être compréhensive, inclusive et pragmatique : « La RdRD se construit [...] avec certains outils « globaux » et certaines manières pragmatiques d'agir. L'accueil – en particulier la première rencontre avec un professionnel ou un bénévole – et l'écoute des usagers sont la base (« évaluer là où il est »), puis la négociation des priorités de l'action permet une approche pratique et progressive, sans *a priori* théorique. Les actions sont construites avec l'utilisateur, informé et mobilisé, appuyé par un *empowerment* des équipes capables d'inventer des actions spécifiques... » (7).

En cela et en pratique, la RdRD en matière d'alcool encourage aussi les professionnels à une certaine créativité (sous-tendue par le caractère inédit de chaque situation individuelle) et surtout souligne l'importance d'un accompagnement dynamique basé sur des propositions sans cesse renouvelées, ou du moins actualisées, au gré de l'évolution de la situation :

- puisqu'il ne peut y avoir de réponse collégiale mais toujours une réponse à construire au cas par cas et à chaque temps donné ;
- parce qu'il s'agit d'identifier et de mobiliser toutes les options possibles (y compris hors soins et hors options sanitaires) dans toutes les dimensions de la personne et toutes les dimensions de la société (par exemple, au niveau économique, juridique, culturel, relationnel, occupationnel) ;
- parce qu'il s'agit de l'élaboration d'un outil par et pour le patient sur la base de son savoir expérientiel (le savoir de l'utilisateur sur ses propres usages et sur les manières d'en diminuer les effets délétères), de ses ressources internes et de son autonomie, dans le respect de ses choix et de sa temporalité.

2.4.4. Multiplier les voies d'entrée permet de diversifier l'offre d'accompagnement et de répondre à la diversité des situations et des besoins des personnes

Multiplier les voies d'entrée en termes de cibles d'actions possibles contribuant à diminuer le risque alcool a un intérêt pratique immédiat et contribue à l'efficacité de l'accompagnement. Cela permet de diversifier et démultiplier les propositions faites aux personnes qui peuvent s'emparer d'options au plus près de leurs réalités, de leurs besoins, de leurs priorités, de leurs possibilités. Choisissant et par là s'appropriant certaines options plutôt que d'autres, les usagers se trouvent ainsi déjà agissant par eux-mêmes, ce qui contribue au sentiment d'auto-efficacité, les valorisant et les encourageant d'autant plus (telle une boucle d'amplification vertueuse même si elle se fait à petits pas et sur le temps long).

Nous listons en suivant et de façon non exhaustive plusieurs voies d'entrée possibles, sans hiérarchie particulière ni ordre imposé, simplement pour illustrer la diversité de cibles possibles pour diminuer le risque alcool.

2.4.4.1. Porte d'entrée par les choix et les priorités de la personne

Le fait de ne pas mettre en avant uniquement les risques et/ou uniquement les dommages, ni de commencer par cela automatiquement, est une manière d'accueillir différemment les personnes dans le respect de leurs choix propres. Leurs choix peuvent en effet être de prioriser les effets positifs recherchés par rapport aux risques et aux conséquences délétères, même si l'alcool n'est pas la meilleure solution pour atteindre ces effets (par exemple, un effet antalgique ou un effet somnifère).

Pour autant, partir de la priorité avancée par la personne est aussi une façon d'identifier ce qui la motive (une prise de conscience pour elle-même parfois autant que pour le professionnel) et ce qui est susceptible de la rendre mobilisable pour améliorer sa qualité de vie.

2.4.4.2. Porte d'entrée par les risques

Cette porte d'entrée par les risques pourrait s'expliquer ainsi, en s'adressant au patient : « Savez-vous quel(s) risque(s) vous prenez ? Sur lequel ou lesquels de ces risques souhaitez-vous ou êtes-vous prêt à agir pour ne pas en subir les conséquences délétères éventuelles ? »

Aider une personne à identifier certains des risques pris avec ses consommations d'alcool lui permet de les conscientiser en les verbalisant, particulièrement s'ils étaient jusque-là méconnus ou déniés. À partir de là, une personne pourra choisir d'agir sur un risque donné (ou plusieurs, concomitamment ou séquentiellement) auquel elle estime ne pas vouloir être exposé, soit en l'évitant soit en le réduisant.

Ces risques, sur lesquels une personne peut choisir d'agir et être accompagnée en ce sens, ne sont pas que de nature médicale (au titre des dommages somato-psychiques) mais peuvent affecter toutes les dimensions de la personne et ainsi être :

- liés à l'ivresse (avec la perte de contrôle et la désinhibition que cela peut générer) ;
- accidentogènes (particulièrement en cas de conduite de véhicule, mais pas seulement, à l'origine de traumatismes neurologiques et/ou orthopédiques) ;
- traumatiques (par exemple, en cas d'activités sportives éventuellement déjà à risque telles que : escalade, plongée, équitation, vélo) ;

- relationnels et affectifs (des perturbations comportementales peuvent résulter de l'usage d'alcool et causer des ruptures amicales, affectives et plus généralement avoir des conséquences sur la vie relationnelle et sociale) ;
- familiaux (l'usage problématique d'alcool peut conduire à divers troubles au sein de la cellule familiale, dont des violences interpersonnelles, qu'elles soient verbales, psychologiques, physiques, sexuelles) ;
- professionnels (une perte d'emploi peut résulter d'un usage problématique d'alcool, par l'impact sur les performances et les conséquences comportementales) ;
- sexuels (l'ivresse alcoolique peut conduire à des rapports sexuels à risque et/ou non consentis et être à l'origine de grossesse non désirée) ;
- conceptionnels (l'alcool est reconnu comme facteur d'hypofertilité) et pour un enfant à naître (au regard du risque tératogène, y compris en cas d'exposition pré-conceptionnelle) ;
- somatiques (particulièrement le risque cancérogène et de toxicité neurocognitive, ainsi que d'aggravation d'organopathies sous-jacentes, notamment hépatique et cardiaque) ;
- psychiques et psychiatriques (bien que pouvant être utilisé à visée auto-thérapeutique en tant que psychotrope, l'alcool peut aussi induire et/ou aggraver des troubles psychologiques, voire psychiatriques) (se référer à l'annexe13) ;
- addictogènes (au même titre que les autres SPA et parfois sous forme de polyaddiction) ;
- sociaux (par la perte d'emploi, l'isolement, la désinsertion) ;
- économiques et financiers (par le coût des consommations, la perte d'emploi et plus généralement l'impact sur le fonctionnement de la personne) ;
- judiciaires (en cas de désordre sur la voie publique, d'agression, d'accident, de conduite en état d'alcoolisation) ;
- décisionnels (l'usage d'alcool, l'ivresse notamment, peuvent perturber le jugement et avoir un impact délétère sur des décisions importantes) ;
- tout autre risque, quel qu'il soit, lié à l'alcool pouvant porter dommage à la personne et son entourage.

Cette liste n'est pas exhaustive mais vise à illustrer la diversité des risques et, en conséquence, celle des actions possibles pour les réduire si ce n'est, bien sûr et au mieux, s'en prémunir. Il ne s'agit pas de se fixer des objectifs trop importants ni trop nombreux (ce qui les rendrait inatteignables) mais bien, par chaque action ciblée, même modeste en apparence (comme reporter une prise de décision ou toujours disposer de préservatif sur soi en cas de soirée alcoolisée), et s'associant (une action puis une autre si possible, et peut-être encore une autre), d'œuvrer pas à pas à réduire son risque alcool.

Il n'en demeure pas moins que malgré cette démarche, certains risques perdureront malgré tous les efforts visant à les réduire, ce qui n'est ni un aveu d'échec ni une fatalité. Une meilleure gestion de ses consommations, c'est aussi faire des choix de consommation en connaissance des risques.

2.4.4.3. Porte d'entrée par les effets recherchés

Les effets recherchés par le biais des consommations d'alcool (se référer au chapitre 2.3.5.2), tels que les effets anxiolytique, relaxant, désinhibant, antalgique, amnésiant, euphorisant, socialisant constituent des axes importants d'intervention possible. Il s'agit d'identifier et de proposer des alternatives à l'alcool pour les satisfaire aussi bien, si ce n'est mieux (parce que plus adaptées), sans les effets délétères de l'alcool (et sans pour autant se priver d'un usage d'alcool de plaisir et de convivialité mais amoindri dans sa nocivité potentielle, en particulier celle de contribuer à l'habituación progressive

puis à l'instauration d'un TUA). Il pourra s'agir, par exemple et de façon non exhaustive, d'actions visant à l'éviction et/ou une meilleure gestion de facteurs anxiogènes, une prise en charge spécifique de la douleur, des activités socialisantes et valorisantes, une psychothérapie de soutien, un traitement anti-dépresseur.

2.4.4.4. Porte d'entrée par les besoins spécifiques

Les besoins spécifiques des personnes (se référer aux chapitres 2.3.5.2 et 2.3.5.3) peuvent, d'une part être d'une très grande diversité, d'autre part ne pas être de nature médicale (logement, emploi, protection vis-à-vis de violences subies, souffrance psychologique). Ainsi, améliorer la situation sociale d'une personne peut impacter favorablement son comportement vis-à-vis de l'alcool sans avoir même évoqué la question directement, d'où l'importance de laisser à la personne toute liberté d'expression (sans braquer l'échange sur le sujet alcool) et le choix de ses priorités (qui passeront de toute manière avant tout changement éventuel de comportement concernant l'alcool et mettront le plus souvent ce changement comportemental en échec si le besoin spécifique prioritaire qui sous-tend l'usage d'alcool n'est pas pris en compte) (153).

2.4.4.5. Porte d'entrée par les modalités de consommation d'alcool

Les modalités de consommation peuvent être aussi diversifiées que chaque personne et variables chez un même usage au cours du temps, d'un point de vue des paramètres qualitatifs autant que quantitatifs et selon le contexte et l'environnement (se référer aux chapitres 2.3.5.3 et 2.3.5.4). Elles constituent ainsi une opportunité de très nombreuses actions possibles, évolutives et pouvant être associées chez un même individu.

Il s'agit de trouver avec la personne des façons de faire différemment, de maîtriser les « automatismes », de reprendre le contrôle en s'appuyant sur sa manière « réelle » de consommer. Comme décrit au sein d'un collectif de professionnels impliqués dans la RdRD en matière d'alcool : « Intervenir sur le contexte d'usage plutôt que sur l'usage lui-même, c'est déjà prendre soin : en fonction d'une analyse pragmatique et compréhensive de ce qui est envisageable pour l'utilisateur dans la situation qui est la sienne, il convient de fixer des objectifs atteignables qui peuvent porter sur les niveaux d'usage, mais aussi sans réduire ceux-ci sur les modalités de consommation, sur les formes d'absorption, les types d'alcool consommés, les moments ou les lieux de consommation » (166).

Au-delà de propositions « à la carte », adaptées à chaque situation individuelle (et en ce sens infinies dans leur diversité possible), il y a aussi de grands axes qui peuvent être communs à tout un chacun à un moment ou un autre de sa vie.

- La modalité d'usage chronique d'alcool fait classiquement l'objet de messages sanitaires. À condition de ne pas être en situation de trouble de l'usage ou de vulnérabilité les rendant caduques (grossesse en cours, certaines affections somatiques ou psychiatriques vis-à-vis desquelles toute consommation d'alcool est considérée comme nocive) et bien que ne constituant pas une préconisation en soi, les repères de consommation d'alcool dits à moindre risque éclairent les personnes quant au niveau de risque relativement aux quantités consommées ainsi qu'à l'histoire naturelle de l'habitué et de son risque évolutif spécifique. Il s'agit de proposer des modifications comportementales en termes de quantités (quotidienne et hebdomadaire) consommées (aussi minimales soient-elles, notamment en renonçant aux verres identifiés comme inutiles). Il s'agit aussi de travailler sur la chronicité de l'usage (avec les dimensions de

fréquence, de rythme, de répétition) et sur les rituels (dont les dimensions d'horaire, de circonstance, d'ambiance, de type de boisson et de contenant) parce qu'ils sont les principaux facteurs de risque d'habitué, puis d'évolution vers un TUA. Réduire la fréquence et la systématisation des consommations ainsi que déritualiser les usages sont des leviers essentiels pour réduire l'effet d'habitude. Il s'agit d'informer les personnes et de les accompagner vers une prise de conscience et une appropriation en autonomie de ces leviers d'action et des enjeux qui les sous-tendent.

- La modalité d'alcoolisation ponctuelle importante (API) ou *binge drinking*, bien souvent banalisée par son occurrence très souvent festive et suscitant moins d'inquiétude qu'un usage chronique par le spectre de la dépendance (l'alcoolisme dans le langage courant, trouble de l'usage selon la nomenclature sanitaire en rigueur) que ce dernier active, constitue pourtant une cible d'action prioritaire. Il s'agit en effet d'un problème d'ampleur par le nombre croissant de personnes concernées (l'API étant désormais entrée dans les pratiques courantes de nombre de personnes), la gravité de ses effets délétères immédiats autant qu'à long terme (toxicité cérébrale cumulative, évolution de l'usage avec fixation progressive en un authentique trouble de l'usage d'alcool selon les critères du DSM-5) et parce qu'il affecte particulièrement les plus jeunes. Toute action susceptible d'en réduire l'occurrence et les conséquences nocives est donc essentielle. Des informations et conseils doivent être régulièrement rappelés et diffusés oralement et par différents médias (posters, flyers, outils numériques tels qu'explicités en Annexe 11), à l'occasion de rencontres avec les professionnels (consultation médicale par exemple), notamment auprès des personnes les plus à risque quant à ce type d'usage (jeunes) et/ou dont le repérage en révèle la pratique, mais également directement sur les lieux festifs auprès des personnes s'y adonnant, grâce à la présence d'acteurs de la RdRD, selon le principe de l'« aller vers » (73, 82, 167). Réduire les risques du *binge drinking* passe par une information de prévention vis-à-vis du coma éthylique, des accidents, des agressions avec une liste de conseils aussi simples, mais essentiels et devant être constamment réitérés, que : ne pas être seul, s'assurer d'être avec des personnes de confiance, avoir un chef de conduite ou capitaine de soirée qui reste sobre (SAM), s'alimenter et s'hydrater (avant et pendant), éviter de mélanger les boissons alcoolisées et l'association à d'autres SPA, de boire trop vite, se coucher sur le côté en cas de malaise ou de somnolence (l'annexe 9 fournit une liste d'actions pratiques appropriable par tout acteur de premier recours et pouvant être diffusée à leurs patients).

2.4.4.6. Porte d'entrée par la composante addictive de l'usage d'alcool

L'identification d'un TUA (via le DSM-5), l'évaluation de sa sévérité et notamment du risque de sevrage sont importantes car elles imposent d'emblée une dimension médicale (le sevrage alcoolique étant à risque léthal). La personne doit être clairement informée des risques, entre autres de toxicité neurologique et de léthalité, liés à un sevrage d'alcool accidentel et/ou non accompagné (*delirium tremens*) (40, 52). Elle doit être informée de la nécessité d'un accompagnement médical et d'un support médicamenteux adapté (à base d'une benzodiazépine à demi-vie longue comme le diazépam et d'une vitaminothérapie B1 conformément aux recommandations en vigueur (40, 45, 47, 220)) en cas d'accident de sevrage ou de souhait d'entrer dans un processus de sevrage et de maintien prolongé du non-usage (nouvelle dénomination de l'abstinence). Dans ce cas, il s'agit de l'informer tout aussi clairement des différentes options, mais également des difficultés du maintien du non-usage afin de ne pas alimenter un sentiment d'échec et d'inaptitude en cas de reprise des alcoolisations. Avec ou sans critère de sévérité (c'est-à-dire de dépendance), les personnes en situation de TUA peuvent bénéficier d'une

approche comportementale de type motivationnelle afin de les aider à réduire les risques de leurs consommations par le biais de modulations comportementales, en s'outillant notamment des critères du DSM-5 et des stades de la motivation pour leur accompagnement et leur suivi (214).

Avec ou sans projet de maintien prolongé du non-usage, toute personne en situation de TUA doit être assurée du soutien médical qui lui est dû (particulièrement en premier recours, notamment dans le cadre de la médecine générale) comme à tout autre usager du système de santé et qu'elle n'est donc exclue d'aucune intervention sanitaire ou sociale susceptible de l'aider au prétexte qu'elle poursuivrait ses consommations d'alcool. Il s'agit d'informer les personnes en situation de TUA de, et de leur proposer, toutes les options d'accompagnement possibles et non exclusives les unes des autres : accompagnement social, soutien psychologique, support somatique (avec une vigilance particulière et le cas échéant des actions visant à soutenir la qualité de l'alimentation, de l'hydratation, du sommeil (221) ainsi que de l'activité physique (173, 174, 202)), soutien associatif (associations d'entraide et d'auto-soutien), toutes autres options complémentaires éventuelles issues d'une approche de type RdRD dédiée.

2.4.4.7. Porte d'entrée par les publics cibles

Sans négliger les spécificités individuelles, ni faire d'amalgame par la voie de la catégorisation (sous-tendue par la délimitation d'un public cible), la voie d'entrée consistant à cibler les particularités d'un public donné est importante et utile. Les modalités d'accompagnement d'un mineur, d'une personne âgée, d'une femme enceinte, d'une personne souffrant d'une affection psychiatrique ne sont de fait pas superposables et doivent donc être adaptées au regard de leur particulière vulnérabilité. De même qu'accompagner des personnes en difficulté et/ou prenant des risques avec leurs consommations d'alcool, sans pour autant remplir les critères de TUA, diffère de personnes en situation d'alcoolodépendance authentifiée (TUA sévère).

Autour de l'objectif commun de diminution du risque alcool, de préservation de la santé et de la qualité de vie, le maître mot est donc l'adaptabilité aux besoins et spécificités de chaque population cible et, au-delà, de chaque personne.

Conformément à la saisine de la DGS, seront aussi traitées, en plus de l'approche en population générale, la population cible des femmes et celle des jeunes, cette dernière devant de même être sous-catégorisée sur la base des mineurs enfants, des mineurs adolescents et des majeurs jeunes adultes du fait de leurs spécificités respectives.

2.4.5. Identifier et prendre en charge les comorbidités et toutes autres problématiques co-occurentes dans une démarche holistique d'accompagnement global

2.4.5.1. Une approche multidimensionnelle psycho-somato-sociale

Il s'agit par là d'être pleinement dans cette démarche holistique d'accompagnement où l'alcool ne peut être une question cloisonnée mais impose une approche en globalité et multidimensionnelle selon un modèle psycho-somato-social (204). Toutes interventions, quels qu'en soient la nature et l'objectif, visant la préservation de la santé et de la qualité de vie peuvent, directement ou indirectement, contribuer aussi à la diminution du risque alcool. Les questions et problématiques possibles justifiant une

prise en charge dédiée parallèlement à l'accompagnement en premier recours peuvent être de nature somatique, psychique, sociale, addictologique. Pour y parvenir, une sollicitation de professionnels qualifiés, parfois une orientation dédiée vers les niveaux de deuxième, voire troisième recours en soins peuvent être nécessaires. Le professionnel de premier recours n'en demeurera pas moins un acteur référent et pérenne au cœur du parcours de chaque personne. Des interactions et une coordination de l'ensemble des acteurs impliqués ont naturellement pour pilier le professionnel de premier recours dans une dynamique d'accompagnement ambulatoire et de proximité.

Ces problématiques se situent à plusieurs niveaux.

- Au niveau somatique :
 - douleurs physiques ;
 - troubles nutritionnels ;
 - comorbidités somatiques (induites ou pas par l'alcool) pouvant être aggravées par les consommations d'alcool et/ou en réduire la tolérance et donc en majorer la toxicité : déficience neurocognitive (particulièrement en cas de trouble de la mémoire), hépatopathie (avec ou sans déficit fonctionnel), cardiopathie ;
 - interactions nocives avec certains médicaments, particulièrement ceux à métabolisme hépatique et/ou agissant sur le système nerveux (central autant que périphérique).

Cette liste n'est pas restrictive mais vise à illustrer l'importance de l'état de santé physique et d'un adressage éventuel vers des professionnels spécialisés en fonction des problématiques somatiques identifiées (parmi lesquels : algologue, diététicien-nutritionniste, neurologue et/ou neuropsychologue, hépatologue, gastro-entérologue, cardiologue, cancérologue).

- Au niveau psychique :
 - insomnie ;
 - stress et anxiété ;
 - tristesse et souffrance morale (avec ou sans affection psychiatrique sous-jacente) ;
 - comorbidité psychiatrique (pathologie duelle) (92) : affection psychiatrique pouvant être aggravée par l'usage d'alcool ou bien au contraire contribuer à un usage éventuellement autothérapeutique d'alcool (notamment à visée anxiolytique et anti-dépressive) avec un risque de décompensation psychique en cas de désorganisation des consommations, *a fortiori* de sevrage. La plus grande précaution est alors requise, imposant un accompagnement spécialisé, la priorité pouvant de fait être donnée à l'équilibre psychique ainsi obtenu plutôt qu'à l'usage d'alcool (du moins dans un premier temps).

Tout comme la santé physique, la santé mentale est essentielle. Si une intervention psycho-sociale (développée dans le chapitre 2.4.5.2) et/ou une approche psychothérapeutique (individuelle ou familiale) peuvent être proposées et instaurées dès le premier recours (notamment dans le cadre d'une microstructure), il peut aussi être justifié de solliciter une expertise psychique et un accompagnement spécialisé au titre du deuxième, voire troisième recours (que ce soit en ambulatoire ou en établissement de santé), sous réserve de l'accord de la personne (une approche addictologique étant parfois vécue comme moins stigmatisante qu'une approche psychiatrique, certaines personnes refusent cette dernière).

- Au niveau social :
 - difficulté ou absence de logement justifiant une aide dédiée (hébergement selon le principe Un chez-soi d'abord ou *Homing first*, par exemple, un placement en foyer ou en appartement de coordination thérapeutique (ACT), etc.) ;
 - précarité économique ;
 - violences subies (notamment intra-familiales, conjugales, ciblant les femmes, en milieu professionnel) justifiant une mise en sécurité et un accompagnement multidimensionnel (par exemple, psychologique, économique, judiciaire, etc.) ;
 - isolement social, affectif, culturel (particulièrement pour les populations migrantes) ;
 - chômage, désœuvrement, ennui justifiant des interventions visant l'aide à l'emploi et au déploiement d'activités occupationnelles.

L'accompagnement social peut constituer le noyau dur, éventuellement même exclusif et urgent (en cas de violences subies), de l'accompagnement, *a fortiori* si cela correspond aux priorités concrètes et au choix de la personne. En situation de précarité sociale, il peut déjà simplement, mais de façon essentielle, s'agir d'assurer l'accès aux droits communs ainsi que permettre l'ouverture ou l'actualisation des droits à l'assurance maladie, incluant, le cas échéant, des prestations et indemnités contribuant à la prise en charge des frais de santé. Au-delà, il s'agit de pouvoir offrir aux personnes le justifiant un diagnostic social global et proposer un plan d'aide adapté. L'intervention psycho-sociale (développée dans le chapitre 2.4.5.2) constitue à ce titre une modalité d'accompagnement en globalité tenant compte des réalités vécues par la personne dans son environnement et des pressions (conscientes ou pas) qu'elle y subit afin de l'aider à retrouver ou développer une autonomie de vie.

Si l'inquiétude est souvent celle de savoir comment accéder à un travailleur social, plusieurs voies existent pour y parvenir qui permettront d'orienter au mieux les personnes : la microstructure dont l'un des trois axes majeurs est justement constitué par l'intervention et l'aide sociale (se référer au chapitre 2.4.5.3), le centre communal d'aide sociale (CCAS) qui dépend du lieu d'habitation de la personne, l'assistance sociale de secteur (fonction aussi du lieu de vie) ou au sein d'un établissement de santé, social ou médico-social.

- Au niveau addictologique

Toute situation de nature addictologique ne pouvant être gérée en premier recours, y compris en microstructure, pourra conduire à un adressage vers un accompagnement et des soins addictologiques spécifiques (en consultation spécialisée, en CSAPA ou CAARUD), que ce soit en ambulatoire ou en établissement de santé spécialisé, y compris hospitalier.

Parmi les indications d'orientation addictologique :

- polyconsommation de substances psychoactives avec trouble de l'usage multiple et/ou complexe avec des phénomènes possibles de transfert d'addiction. Une telle situation justifie une prise en soins addictologique spécialisée ;
- souhait d'une personne de gestion médicalisée d'un TUA du fait de sa sévérité, complexité et/ou de l'échec d'accompagnements antérieurement menés ;
- projet de sevrage et de maintien prolongé du non-usage ne pouvant se dérouler en ambulatoire ;
- traitement médicamenteux visant l'aide à la réduction des consommations d'alcool ou au maintien du non-usage en contexte de TUA sévère ;

- situations de prise de risque spécifique (grossesse, pathologie psychiatrique, etc.).

Pour toutes ces indications, existent des recommandations nationales et internationales des sociétés savantes, actualisées ou en voie de l'être.

2.4.5.2. Interventions psycho-sociales

Nous développons ici la modalité dite d'intervention psycho-sociale qui peut être proposée et survenir, à l'issue du repérage des consommations d'alcool, très précocement et prioritairement (même parfois exclusivement) dans l'accompagnement. Que ce repérage ait pu conduire à identifier un usage problématique ou pas d'alcool, il permet dans le même temps d'approcher l'environnement et les besoins non strictement médicaux de la personne. Intervenir sur ces besoins de nature psycho-sociale (qu'ils soient en lien ou pas avec l'alcool, mais ce dernier en ayant été alors l'opportunité) peut contribuer à la diminution du risque alcool, à la préservation de la santé et de la qualité de vie.

Ce type d'intervention peut se déployer soit en ambulatoire soit en établissement de santé spécialisé ou médico-social.

Évaluation psycho-sociale

Comme précisé dans le repérage des déterminants qualitatifs des consommations d'alcool (se référer au chapitre 2.3.5.3), le contexte et l'environnement personnels doivent pouvoir être appréhendés et évalués. Ils peuvent en effet, à eux seuls, expliquer un usage problématique d'alcool : deuil, perte d'emploi, rupture affective, difficulté ou absence de logement, violences conjugales. À ce titre, ils peuvent constituer une cible prioritaire (et parfois suffisante) d'intervention, à l'instar des mesures de sauvegarde et de protection, du soutien psychothérapeutique (contribuant à l'affirmation de soi, la confiance, l'assertivité, la régulation des émotions, etc.), de l'aide à la réinsertion socio-professionnelle, ou des programmes visant l'aide au logement (Un chez-soi d'abord ou *Homing first*, appartement de coordination thérapeutique) (134, 197).

Mais un environnement personnel s'inscrit aussi au cœur d'une société qui elle-même impacte les représentations personnelles et le rapport d'un individu à l'alcool. En son sein, les facteurs d'incitation et les facteurs de protection s'avèrent diversement et inégalement répartis, au gré des conditions sociales propres à chaque situation individuelle ainsi que d'accès au système de santé et à l'éducation (impactant la littératie en santé). Œuvrer au renforcement des compétences psycho-sociales s'avère dès lors particulièrement important.

Intervention psycho-sociale

L'appréciation de l'environnement spécifique et unique à chaque usager du système de santé vise à identifier, faire émerger ou renforcer des compétences psycho-sociales ainsi qu'à l'accompagner vers une meilleure assertivité vis-à-vis de l'alcool, plutôt que d'y consentir passivement et sans choix propre (222, 223).

Les compétences psycho-sociales sont des ressources cognitives (capacités de prise de décision, de résolution de problème, de pensée critique, etc.), émotionnelles (capacités de gestion du stress et des émotions, etc.), sociales (communication, affirmation de soi, capacité d'influence, de résistance, etc.) et fondamentales qui permettent de faire face aux exigences de la vie quotidienne, d'interagir de façon

satisfaisante avec son environnement et d'exercer une influence positive pour soi-même et son entourage (Annexe 15).

Un enjeu prioritaire est donc le renforcement des facteurs génériques de protection dès le début du parcours de vie des individus via des interventions précoces. Il s'agit ainsi d'œuvrer à renforcer les compétences parentales (en favorisant les interactions positives, la communication, une discipline efficace), mais aussi les compétences psycho-sociales dès le plus jeune âge et à travailler plus largement sur les environnements sociaux (notamment en milieu scolaire).

Au-delà des effets positifs observés à long terme sur les consommations de l'alcool (et de toutes autres substances psychoactives), ces interventions participent à la réduction des inégalités sociales de santé et à la prévention d'autres comportements à risque (7, 40).

Soutien psychothérapeutique

La perception de sa fragilité vis-à-vis de la pression sociale (pression du groupe) est une étape importante pour acquérir la capacité d'y résister. Une psychothérapie pourra œuvrer au renforcement de l'assertivité et à l'affirmation de soi.

Plus généralement, une approche psychothérapeutique (individuelle ou familiale et de plusieurs types possibles : de soutien, systémique, cognitivo-comportementale, analytique) permet d'accompagner la souffrance psychique, les difficultés relationnelles et d'ouvrir un espace de parole (40, 92, 224, 225) (Annexe 13).

2.4.5.3. L'accompagnement en microstructure médicale en addictologie

Organisées en réseaux sur l'ensemble du territoire²³ (199), les microstructures médicales proposent des espaces de soins coordonnés visant particulièrement à répondre aux besoins des professionnels de premier recours en ville confrontés à des situations difficiles et/ou complexes. Il s'agit d'une permanence hebdomadaire d'accès gratuit à une équipe pluriprofessionnelle visant l'expertise et l'accompagnement à l'échelle psycho-sociale au cœur de l'exercice de la médecine générale puisque se situant sur le lieu même de son exercice (cabinet de médecine générale, centre de santé, MSP). L'accompagnement s'y partage ainsi, au minimum, entre un médecin généraliste, un psychologue, un travailleur social (94, 195).

Les microstructures sont donc inscrites et ancrées dans le maillage territorial de premier recours. Elles concernent les addictions, la santé mentale, la précarité et les maladies chroniques en favorisant l'accès aux soins et sans discrimination (ce facteur se révélant particulièrement pertinent pour accueillir les femmes qui constituent la part la plus importante de la file active des microstructures).

Les professionnels de la microstructure accueillent chaque personne et élaborent en commun, lors de réunions cliniques, les propositions d'accompagnement qui paraissent les plus adaptées à chaque situation. Ces temps de délibération et cette réflexion clinique partagée constituent la spécificité et sont au fondement du travail en microstructure (199). Ces professionnels travaillent également en partenariat avec l'hôpital et le secteur médico-social, contribuant en cela à la coopération entre les différents acteurs et structures, quels que soient le niveau de recours et la spécificité et qu'ils soient en ville ou

²³ Lien vers Réseau national des microstructures qui propose une cartographie nationale du réseau et facilite ainsi les orientations : <https://www.reseaux-rms.org/reseaux/>

à l'hôpital. Ce suivi médico-psycho-social de proximité peut être plus adapté aux situations complexes de certains patients, en particulier confrontés à des problématiques sociales et dont les addictions sont associées à d'autres pathologies. Les microstructures constituent donc un premier niveau d'orientation facilité (par l'unité de lieu et l'unité de temps) et particulièrement pertinent pour les professionnels de premier recours et les personnes en difficulté avec leurs consommations d'alcool. L'alcool serait d'ailleurs la 1^{re} substance psychoactive représentée dans la file active des microstructures médicales en addictologie.

2.4.6. Valoriser et impliquer l'auto-support et l'entraide par les pairs

2.4.6.1. La « pair-aidance »

Les personnes qui sont, ou ont été, en difficulté avec l'alcool, voire touchées par l'addiction (le trouble de l'usage de quelque intensité que ce soit) développent un savoir expérientiel sur leur maladie à tous les stades de son développement (226) : la période antérieure aux soins, l'expérience du soin et la phase de rétablissement. L'entraide et l'auto-support reposent sur la « pair-aidance », par le partage de cette expérience et le soutien mutuel.

C'est au sein des groupes de parole ou lors d'échanges individuels avec un pair-aidant que ces partages d'expérience deviennent un fort levier d'identification pour le patient. L'identification est un phénomène par lequel une personne assimile un trait de personnalité d'une autre personne dans un processus de changement. Dans le cas du trouble de l'usage, l'identification peut intervenir en amont de la prise de conscience par la personne de sa pathologie et jouer un rôle de déclic, et en aval en jouant sur les freins motivationnels (comme le manque de confiance, la résignation, le désespoir).

2.4.6.2. Patient partenaire et patient expert

Le « patient partenaire » ou « patient expert » est un patient rétabli qui a complété sa connaissance intime de la maladie par une formation (en éducation thérapeutique) et validé ses acquis (formation diplômante) (226-230).

Il intervient dans le cadre d'une structure de santé :

- auprès des patients comme « pair-aidant » : son action inclut la visite en chambre, le suivi, éventuellement aussi l'accompagnement dans la durée ;
- au sein même des équipes soignantes comme « patient partenaire » en participant aux soins proposés par la structure : animation de groupes de parole ou d'ateliers thérapeutiques.

Son champ d'intervention couvre le conseil, l'enseignement, la formation et la recherche. Il représente également les intérêts des usagers auprès des instances de santé.

2.4.6.3. Groupes de parole

Le groupe de parole est un outil thérapeutique important pour le maintien dans le parcours de soin et la stabilisation de la personne dans son nouvel équilibre de vie. Parce qu'elles ont rencontré les mêmes difficultés, parfois vécu les mêmes échecs, les personnes peuvent s'apporter écoute bienveillante et soutien psychologique lors de ces réunions. Le groupe devient un lieu où la parole se libère, loin des représentations.

Le groupe de parole propose le plus souvent de réfléchir collectivement à un thème en lien avec la maladie et à chacun de partager sur ses propres difficultés ou ses craintes, mais aussi et surtout ses solutions et ses espoirs. Collectivement, les participants trouvent en eux des solutions et des ressources nouvelles ou insoupçonnées.

Si le groupe de parole joue surtout un rôle dans le rétablissement de la personne, il peut favoriser la prise de conscience en levant les derniers freins du déni des troubles et permettre l'accès aux soins.

On pense naturellement au mouvement des Alcooliques anonymes (231) ancré depuis des décennies et dans de très nombreux pays. Mais il existe de nombreuses autres structures qui proposent aussi cet outil thérapeutique :

- dans le secteur médical : service d'addictologie, centre de postcure ;
- dans le secteur médico-social : CSAPA, CJC (232) ;
- dans le secteur associatif : la place des associations au sein d'études scientifiques rigoureuses est désormais reconnue, notamment grâce à un travail coordonné par l'INSERM en 2017 (233, 234).

Des annuaires en ligne permettent d'orienter les professionnels et les patients vers l'une de ces structures et vers divers outils numériques d'information et d'auto-support (se référer à l'Annexe 11). Ces annuaires et les connexions au sein du réseau de santé sont accessibles via la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (181) et/ou l'ARS.

2.4.6.4. Abstinence ou pas, un objectif commun d'accueil et d'accompagnement

Si la logique de l'auto-support et de l'entraide des usagers devenus abstinents est clairement définie et intégrée, la question de l'abstinence ou pas reste ouverte. La promotion et le maintien de l'abstinence sont bien souvent au cœur de l'objectif commun des groupes d'entraide, à l'instar du mouvement des Alcooliques anonymes qui est à l'origine du concept, historiquement identifié et déployé de par le monde. L'auto-support et l'entraide des consommateurs « actifs » d'alcool ne tombent quant à eux pas d'emblée sous le sens malgré des associations et groupes de parole dédiés (235). La reconnaissance et la valorisation des stratégies mises en place par les personnes elles-mêmes, expertes de leurs propres consommations, contribuent de fait à l'émergence d'une dynamique d'auto-support des consommateurs actifs d'alcool. Car le principe d'*empowerment* ne signifie justement pas auto-gestion complète par la personne elle-même et n'exclut donc pas l'accompagnement des personnes, qu'il émane des pairs – dans un cadre associatif ou pas, et par émulation sociale –, des professionnels de santé, des acteurs de la RdRD en matière d'alcool. Le principal est effectivement de pouvoir accueillir toute personne, portée par ses ressources et ses échecs, et avec ses objectifs propres.

2.4.6.5. Un relais facilité vers le secteur de l'addictologie

Les associations d'entraide, les pairs-aidants, les patients experts addictions (PEA) peuvent assurer le relais entre le professionnel de premier recours et la prise en charge par le réseau d'addictologie dont les modalités ne répondent pas à l'objectif de temporalité d'une personne (les délais d'attente de rendez-vous en CSAPA peuvent parfois atteindre plusieurs mois). Le positionnement des pairs-aidants, PEA au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) est ainsi essentiel pour permettre une couverture territoriale.

2.4.7. Accompagner aussi l'entourage des personnes en difficulté avec l'alcool

Cet accompagnement de l'entourage est particulièrement justifié dans les situations d'usage problématique d'alcool. Tous les leviers possibles liés à l'environnement de la personne doivent alors être activés. Trop souvent oubliés, l'entourage, les aidants sont une ressource importante mais qu'il faut soutenir et étayer en les informant, en leur expliquant les causes et les conséquences, en les outillant, en les valorisant et surtout en les accompagnant eux aussi, y compris au-delà des violences induites (conjugales, intra-familiales), sous peine de les voir lâcher. Une orientation vers des aides peut être nécessaire et importante à mettre en place, notamment vers un travailleur social et vers un soutien psychique (psychologue).

Les CSAPA, les services sociaux et médico-sociaux, les associations, les plateformes numériques accueillent aussi les demandes de l'entourage et peuvent répondre à leurs questions. Il s'agit notamment :

- de les aider à mieux comprendre la situation de leur proche en difficulté avec l'alcool, particulièrement les mécanismes sous-jacents aux troubles du comportement induits par le trouble de l'usage et pourquoi cet état ne peut se réduire à une question de volonté individuelle ;
- de les éclairer sur la place des bénéfices de l'alcool malgré les risques encourus, à comprendre ainsi la dimension auto-thérapeutique de l'alcool et conséquemment le risque de décompensation psychique en cas d'intervention restreinte à l'usage d'alcool sans tenir compte de l'état psychique sous-jacent ;
- d'informer sur les points de vigilance particulièrement importants à avoir si leur proche est en situation de trouble de l'usage sévère (donc avec dépendance) :
 - pour le malade : les complications potentielles justifiant un éclairage sur l'urgence médicale que constitue un sevrage accidentel et/ou non encadré, l'importance de la préservation de l'alimentation, de l'hydratation et du sommeil, le risque de rechute après sevrage et son accompagnement,
 - pour l'entourage : le risque de codépendance et de rupture inhérente.

En effet, cet entourage (tout particulièrement familial) doit aussi être protégé des conséquences de consommations problématiques de leur proche sur leur propre équilibre de vie (77). On appelle codépendance l'ensemble des comportements adoptés par l'entourage pour composer avec la maladie. Bien souvent, ces ajustements comportementaux partent d'une réelle volonté d'aider le patient mais avec le temps ils peuvent épuiser l'entourage et conduire à une aggravation de la situation. Parmi ces comportements, on trouve la montée du sentiment de culpabilité, la tendance à l'hyper-contrôle, voire à l'infantilisation du patient, la résignation et l'incapacité à dire non et à fixer des limites à la relation ou à l'aide apportée au malade. À l'extrême, des violences favorisées par l'usage d'alcool peuvent conduire à des actions spécifiques de sauvegarde et de protection.

De nombreux témoignages ou récits de vie de personnes ayant souffert d'un trouble de l'usage d'alcool, aux profils et aux parcours variés, existent sous la forme de livres (236-238), films, documentaires

ou podcasts²⁴. Ils peuvent apporter à l'entourage (comme aux professionnels) un éclairage nouveau sur les TUA en partant du vécu du malade et par les témoignages de leurs proches réduire le sentiment d'isolement et d'impuissance.

²⁴ À titre d'exemples, le podcast radiophonique suivant : [Des femmes qui boivent](#), série documentaire, France Culture, émission de [Perrine Kervran](#) « [LSD. La série documentaire](#) » ainsi que le documentaire télévisuel suivant : *Alcool au féminin*, documentaire de Marie-Christine Gambart (Fr., 2021, 52 min), émission « Infrarouge », France 2.

Table des annexes

Annexe 1.	Classement selon la gravité des dommages globaux (individuels et collectifs) induits par les substances psychoactives	130
Annexe 2.	Stratégie de recherche documentaire	132
Annexe 3.	Quantifier les consommations d'alcool – Le verre standard d'alcool et ses équivalences	142
Annexe 4.	Détecter un trouble de l'usage d'alcool (TUA) – La version 5 du <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (DSM-5)	143
Annexe 5.	Les repères de consommation d'alcool dits à moindre risque	144
Annexe 6.	Courbes de mortalité attribuable à l'alcool en fonction de la quantité consommée	145
Annexe 7.	Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Le repérage interventionnel des usages d'alcool	146
Annexe 8.	Principes, objectifs, outils et actions pratiques en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) liés à l'usage d'alcool appropriables par tout professionnel de premier recours	149
Annexe 9.	Réduire les risques et les dommages des alcoolisations ponctuelles importantes (<i>binge drinkings</i>) – Actions pratiques appropriables par tout professionnel et tout usager du système de santé	156
Annexe 10.	Exemples d'actions pratiques au quotidien et pour tout un chacun (la personne et son entourage) visant à réduire les risques et les dommages des consommations d'alcool dans la vie courante	159
Annexe 11.	Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Place des outils numériques dans le repérage et l'accompagnement des consommations vers un moindre risque alcool	161
Annexe 12.	Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – L'approche motivationnelle	163
Annexe 13.	Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – L'approche psychothérapeutique	167
Annexe 14.	Diminuer le risque alcool en accompagnant chaque personne – Les acteurs intervenant en premier recours sont au cœur d'un réseau de partenaires à l'échelle du territoire	170
Annexe 15.	Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Les compétences psychosociales	172

Annexe 1. Classement selon la gravité des dommages globaux (individuels et collectifs) induits par les substances psychoactives

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, mais également avant le tabac. Des résultats similaires sont constatés en Angleterre (9) et en France (10).

En Angleterre

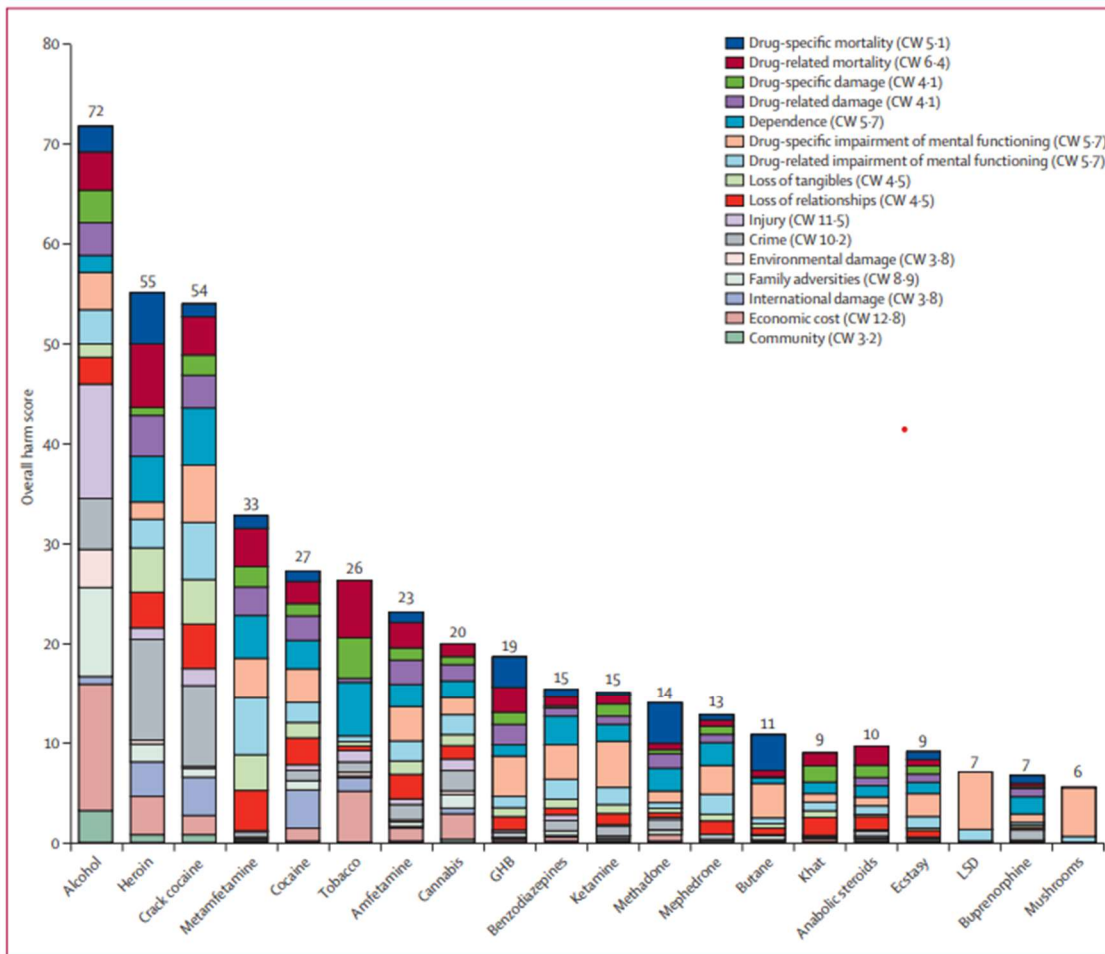


Figure 4: Overall weighted scores for each of the drugs

The coloured bars indicate the part scores for each of the criteria. The key shows the normalised weight for each criterion. A higher weight indicates a larger difference between the most harmful drug on the criterion and no harm. CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

Source : Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010;376(9752):1558-65.

Figure 4: Overall weighted scores for each of the drugs p. 1563. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61462-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61462-6)

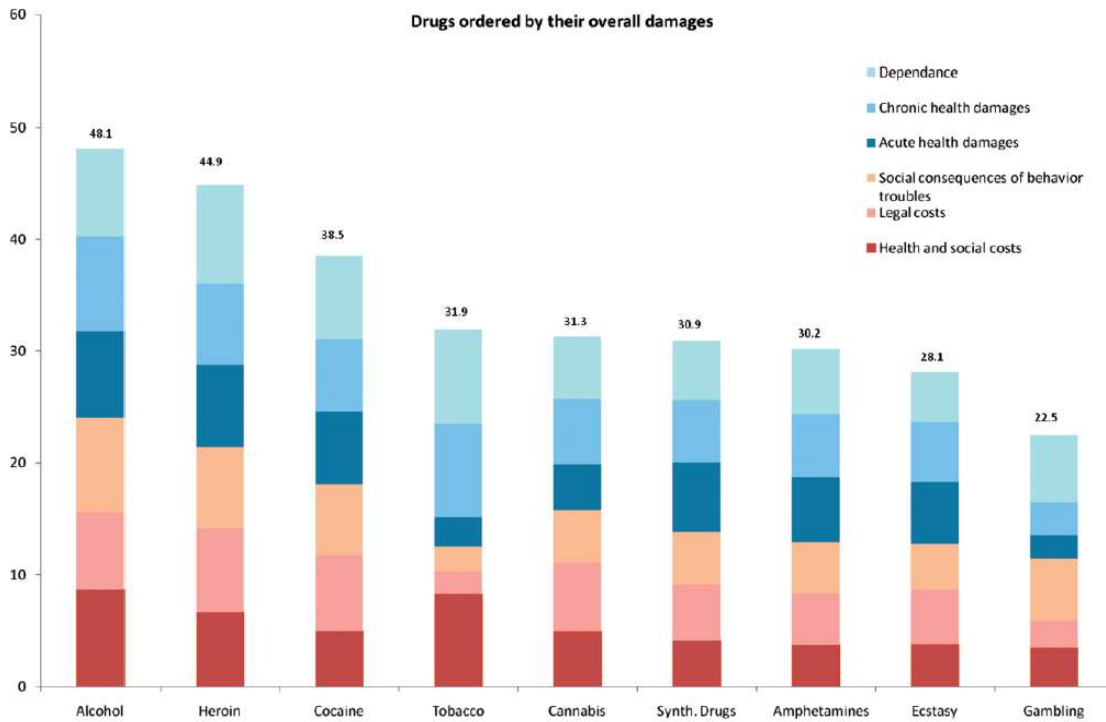


Figure 1 Products ordered by decreasing overall damages. Contributions to the overall score of each six damage criteria. The three user criteria are clustered at the top shown in blue; the three social criteria at the bottom shown in red

Source : 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. Figure 1 Products ordered by decreasing overall damages. Contributions to the overall score of each six damage criteria. The three user criteria are clustered at the top shown in blue; the three social criteria at the bottom shown in red – p. 445. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03675.x>

Annexe 2. Stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire a été mise à jour au 20/01/2023.

Sources d'information

Bases de données bibliographiques

- Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis)

La stratégie d'interrogation des bases de données précise pour chaque question et/ou type d'étude les termes de recherche utilisés, les opérateurs booléens et la période de recherche.

Les termes de recherche utilisés sont soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Les recherches ont porté sur les publications en langue anglaise et française.

Le tableau présente de façon synthétique les étapes successives de l'interrogation dans la base de données Medline.

- En complément de ces recherches, la *Cochrane Library* a été interrogée.

Tableau. Stratégie de recherche dans la base de données Medline

Termes utilisés	Période de recherche	Nombres de références
Parcours alcool : méta-analyses, revues systématiques	2015 10/2021	- 78
Étape 1 ((MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol Drinking") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Induced Disorders -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcoholism -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Related Disorders -- prevention & control") OR Ti,ab(Harmful drink*) OR Ti,ab(hazardous drinker*) OR Ti,ab(hazardous alcohol consumption) OR Ti,ab(episodic heavy drinking) OR (Ti,ab(Hazardous use) AND Ti(alcohol)) OR Ti,ab(alcohol misuse) OR Ti(Alcohol consumption) OR Ti(alcohol-related harm*) OR Ti,ab(low risk drinking) OR Ti,ab(excessive alcohol use) OR Ti,ab(excessive alcohol consumption) OR Ti(risky drinking))		

ET

Étape 2 ((MESH.EXACT.EXPLODE("Patient Care Team") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Delivery of Health Care, Integrated") OR MESH.EXACT("Delivery of Health Care") OR MESH.EXACT("Patient Care Management") OR MESH.EXACT("Critical Pathways") OR MESH.EXACT("General Practice -- methods") OR MESH.EXACT("Practice Patterns, Physicians") OR MESH.EXACT("Primary Health Care") OR MESH.EXACT("Patient Care Management") OR MESH.EXACT("Interprofessional Relations") OR ti(coordination) OR ti,ab(clinical pathway) OR ti,ab(integrated care) OR Ti(Early detect*) OR Ti(primary care) OR Ti,ab(early screening) OR Ti(brief intervention*) OR Ti(minimal intervention) OR Ti(identification) OR Ti(physician's attitude) OR Ti(primary health care) OR Ti(occupational health care) OR Ti(specialized health care) OR Ti(general practitioner*) OR (Ti(primary care health) AND (Ti(provider*) OR Ti(worker*) OR Ti(nurse*) OR Ti(physician*)))

ET

Étape 3 ((Ti(meta PRE/0 analys[*3]) OR Ti(metaanalys[*3]) OR Ti(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR Ti(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR Ti(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR Ti(systematic* PRE/0 review[*3]) OR DTYPE(meta-analysis) OR DTYPE(systematic review) OR PUB(cochrane database syst rev))

Parcours alcool : recommandations

2015 – 25
10/2021

Étape 1 ((MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol Drinking") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Induced Disorders -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcoholism -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Related Disorders -- prevention & control") OR Ti,ab(Harmful drink*) OR Ti,ab(hazardous drinker*) OR Ti,ab(hazardous alcohol consumption) OR Ti,ab(episodic heavy drinking) OR (Ti,ab(Hazardous use) AND Ti(alcohol)) OR Ti,ab(alcohol misuse) OR Ti(Alcohol consumption) OR Ti(alcohol-related harm*) OR Ti,ab(low risk drinking) OR Ti,ab(excessive alcohol use) OR Ti,ab(excessive alcohol consumption) OR Ti(risky drinking))

ET

Étape 2 ((MESH.EXACT.EXPLODE("Patient Care Team") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Delivery of Health Care, Integrated") OR MESH.EXACT("Delivery of Health Care") OR MESH.EXACT("Patient Care Management") OR MESH.EXACT("Critical Pathways") OR MESH.EXACT("General Practice -- methods") OR MESH.EXACT("Practice Patterns, Physicians") OR MESH.EXACT("Primary Health Care") OR MESH.EXACT("Patient Care Management") OR MESH.EXACT("Interprofessional Relations") OR ti(coordination) OR ti,ab(clinical pathway) OR ti,ab(integrated care) OR Ti(Early detect*) OR Ti(primary care) OR Ti,ab(early screening) OR Ti(brief intervention*) OR Ti(minimal intervention) OR Ti(identification) OR Ti(physician's attitude) OR Ti(primary health care) OR Ti(occupational health care) OR Ti(specialized health care) OR Ti(general practitioner*) OR (Ti(primary care health) AND (Ti(provider*) OR Ti(worker*) OR Ti(nurse*) OR Ti(physician*)))

ET

Réductions des risques : recommandations

2016 –/2023 50

Étape 1 ((Ti(related harm*) OR Ti(related-harm*) OR Ti(low risk*) OR Ti(brief intervention*) OR Ti(early intervention*) OR Ti(reduc*) OR Ti(early detection) OR Ti(harm* reduction) OR Ti(harm*-reduction)) AND (Ti(alcohol*) OR Ti(drink*) OR Ti(ethanol)))

ET

Étape 2 ((TI(consensus) OR TI(guideline[*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR TI(recommendation[*1]) OR TI(statement[*1]) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline))

Réductions des risques : méta-analyses

2016 –/2023 129

Étape 1 ((Ti(related harm*) OR Ti(related-harm*) OR Ti(low risk*) OR Ti(brief intervention*) OR Ti(early intervention*) OR Ti(reduc*) OR Ti(early detection) OR Ti(harm* reduction))

OR Ti(harm*-reduction)) AND (Ti(alcohol*) OR Ti(drink*)
OR Ti(ethanol))

ET

Étape 2 TI(meta PRE/0 analys[*3]) OR TI(metaanalys[*3]) OR
TI(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR
TI(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR
TI(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR TI(systematic*
PRE/0 review[*3]) OR EMB.EXACT(meta-analysis) OR
EMB.EXACT(systematic review) OR DTYPE(meta-
analysis) OR DTYPE(systematic review) OR
PUB(cochrane database syst rev)

Parcours alcool et femmes : recommandations

2016 – 126
12/2022

Étape 1 ((MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol Drinking") OR
MESH.EXACT("Drinking Behavior") OR
MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Induced Disorders --
prevention & control") OR
MESH.EXACT.EXPLODE("Alcoholism -- prevention &
control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Ethanol") OR
MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Related Disorders --
prevention & control") OR
MESH.EXACT.EXPLODE("Harm reduction") OR
Ti,ab(harm reduction) OR Ti,ab(Early detect*) Ti,ab(early
screening) OR Ti,ab(brief intervention*) OR Ti,ab(minimal
intervention) OR Ti,ab(identification) OR Ti,ab(Harmful
drink*) OR Ti,ab(hazardous drinker*) OR Ti,ab(hazardous
alcohol consumption) OR Ti,ab(episodic heavy drinking)
OR (Ti,ab(Hazardous use) AND Ti(alcohol)) OR Ti,ab(al-
cohol misuse) OR Ti(Alcohol consumption) OR Ti(alco-
hol-related harm*) OR Ti,ab(low risk drinking) OR
Ti,ab(excessive alcohol use) OR Ti,ab(excessive alcohol
consumption) OR Ti(alcohol consumption) OR Ti(risky
drinking) OR Ti(ethanol)))

ET

MESH.EXACT("Women's Health") OR
MESH.EXACT("Women") OR MESH.EXACT("Pregnant
Women") OR MESH.EXACT("Pregnancy") OR
MESH.EXACT("Female") OR
MESH.EXACT("Perinatology") OR
MESH.EXACT("Perinatal Care") OR
MESH.EXACT("Neonatal Nursing") AND (Ti(Woman) OR
Ti(women) OR Ti(Female) OR Ti(Pregnancy) OR Ti(preg-
nant) OR Ti(perinat*))

ET

Étape 2 ((TI(consensus) OR TI(guideline[*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR TI(recommendation[*1]) OR TI(statement[*1]) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline)))

Parcours alcool et femmes : méta-analyses, revues systématiques

2016

– 45

12/2022

Étape 1 ((MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol Drinking") OR MESH.EXACT("Drinking Behavior") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Induced Disorders -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcoholism -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Ethanol") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Related Disorders -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Harm reduction") OR Ti,ab(harm reduction) OR Ti,ab(early detect*) OR Ti,ab(early screening) OR Ti,ab(brief intervention*) OR Ti,ab(minimal intervention) OR Ti,ab(identification) OR Ti,ab(Harmful drink*) OR Ti,ab(hazardous drinker*) OR Ti,ab(hazardous alcohol consumption) OR Ti,ab(episodic heavy drinking) OR (Ti,ab(Hazardous use) AND Ti(alcohol)) OR Ti,ab(alcohol misuse) OR Ti(Alcohol consumption) OR Ti(alcohol-related harm*) OR Ti,ab(low risk drinking) OR Ti,ab(excessive alcohol use) OR Ti,ab(excessive alcohol consumption) OR Ti(alcohol consumption) OR Ti(risky drinking) OR Ti(ethanol)))

ET

Étape 2 MESH.EXACT("Women's Health") OR MESH.EXACT("Women") OR MESH.EXACT("Pregnant Women") OR MESH.EXACT("Pregnancy") OR MESH.EXACT("Female") OR MESH.EXACT("Perinatology") OR MESH.EXACT("Perinatal Care") OR MESH.EXACT("Neonatal Nursing") AND (Ti(Woman) OR Ti(women) OR Ti(Female) OR Ti(Pregnancy) OR Ti(pregnant) OR Ti(perinat*))

ET

Étape 3 TI(meta PRE/0 analys[*3]) OR TI(metaanalys[*3]) OR TI(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR TI(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR TI(systematic* PRE/0 review[*3]) OR EMB.EXACT(meta-analysis) OR EMB.EXACT(systematic review) OR DTYPE(meta-analysis) OR DTYPE(systematic review) OR PUB(cochrane database syst rev)

Parcours alcool et jeunes : méta-analyses, revues systématiques

2016

– 17

01/2023

Étape 1 MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol Drinking") OR MESH.EXACT("Drinking Behavior") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Induced Disorders -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcoholism -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Ethanol") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Related Disorders -- prevention & control") OR Ti(hazardous drinker*) OR Ti(hazardous alcohol consumption) OR Ti(episodic heavy drinking) OR Ti(drink*) OR Ti,ab(Hazardous use)

ET

Étape 2 Ti,ab(alcohol) OR Ti,ab(alcohol misuse) OR Ti,ab(Alcohol consumption) OR Ti,ab(alcohol-related harm*) OR Ti,ab(low risk drinking) OR Ti,ab(excessive alcohol use) OR Ti,ab(excessive alcohol consumption) OR Ti,ab(alcohol consumption) OR Ti,ab(risky drinking) OR Ti,ab(ethanol)

Étape 3 MESH.EXACT.EXPLODE("Harm reduction") OR Ti,ab(harm reduction) OR Ti,ab(Reduction) OR Ti,ab(Early detect*) OR Ti,ab(early screening) OR Ti,ab(brief intervention*) OR Ti,ab(minimal intervention) OR Ti,ab(identification) OR Ti,ab(Harmful drink*)

ET

Étape 4 MESH.EXACT("Child") OR MESH.EXACT("Child Behavior") OR MESH.EXACT("Child Health") OR MESH.EXACT("Young Adult") OR MESH.EXACT("Underage Drinking") OR MESH.EXACT("Adolescent Behavior") OR MESH.EXACT("Adolescent") OR MESH.EXACT("Adolescent Health") OR MESH.EXACT("Alcohol Drinking in College") OR MESH.EXACT("Student Health Services") OR

MESH.EXACT("Students") OR
MESH.EXACT("Universities") OR Ti,ab(young*) OR
Ti,ab(child*) OR ti,ab(adolescent*) OR Ti,ab(college) OR
Ti,ab(student*) OR Ti,ab(universit*)

ET

Étape 5 TI(meta PRE/0 analys[*3]) OR TI(metaanalys[*3]) OR
TI(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR
TI(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR
TI(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR TI(systematic*
PRE/0 review[*3]) OR EMB.EXACT(meta-analysis) OR
EMB.EXACT(systematic review) OR DTYPE(meta-
analysis) OR DTYPE(systematic review) OR
PUB(cochrane database syst rev)

Parcours alcool et jeunes : recommandations

2016 – 10
01/2023

Étape 1 MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol Drinking") OR
MESH.EXACT("Drinking Behavior") OR
MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Induced Disorders --
prevention & control") OR
MESH.EXACT.EXPLODE("Alcoholism -- prevention &
control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Ethanol") OR
MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Related Disorders --
prevention & control") OR Ti(hazardous drinker*) OR
Ti(hazardous alcohol consumption) OR Ti(episodic heavy
drinking) OR Ti(drink*) OR Ti,ab(Hazardous use)

ET

Étape 2 Ti,ab(alcohol) OR Ti,ab(alcohol misuse) OR Ti,ab(Alcohol
consumption) OR Ti,ab(alcohol-related harm*) OR
Ti,ab(low risk drinking) OR Ti,ab(excessive alcohol use)
OR Ti,ab(excessive alcohol consumption) OR Ti,ab(alco-
hol consumption) OR Ti,ab(risky drinking) OR Ti,ab(etha-
nol)

ET

Étape 3 MESH.EXACT.EXPLODE("Harm reduction") OR
Ti,ab(harm reduction) OR Ti,ab(Reduction) OR
Ti,ab(Early detect*) OR Ti,ab(early screening) OR
Ti,ab(brief intervention*) OR Ti,ab(minimal intervention)
OR Ti,ab(identification) OR Ti,ab(Harmful drink*)

ET

Étape 4 MESH.EXACT("Child") OR MESH.EXACT("Child Behavior") OR MESH.EXACT("Child Health") OR MESH.EXACT("Young Adult") OR MESH.EXACT("Underage Drinking") OR MESH.EXACT("Adolescent Behavior") OR MESH.EXACT("Adolescent") OR MESH.EXACT("Adolescent Health") OR MESH.EXACT("Alcohol Drinking in College") OR MESH.EXACT("Student Health Services") OR MESH.EXACT("Students") OR MESH.EXACT("Universities") OR Ti,ab(young*) OR Ti,ab(child*) OR ti,ab(adolescent*) OR Ti,ab(college) OR Ti,ab(student*) OR Ti,ab(universit*)

ET

Étape 5 ((TI(consensus) OR TI(guideline[*1]) OR TI(position PRE/0 paper) OR TI(recommendation[*1]) OR TI(statement[*1]) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline)))

Alcool et pairs-aidants : recommandations

2016

– 14 références

01/2023

Étape 1 MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol Drinking") OR MESH.EXACT("Drinking Behavior") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Induced Disorders -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcoholism -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Ethanol") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Related Disorders -- prevention & control") OR Ti(hazardous drinker*) OR Ti(hazardous alcohol consumption) OR Ti(episodic heavy drinking) OR Ti(drink*) OR Ti,ab(Hazardous use)

ET

Étape 2 Ti,ab(alcohol) OR Ti,ab(alcohol misuse) OR Ti,ab(Alcohol consumption) OR Ti,ab(alcohol-related harm*) OR Ti,ab(low risk drinking) OR Ti,ab(excessive alcohol use) OR Ti,ab(excessive alcohol consumption) OR Ti,ab(alcohol consumption) OR Ti,ab(risky drinking) OR Ti,ab(ethanol)

ET

Étape 3 MESH.EXACT(EXPLODE("Harm reduction")) OR Ti(harm reduction) OR Ti(Reduction) OR Ti(Early detect*) OR Ti(early screening) OR Ti(brief intervention*) OR Ti(minimal intervention) OR Ti(identification) OR Ti (Harmful drink*) OR Ti(Risk reduction)

ET

Étape 4 MESH.EXACT("Peer Group") OR MESH.EXACT("Peer Influence") OR Ti(peer group) OR Ti(peer-group) OR Ti(peer influence) OR Ti(peer-help) OR Ti(peer help) OR Ti(peer-led) OR Ti(peer-based) OR Ti(peer based) OR Ti(peer network*) OR Ti(peer work*) OR Ti(peer-crowds) OR Ti(peer crowds) OR Ti(peer) BUT Ti(peer review*) BUT Ti(peer-review*)

Veille

Une veille sur le sujet a été menée jusqu'à janvier 2023.

Sites consultés (au 20/01/2023)

Société française d'alcoologie

Association Addictions France

Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles

Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes

Association pour la santé publique du Québec – Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (ASPQ-TSAF)

Harm Reduction International

Addict'aide

European Federation of Addiction Societies

Réseau de prévention des addictions

Perinatal Services BC

Organisation mondiale de la santé – IRIS

Commission de la santé mentale du Canada

Commission européenne

Centre fédéral d'expertise de soins de santé

Knowledge for Policy – Commission européenne

Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ministère de la Santé – Grand-Duché de Luxembourg

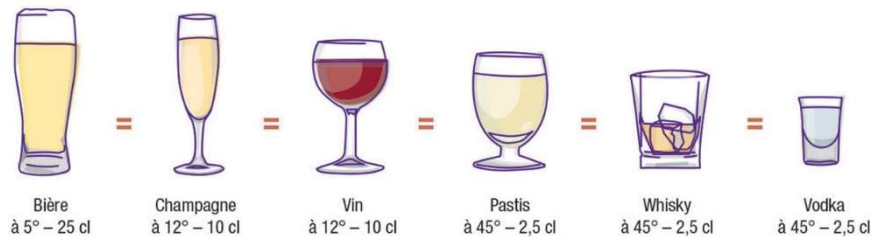
Gouvernement du Canada
Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
Centers for Disease Control and Prevention
East Sussex County Council
European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction
Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
Institut national de santé publique du Québec
Nations unies
Organisation mondiale de la santé
New South Wales Government
Focus on Youth, Football & Alcohol
Projet IP-Jeunes
Modus Bibendi
Reducing Alcohol Related Harm
Center of Excellence for Women's Health
Agency for Healthcare Research and Quality
Cochrane Library
College Drinking (un site du *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*)
Health Research Board (HRB)
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
National Health and Medical Research Council (NHMRC)
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
National Institute for Health and Care Excellence

Annexe 3. Quantifier les consommations d'alcool – Le verre standard d'alcool et ses équivalences

En France, le verre standard (ou 1 unité) contient 10 grammes d'alcool pur. Son volume ne dépend donc que du degré d'alcool de la boisson en question.

Des schémas d'équivalence de verre standard selon le type de boisson alcoolisée ont été proposés comme suit (29, 239, 240).

Les équivalences entre verres standards



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :

25 cl de boissons à 5° (bière classique, sodas alcoolisés [alcopops-prémix]),
10 cl de vin à 12°, 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40° (whisky, vodka),
2,5 cl d'alcool à 45° (pastis : dose de 2,5 cl diluée dans de l'eau, digestif)

Source : Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions. Accompagner la réduction de la consommation d'alcool. Paris: Respadd; 2020. Le verre standard p.5. <https://www.respadd.org/blog/2020/08/03/livret-accompagner-la-reduction-de-la-consommation-dalcool/>

Une attention particulière doit être portée au fait que si les bières de plus grande consommation disponibles en grande surface sont titrées à 5°, d'autres bières sont plus fortement titrées, de 7 à 10°, voire plus encore, ce qui accroît d'autant plus la quantité d'alcool pur de la bière concernée. Ainsi, si une canette de 25 cl de bière de ménage (autour de 4 à 5°) équivaut à 1 VS, une canette de 50 cl de bière à 9° équivaut 4 VS et non pas 2 VS. De même, le degré d'alcoolémie du vin est de plus en plus souvent supérieur à 12°, ce qui peut fausser également l'évaluation en VS.

Si le verre standard est un bon outil de chiffrage, il n'en demeure pas moins qu'être au plus près de la réalité des usages implique de s'adapter à la manière dont chacun consomme et s'évalue. Le VS est de fait souvent très différent du « verre maison » et il peut aussi différer du verre restaurant ou bar. Il faudra alors les quantifier comme tel, ainsi que le cas échéant le nombre de bouteilles (notamment en cas de *binge drinking*) en considérant le nombre de VS par bouteille.

Pour l'usager, une boisson alcoolisée n'en vaut pas une autre (même s'il s'agit du même éthanol). Il est donc important de pouvoir reconnaître que ces expériences sont très différentes et ne pas diaboliser ou valoriser certaines boissons plutôt que d'autres sous peine d'être contre-productif.

Annexe 4. Détecter un trouble de l'usage d'alcool (TUA) – La version 5 du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*

Le trouble de l'usage de l'alcool (recouvrant les catégories antérieures d'abus et de dépendance) est défini selon le DSM-5 sur la base des 11 critères (241), comme un mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou durant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - effet notablement diminué en cas de l'usage continu d'une même quantité d'alcool.
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes ;
 - l'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Un nombre seuil de 2 critères au moins au cours d'une période de 12 mois est nécessaire pour parler de TUA avec la stratification des TUA suivante :

- Léger (2-3 symptômes)
- Modéré (4-5)
- Sévère (6 ou plus) étant considéré comme une addiction certaine
- La dépendance correspondant peu ou prou à au moins 4 critères ou plus

Source : American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. Reoubles de l'usage de l'alcool. Critère diagnostiques. Dans: DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 643. <https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>

Annexe 5. Les repères de consommation d'alcool dits à moindre risque

Depuis 2017, les repères visant à définir une consommation à moindre risque sont les suivants :

Ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine ;

Ne pas consommer plus de 2 verres par jour ;

Avoir des jours dans la semaine sans consommation ;

Pour être plus facilement comprise et mémorisée, la formulation grand public, est la suivante
« **Pour votre santé, maximum 2 verres par jour et pas tous les jours** ».

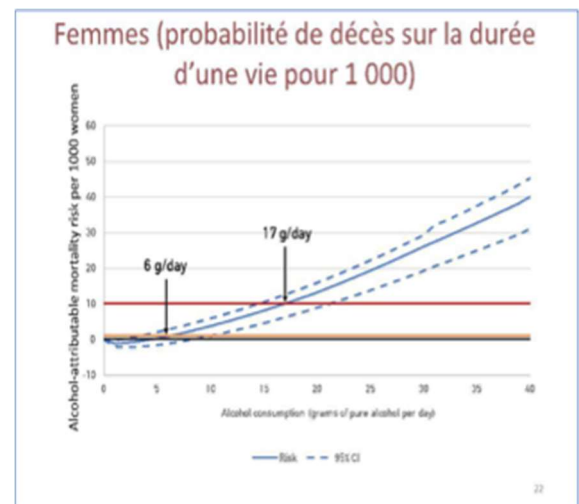
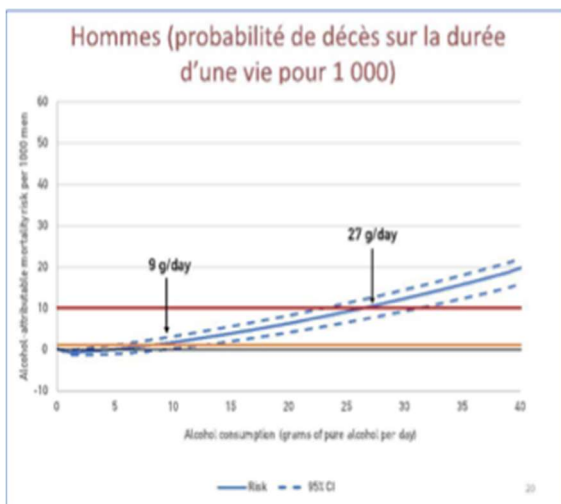
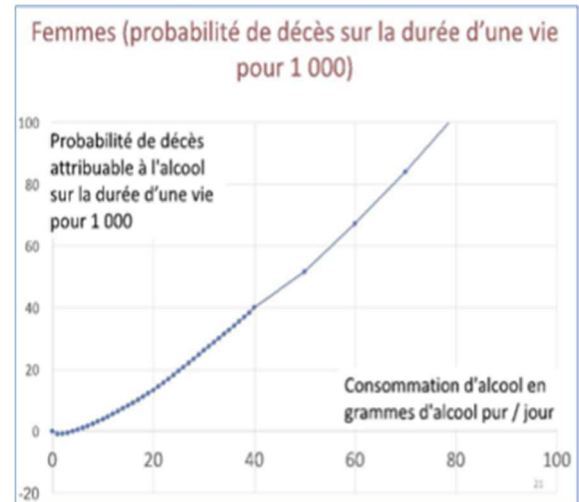
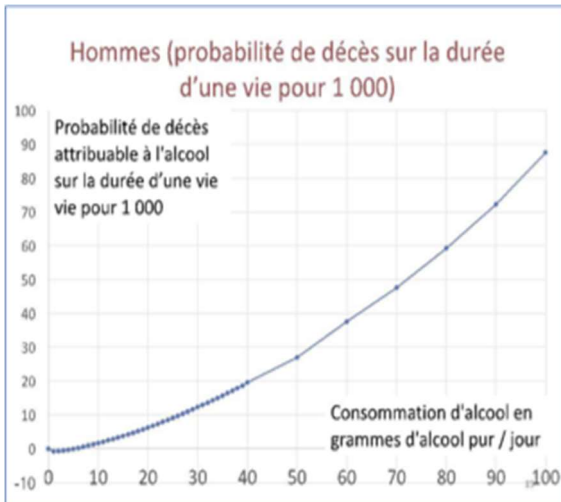
Ces repères²⁵ (22, 239) basés sur la quantité et la fréquence permettent l'évaluation du risque chronique lié à l'alcool en fonction de la dose ainsi que le risque d'habitué qui est un facteur de risque d'évolution vers la dépendance.

- En deçà de ces repères, la consommation est dite à moindre risque. Ce résultat doit pourtant être pondéré au regard de la sous-déclaration et des fluctuations (selon un principe de *continuum*) des consommations ainsi qu'en cas de facteur(s) de vulnérabilité (grossesse, conduite de véhicule, consommation concomitante de psychotropes, condition somatique affectant la métabolisation de l'alcool ou la toxicité de l'alcool sur l'organisme, particulièrement le système nerveux central, y compris le grand âge, etc.). Ainsi, même en deçà de ces repères, le risque persiste (notamment le risque cancérigène) et peut même dans certains cas rester important. Un accompagnement vers un moindre risque alcool sera toujours utile à titre individuel autant que collectif (du fait de l'interactionnisme et par effet d'émulation) même pour des consommations considérées comme faibles en quantité.
- Au-delà de ces repères, le risque est d'emblée considéré comme significatif pour la santé (la mortalité augmentant linéairement en parallèle de la quantité consommée) et pour la qualité de vie, justifiant un accompagnement pérenne vers un moindre risque alcool via une modulation des modalités d'usage, à l'échelle quantitative autant que qualitative.

²⁵ [De nouveaux repères de consommation d'alcool pour limiter les risques sur sa santé \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr)

Annexe 6. Courbes de mortalité attribuable à l'alcool en fonction de la quantité consommée

Iconographie issue de l'avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut national du cancer et dont les recommandations ont été publiées le 4 mai 2017 (22, 121, 122, 242)



Source : Santé Publique France, Institut National du Cancer. Méthodologie pour déterminer le risque de mortalité sur une vie attribuable à la consommation d'alcool. Un guide intuitif en cinq étapes. Dans : Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Expertise. Saint Maurice : SPF; 2017. p. 83-90.

<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>

Ces courbes illustrent, d'une part, l'absence d'effet protecteur de l'alcool avec la survenue de dommages dès les faibles niveaux de consommation d'alcool, d'autre part, l'effet dose-dépendant des consommations d'alcool sur la morbi-mortalité, enfin la vulnérabilité physiologique de la femme avec une toxicité plus rapide et plus importante à même quantité consommée par rapport à l'homme.

Annexe 7. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Le repérage interventionnel des usages d'alcool

Le modèle type du repérage interventionnel est le RPIB développé par l'OMS, dont l'adaptation à l'exercice de la médecine en France a été validée par la HAS (29). Il repose d'une part sur les outils d'évaluation que sont les repères de consommation à moindre risque et les questionnaires FACE et/ou AUDIT-C, d'autre part sur l'intervention brève visant l'alliance thérapeutique et l'incitation au changement en renforçant le sentiment de confiance et la motivation.

AUDIT-C (*Alcohol Use Disorder Identification Test*)

L'AUDIT-C est une version réduite de l'AUDIT créé et diffusé par l'OMS comme outil de référence pour le repérage des consommations d'alcool (149, 150, 243). De réalisation très facile, y compris en auto-évaluation et en suivi, l'AUDIT-C a l'intérêt d'évaluer autant le risque chronique que le risque ponctuel par l'occurrence des *binge drinkings* (consommation épisodique massive ou API). Ces derniers, qui ne sont pas spécifiquement pris en compte à travers les repères de moindre risque, peuvent de ce fait passer inaperçus s'ils ne sont pas explicitement questionnés, alors qu'ils peuvent déjà constituer en eux-mêmes un équivalent de TUA et, à tout le moins, un usage à risque ponctuel.

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
					TOTAL	

En termes d'interprétation, plus le score augmente, plus le risque pour la santé et la sécurité augmente. Un score au-delà de 4 pour l'homme ou de 3 pour la femme est considéré comme un repérage positif en lien avec un usage excessif, voire un authentique TUA.

FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation)

Considéré comme équivalent à l'AUDIT-C en termes de performance, le FACE (27, 244, 245) a été préféré par les généralistes français lors de travaux visant à adapter le RPIB aux conditions d'exercice de la médecine en France (d'après Arfaoui, 2002 (244)).

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ». Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	NON				OUI	
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	NON				OUI	
5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	NON				OUI	
					TOTAL	

Questionnaire Face (site « Alcool-Info-Service » : <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-et-grossesse/Le-reperage-et-le-depistage-de-la-consommation-maternelle/Quels-sont-les-outils-pour-evaluer-la-consommation>)

En termes d'interprétation :

- Un score inférieur à 5 pour l'homme ou à 4 pour la femme est considéré comme faible
- Un score de 5 à 8 pour l'homme ou de 4 à 8 pour la femme est considéré comme significatif
- Un score de 9 et plus chez l'homme comme chez la femme suggère un TUA

Une suspicion de TUA incite à compléter le repérage par une évaluation comportementale usant notamment du questionnaire du DSM5, voire à proposer au moment opportun et selon le degré d'accroche de la personne un complément d'expertise addictologique, *a fortiori* si les conseils et interventions prodigués en premier recours s'avèrent inopérants.

Intervention brève (du RPIB)

Est repris ici le déroulement d'une intervention brève telle que développée dans le rapport d'élaboration sur le RPIB produit par la HAS à l'aune des nouveaux repères de consommation à moindre risque (29).

1. Expliquer le risque alcool, le verre standard et les nouveaux repères de consommation à moindre risque ;
2. Restituer les résultats du repérage issus des questionnaires (FACE, AUDIT) en évaluant avec la personne son risque personnel et situationnel ;
3. Identifier les représentations, les attentes, les motivations, les ressources, l'ambivalence ou la confiance, la temporalité de la personne ;
4. Échanger sur l'intérêt personnel de réduire son risque alcool ;
5. Expliquer les méthodes utilisables pour réduire son risque alcool ;
6. Proposer des objectifs et laisser le choix ;
7. Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation ;
8. Remettre une documentation et/ou des liens numériques utiles vers de l'information, du conseil, des outils d'évaluation et de réduction des risques afin de favoriser l'*empowerment* et contribuer à l'auto-efficacité, ainsi que transmettre des coordonnées d'associations.

L'acronyme mnémotechnique « FRAMES » synthétise les axes de l'intervention brève :

- *Feed-back* : restituer les résultats du repérage ;
- *Responsability* : responsabiliser (le choix du changement appartient toujours au patient) ;
- *Advice* : conseiller ;
- *Menu* : évoquer avec le patient les modifications possibles de sa consommation ;
- *Empathy* : le thérapeute fait preuve d'empathie ;
- *Self efficacy* : laisser le patient acteur de son changement.

Annexe 8. Principes, objectifs, outils et actions pratiques en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) liés à l'usage d'alcool appropriables par tout professionnel de premier recours

La RdRD alcool, c'est quoi ?

La réduction des risques et des dommages en matière d'alcool est une approche qui s'intéresse aux habitudes de consommation d'alcool des personnes. Cette approche ne vise pas l'arrêt ou la diminution des consommations mais plutôt à évaluer les risques et à chercher des solutions pour les réduire. Elle peut se décliner à tout moment, pour toute personne, dans toutes les situations de consommation.

La RdRD alcool aborde la réalité des consommations et cherche à agir de manière pragmatique pour améliorer la santé et le bien-être des personnes consommatrices.

L'objectif principal de cette approche est d'intervenir dans la vie réelle des personnes pour agir positivement sur leur qualité de vie. Elle reconnaît l'expertise des personnes en encourageant une approche collaborative pour réduire les risques pris ou encourus et en proposant aux personnes une réflexion sur leurs pratiques de consommation. Ce processus peut être accompagné par un professionnel.

La RdRD alcool promeut l'inclusion et la déstigmatisation des personnes concernées. Elle implique un changement des représentations sociales liées au produit alcool et aux personnes qui consomment. Elle implique des postures humanistes.

Depuis 2016, la RdRD alcool est intégrée dans les politiques de santé publique. L'article L. 3411-8 du Code de la santé publique et la loi de modernisation du système de santé n° 2016-41 ont en effet élargi le champ de la RdRD au tabac et à l'alcool. En alternative aux soins médicaux traditionnels mis en difficulté (dont les échecs de sevrage), la RdRD en matière d'alcool qui tendait à s'adresser préférentiellement aux personnes en situation de TUA accompagne en réalité tous les usages (quels qu'ils soient, tels qu'ils se présentent et quelle que soit la situation de la personne) en considérant pour chaque personne des perspectives positives toujours possibles.

Objectifs principaux

→ Lutter contre le non-recours aux dispositifs d'accompagnement et de soin :

- en s'adaptant aux **besoins spécifiques des personnes en difficulté** avec leurs consommations d'alcool ;
- en les **aidant à accéder aux aides** correspondant à leurs besoins spécifiques.

Les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle clé pour faciliter l'accès aux dispositifs d'accompagnement des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool

Le non-recours aux dispositifs d'accompagnement et de soin concerne les personnes qui rencontrent des difficultés pour accéder aux dispositifs d'aide et d'accompagnement ou qui ne les sollicitent pas du fait de leur consommation d'alcool.

Cette forme de non-recours peut être liée à la méconnaissance des dispositifs et des propositions d'accompagnement disponibles, mais également, voire majoritairement, à la peur du jugement social et à la crainte d'une stigmatisation de la part des professionnels ou d'être jugé ou rejeté.

La prise en compte de ces facteurs est essentielle pour adapter l'accompagnement aux besoins de chacun et ainsi favoriser l'accès aux soins pour tous.

Pour lutter contre ces formes de non-recours observées chez les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool, il est donc important de repérer leurs besoins spécifiques et de s'y adapter.

➔ **Cœuvrer par tout moyen, et pour tous et chacun, à réduire les risques liés aux usages d'alcool :**

- en repérant les pratiques, les contextes de consommation et les risques pris ou encourus ;
- en soutenant chaque personne dans une démarche de sécurisation des risques.

Les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle clé pour **aider la personne à identifier ses risques** et élaborer des actions préventives visant à les réduire

En termes de santé publique, œuvrer pour une diminution du risque alcool implique de mettre en place des actions visant à réduire les risques sanitaires et sociaux liés à la consommation d'alcool. Ces actions doivent pouvoir s'adresser à chaque personne, de manière individuelle et personnalisée, quel que soit son niveau de consommation.

Pour atteindre cet objectif, il est important d'identifier les pratiques et les contextes de consommation d'alcool qui présentent des risques. Cela permet de mieux comprendre les comportements et les situations à risque et ainsi de cibler les actions préventives ou de sécurisation.

En conséquence, il est essentiel d'ouvrir l'échange et de soutenir chaque personne dans une démarche de gestion des risques encourus ou pris (pour lui-même et son entourage). Cela passe notamment par la fourniture d'informations claires et adaptées sur les moyens de réduire les risques identifiés, ainsi que par l'accompagnement dans la mise en place d'une stratégie pertinente adaptée à la situation de la personne.

Trois catégories d'actions de réduction des risques et des dommages appropriables par tout professionnel de premier recours

Ces actions doivent pouvoir être réalisées sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à une orientation ou un accompagnement spécialisé en addictologie. L'objectif est de témoigner de l'attention portée aux besoins des personnes consommatrices d'alcool en intégrant dans les actes réalisés des actions concrètes et immédiates pour identifier et réduire les risques.

1. Communication et information aux personnes

➔ **Rendre visible et audible qu'il est possible de « faire avec l'alcool » tout en réduisant ses risques**

Les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle clé pour **communiquer sur les objectifs et l'appropriation d'une démarche de RdRD alcool** visant à engager la personne vers une réflexion et une pratique de sécurisation des consommations d'alcool.

Informé sur l'approche RdRD alcool peut être une stratégie efficace pour encourager des comportements favorables à l'amélioration de la santé globale de la personne.

Les personnes consommatrices d'alcool ont tendance à garder leurs inquiétudes pour elles, ou à ne pas les partager avec les professionnels de santé. Pour faciliter leur prise en charge, il est donc primordial que les professionnels de premier recours envoient des signaux positifs et prennent l'initiative de l'échange pour encourager les personnes à s'exprimer librement sur leurs besoins, sans les renvoyer uniquement vers un suivi ou une orientation spécialisée en addictologie.

À cet effet, la communication et l'information sur l'approche RdRD alcool et ses objectifs sont un levier qui peut faciliter et orienter les échanges.

→ **Fournir par tout moyen des conseils de prévention et de RdRD alcool ainsi que des informations sur les dispositifs spécialisés**

Les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle clé pour **mettre à disposition une information adaptée** relative aux repères de consommation, aux actions de RdRD alcool qui peuvent être menées par les personnes ainsi que sur les dispositifs qui peuvent proposer un soutien.

De nombreux supports de communication peuvent être utilisés, tels que des affichettes, une signalétique appropriée, des messages incitant à identifier les risques pris ou encourus et à adopter des comportements de sécurisation des moments d'alcoolisation (cf. annexe 9 sur les actions de RdRD liés aux alcoolisations importantes/*binge drinkings* et annexe 10 sur les actions de RdRD alcool pour le tout un chacun dans la vie courante), des messages incitant à solliciter du soutien pour mieux gérer ses consommations ou les risques encourus, des informations sur les dispositifs d'accompagnement spécialisé et sur les personnes ressources mobilisables, etc.

→ **Toujours rappeler qu'il y a des bénéfices à prendre soin de sa santé, même et surtout en cas de consommation d'alcool**

Les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle clé pour **encourager une action sur les risques en vue d'améliorer** la situation et/ou la santé de la personne.

Rappeler les bénéfices à prendre soin de sa santé peut aider la personne consommatrice d'alcool à adopter des comportements plus vertueux tout en offrant des alternatives positives à l'observation de sa consommation d'alcool.

Ces bénéfices peuvent être de plusieurs ordres : amélioration de la santé physique et mentale, amélioration du parcours de soins, amélioration ou meilleur équilibre de vie, amélioration des relations sociales, meilleure intégration professionnelle, etc.

2. Accueil et postures professionnelles

L'approche RdRD alcool ou comment créer un climat de confiance. L'approche RdRD alcool consiste à adopter des attitudes bienveillantes pour aider la personne à se sentir à l'aise et en confiance pour exprimer ses besoins et préoccupations. Il est important d'être attentif à la communication non verbale, de tenir compte du contexte et de faire preuve d'empathie pour comprendre les difficultés de la personne à s'exprimer. Il est également recommandé d'anticiper les besoins de la personne pour mieux y répondre.

→ **Signifier clairement à toute personne qu'elle est la bienvenue « telle qu'elle est » :**

- en adoptant des postures signifiant le non-jugement ;
- en prenant en compte la réalité de ses consommations d'alcool.

Les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle clé pour **créer un cadre inclusif pour tous**.

Il est essentiel de faire comprendre aux personnes qu'elles sont les bienvenues, sans porter de jugement sur qui elles sont et sur leur mode ou le niveau de leurs consommations d'alcool. Cela doit permettre de créer un environnement accueillant et inclusif pour tous, où chacun peut se sentir à l'aise et bénéficier du service pour lequel il s'est mobilisé.

La démarche d'inclusion est un élément clé pour assurer le succès de l'accompagnement, et cela commence notamment par la communication d'un message clair et positif. En soulignant l'acceptation de chacun, il est possible de créer un esprit de convivialité qui rendra les actes réalisés plus efficaces.

→ **Faciliter l'échange et la libre parole :**

- en reconnaissant les difficultés qu'il y a à parler d'alcool ;
- en reconnaissant les efforts que cela peut représenter pour la personne autant que pour les professionnels.

Les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle clé pour permettre l'échange de parole, redonner confiance et reconnaître les initiatives de la personne à vouloir prendre soin d'elle.

L'objectif est de renforcer et faciliter les relations personnelles, de mieux comprendre les besoins de chacun et d'encourager la confiance mutuelle. Toutefois, il peut être difficile pour certaines personnes consommatrices d'alcool de s'exprimer librement, même dans un environnement positif et accueillant. Il est donc important de comprendre les obstacles de chacun, de les reconnaître et de valoriser les initiatives constructives. Ce processus peut nécessiter des efforts et des ajustements pour repérer et répondre aux demandes parfois difficiles à formuler.

→ **Proposer des RDV tenant compte de l'organisation des consommations des personnes en difficulté avec l'alcool :**

- en recherchant les moments les plus adaptés aux modes de consommation ;
- en repérant avec la personne les difficultés qui pourraient mettre en échec la présence au rendez-vous.

Les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle clé dans l'**observance des rendez-vous** en repérant les moments les plus compatibles avec l'organisation quotidienne de la personne.

Il est important de prendre en compte l'organisation des consommations d'alcool mise en place par la personne dans son quotidien au moment d'organiser les créneaux de rendez-vous car cela peut avoir un impact sur leur capacité à suivre l'accompagnement proposé.

Par exemple, si une personne a besoin de boire de l'alcool le matin pour éviter les symptômes de sevrage, il peut être difficile pour elle de se rendre à un rendez-vous en début de journée. En fin de compte, l'objectif est de s'assurer que la personne est en mesure de se présenter au rendez-vous sans être confrontée à des difficultés supplémentaires et pour ne pas risquer une rupture du lien et de l'accompagnement.

→ **Maintenir le lien avec la personne :**

- en initiant les reprises de contact ou la reprogrammation de rendez-vous ;
- en ayant une vigilance sur les sentiments de honte ou de culpabilité identifiés comme des causes du non-recours.

Les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle clé pour **s'assurer que la personne reçoit un accompagnement régulier et adapté** en prenant l'initiative du maintien de lien et de la reprise de contact s'il a été interrompu.

Il est important de rester en contact régulièrement avec la personne et de se questionner en cas d'absentéisme. Les rendez-vous manqués doivent être reprogrammés pour éviter d'enfermer la personne dans un sentiment de honte, de culpabilité, d'échec et de résignation. Il est également important de montrer à la personne qu'elle est toujours la bienvenue pour reprendre contact à tout moment, même si elle a manqué des rendez-vous précédents. Il peut être utile de souligner l'importance de la continuité dans le parcours de la personne, en abordant ou offrant des solutions pour l'aider à surmonter les obstacles qui peuvent rendre le rendez-vous incertain.

3. Premiers réflexes et premières actions à mener auprès des personnes

→ **Sensibiliser la personne à l'importance de la satisfaction des besoins primaires :**

- en intervenant sans délai sur l'hydratation, l'alimentation, le repos/sommeil ;
- en informant et en sensibilisant la personne sur l'observation de ces risques.

Les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle clé pour **repérer, sensibiliser et faire des recommandations sur les réflexes à adopter** en situation de consommation d'alcool, notamment sur les besoins primaires.

Le repérage des besoins, les conseils et le soutien en matière de besoins primaires sont des actes de RdR alcool à systématiser, particulièrement en cas de perte d'autonomie dans la vie quotidienne. Il est important de rappeler et d'informer que les besoins primaires non satisfaits peuvent avoir un impact sur la santé mentale et physique des personnes et augmenter les consommations ou les risques liés à la consommation d'alcool. Cela peut inclure des conseils sur la nutrition, des informations sur l'importance de l'hydratation et de la préservation du sommeil, ainsi que des solutions concrètes pour aider les usagers à combler ces besoins.

Hydratation : il est important de boire suffisamment d'eau pour maintenir une bonne hydratation du corps. L'alcool a un effet déshydratant qui peut aggraver l'état de santé, en particulier lorsqu'il est consommé en grande quantité. Il est recommandé de boire de l'eau entre les verres d'alcool et notamment en cas de forte chaleur. Cette information est à communiquer de manière systématique. Certaines personnes ont besoin d'aide pour mettre en place des solutions au quotidien pour assurer une hydratation suffisante.

Alimentation : il est important de noter que l'alcool désorganise l'alimentation. Il peut modifier le goût, entraîner une perte d'appétit, se substituer aux repas, générer une malabsorption de nutriments, des vomissements. Ces perturbations alimentaires peuvent aggraver les situations (pics d'alcoolémie plus élevés). Les personnes qui consomment de l'alcool régulièrement peuvent souffrir d'une carence en nutriments essentiels. Pour y remédier, il peut être nécessaire de repérer les habitudes alimentaires et utile de fournir des incitations pour encourager une alimentation saine, de consulter un diététicien pour obtenir des conseils sur la nutrition, ou même de proposer une livraison de repas pour aider à maintenir une alimentation équilibrée. Il est important de prendre en compte l'impact de l'alcool sur l'alimentation pour rechercher des solutions adaptées à la personne.

Repos, sommeil : l'alcool fatigue l'organisme, ce qui peut affecter la qualité du sommeil et plus largement la santé et la qualité de vie (221). Il est donc important d'observer l'état de fatigue et la qualité de sommeil des personnes afin d'identifier des solutions d'amélioration. Les activités de bien-être, comme la méditation et le yoga, peuvent aider à prendre des temps de repos, à réduire le stress et à favoriser un sommeil réparateur. Il est également recommandé de consulter un spécialiste si la personne rencontre des problèmes de sommeil. En effet, la fatigue et les troubles du sommeil peuvent être un facteur aggravant des consommations d'alcool.

➔ **Trouver des solutions concrètes et adaptées à chaque personne pour réduire les épisodes de suralcoolisation et leurs conséquences ainsi que prévenir les accidents de sevrage non encadré :**

- en identifiant et agissant sur les situations de vie qui désorganisent les consommations ;
- en soutenant la personne lors des périodes critiques de prise de risques ou de contrainte de modification des modes de consommation.

Les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle clé pour repérer et prévenir les situations à risque de désorganisation des consommations.

Une consommation d'alcool très importante et inhabituelle ou à l'inverse un arrêt brutal non accompagné par un professionnel spécialisé sont des risques majeurs à éviter. Pour rappel, l'alcool est une substance psychoactive dont les surdoses ou le manque peuvent entraîner la mort. Il est donc important de repérer si la personne court le risque de se retrouver dans une telle situation. Il est alors important de l'informer sur les risques qui y sont liés ainsi que de rechercher avec elle des stratégies pour les éviter.

Il est important de prêter une attention particulière aux situations d'arrêt soudain et non supervisé. Ces situations surviennent fréquemment lorsqu'une personne subit des contraintes (par exemple, une hospitalisation imprévue et incompatible avec le maintien de l'usage d'alcool) ou prend une décision volontaire d'arrêt pour tenter d'améliorer sa situation ou accéder à un service (hospitalisation par

exemple). En ce cas, la prévention du *delirium tremens* est une urgence vitale (hydratation, prévention anxiolytique et anti-convulsivante à base d'une benzodiazépine à demi-vie longue, vitaminothérapie B1) qui relève des professionnels de santé et pourra justifier un accueil dans un environnement médicalisé.

Glossaire des termes utilisés

Communication/information : action de communiquer des informations sur la réduction des risques et des dommages (RdRD) pour encourager des comportements favorables à l'amélioration de la santé globale de la personne.

Désorganisation des consommations d'alcool : déséquilibre quantitatif ou perturbation momentanée des pratiques de consommation habituelles.

Dispositifs d'accompagnement : ensemble des mesures proposées pour soutenir les personnes en difficulté avec leurs consommations d'alcool.

Gestion des risques : ensemble des actions préventives ou de sécurisation mises en place pour réduire les risques encourus ou pris liés à la consommation d'alcool.

Non-recours : fait de ne pas solliciter ou ne pas accéder aux aides nécessaires pour remédier aux difficultés rencontrées, qu'il s'agisse de difficultés liées à la consommation d'alcool ou toute autre difficulté.

Pratiques de consommation : manières concrètes d'exercer l'activité de consommation d'alcool. Ensemble des situations en contexte liées à la consommation d'alcool. Rituels et habitudes de consommation pris dans des environnements particuliers et variés, propres à chacun.

Sécurisation : actions de soutien mises en œuvre pour intervenir sur les risques immédiats pris et/ou encourus par une personne consommatrice d'alcool. Soutien adapté aux vulnérabilités particulières qui empêchent la personne concernée de se protéger et/ou d'activer les actions d'auto-protection nécessaires au maintien de sa sécurité et de la satisfaction de ses besoins.

Stigmatisation : processus de dévalorisation sociale qui affecte les personnes ayant des comportements « hors normes » ou considérés comme inappropriés.

Sur et sous-alcoolisation : niveaux de consommation inhabituels à la hausse ou à la baisse qui majorent les risques.

Annexe 9. Réduire les risques et les dommages des alcoolisations ponctuelles importantes (*binge drinkings*) – Actions pratiques appropriables par tout professionnel et tout usager du système de santé

Le *binge drinking*, version anglophone de l'alcoolisation ponctuelle importante (API), est défini en France par la consommation d'au moins 6 verres standards (soit 60 g d'alcool pur) par occasion. Il est établi qu'une telle alcoolisation se déroule en un temps très court, estimé à moins de 2 heures.

Risques spécifiques des API

La recherche d'ivresse de façon intentionnelle et aussi rapide que possible, quelles qu'en soient la raison et les modalités, est liée à des contextes (par exemple festifs) et des prises de risques spécifiques :

- accidents de la voie publique et de circulation ;
- chutes et blessures ;
- vulnérabilité accrue ;
- altération des capacités de réflexion et d'action (par exemple, incapacité à réagir et à se protéger) ;
- perte de maîtrise de soi (impulsivité, violences infligées ou subies) ;
- mise en danger de soi ou d'autrui ;
- pratiques sexuelles contraintes et/ou non protégées (IST, grossesse non désirée) ;
- conséquences immédiates pour l'état de santé : traumatisme, troubles digestifs, malaise, hypothermie, coma éthylique, séquelles neurologiques, etc.

Exemples d'actions spécifiques pour réduire les risques et les dommages des API (liste non exhaustive et inspirée des pratiques professionnelles en milieux festifs)

Ces propositions sont applicables en toutes circonstances de forte alcoolisation et/ou d'ivresse avec prises de risque multiples. Elles contribuent à la prévention et la gestion des complications des API.

- S'alimenter avant et pendant les consommations (ne pas être à jeun pour attaquer une soirée) ;
- Ne pas boire trop vite ;
- S'hydrater très régulièrement (surtout avec de l'eau et toute autre boisson non alcoolisée en ayant à l'esprit que le goût sucré peut masquer celui de l'alcool) ;
- Éviter les mélanges d'alcool ;
- Éviter l'association à d'autres substances psychoactives (alcool et cocaïne, alcool et NMDA, etc.) qui peuvent potentialiser chaque produit ;
- Se renseigner sur le contenu de la boisson proposée (mélange d'alcools et/ou à d'autres substances psychoactives ayant pu être ajoutées à l'insu de la personne) ;
- Espacer les consommations d'alcool (par exemple, alterner avec des boissons non alcoolisées pour contrer l'envie de boire toujours plus d'alcool) ;
- Essayer de ne pas participer aux « défis » et « tournées » parce qu'ils impliquent une consommation répétée, à un rythme soutenu ;
- Ne pas boire seul ;

- Avoir un entourage de confiance ;
- Disposer de préservatifs ;
- Ne pas prendre le volant ou autre véhicule en état d'alcoolisation ;
- Avoir un capitaine de soirée (SAM) qui ne boit pas pour pouvoir assurer la conduite au retour ;
- Dormir sur place ;
- Prendre soin de soi avant de prendre la route du retour (dormir, manger) et faire un éthylotest ;

En cas de malaise et somnolence

- En cas de malaise et/ou nausées avec conscience préservée (pour soi-même ou une autre personne) : absorber quelque chose de sucré, se réhydrater avec de l'eau, s'aérer et respirer profondément en libérant tout ce qui peut gêner la respiration (col, ceinture, etc.), ne pas s'empêcher de vomir, ne pas continuer à boire, se reposer au besoin en se couchant sur le côté (PLS), ne pas être seul pour suivre l'évolution du malaise ;
- En cas de somnolence, s'allonger ou allonger la personne sur le côté (en position latérale de sécurité), la réchauffer et lui parler pour suivre son état. En cas d'aggravation et/ou moindre doute, ne pas hésiter à appeler les secours ;
- Prévenir les secours (15 ou 18 ou 112) en cas de malaise prolongé et/ou de non-réponse, de perte de connaissance, d'hypothermie, de dépression respiratoire.

Trois catégories d'actions de RdRD liées aux API : avant, pendant, après

- **Avant : informer et outiller**
 - Information et communication ciblée sur les risques spécifiques encourus ;
 - Information sur les points de vigilance ;
 - Information sur les bonnes pratiques à avoir en cas d'API (cf. actions spécifiques) :
 - échanger sur les moments de vie associés à des API : moments festifs (soirée de fin de semaine, repas de fête, etc.), situation personnelle/professionnelle stressante, etc.,
 - vérifier si ces situations de vie sont subies et/ou choisies de manière éclairée ;
 - Accompagnement personnalisé au repérage et à l'anticipation des risques, à l'élaboration de stratégies de protection en fonction de l'environnement de consommation (par exemple, identifier le « verre bascule » à partir duquel il est plus difficile de décider de poursuivre ou non une consommation) ainsi qu'à la prévention et/ou gestion des complications.
- **Pendant : sécuriser (contribuer à la mise en sécurité aussi optimale que possible)**
 - Évaluer les risques et la vulnérabilité de la personne ;
 - Sécuriser autant que possible la situation de la personne (cf. actions spécifiques) ;
 - Alerter les secours en cas de situation le justifiant (hypothermie, coma) ;
 - Mobiliser l'entourage pour suivre le retour à la normale ;
 - Prévenir les sursis (agir sur les mises en danger).

– **Après : analyser – informer – sécuriser**

- Évaluer l'après (*blackout*, état dépressif, signes de manque, complication somatique, sociale ou judiciaire, etc.) ;
- Aborder les risques pris et leurs impacts somato-psycho-sociaux éventuels pour envisager les actions nécessaires à mener sans délai. Par exemple, en cas de relation sexuelle à risque non protégée : bilan IST, PrEP, pilule du lendemain, test de grossesse ;
- Aborder les solutions et stratégies à déployer pour éviter une récurrence de ces prises de risques.

Annexe 10. Exemples d'actions pratiques dans la vie courante et pour tout un chacun (la personne et son entourage) visant à réduire les risques et les dommages des consommations d'alcool

Toujours

- Se donner le droit de refuser de l'alcool sans craindre que cela soit une impolitesse ou un manque de respect pour la personne qui le propose ;
- Respecter le choix personnel de chacun, de consommer ou de ne pas consommer d'alcool ;
- Veiller à ne pas stigmatiser une personne qui ne consommerait pas d'alcool ;
- Veiller à ne pas stigmatiser une personne en difficulté avec l'alcool ;

Au quotidien

- Limiter le nombre d'occasions de consommer en une même journée ;
- Éviter la consommation d'alcool en dehors de repas ;
- S'efforcer d'identifier et de renoncer aux verres superflus et/ou de moindre importance ;
- Toujours mettre de l'eau à disposition en cas de consommation d'alcool (a fortiori en cas de forte chaleur) ;

Apéritifs & repas

- Commencer un apéritif par un grand verre d'eau pétillante pour étancher la soif et éviter que le premier verre de boisson alcoolisée ne soit bu trop rapidement ;
- En cas d'apéritif, prévoir et proposer aussi diverses boissons non alcoolisées (eau plate et gazeuse, jus de fruits, cocktails sans alcool, eaux aromatisées, ice tea, bière sans alcool, etc.) ;
- Proposer de l'eau (plate, gazeuse) et des glaçons qui, tout en se mariant parfois très bien avec une boisson alcoolisée, peuvent en réduire la quantité absorbée ;
- Intercaler une boisson non alcoolisée, pour s'hydrater, entre les consommations d'alcool (par exemple, boire une bière sur deux sans alcool) ;
- Veiller à s'alimenter en cas de consommation d'alcool : que ce soit pendant le repas ou en cas d'apéritif en prévoyant toasts, feuilletés, fruits secs, légumes taillés, verrines, etc., en évitant les produits de grignotage trop salés (cacahuètes, chips) qui renforcent la sensation de soif ;
- Toujours prévoir 2 verres dont 1 pour l'hydratation à base de boissons non alcoolisées ;
- Ne pas resservir systématiquement en alcool, a fortiori sans l'accord préalable de la personne ;

Les associations à risque

- Éviter le cumul et les mélanges d'alcool ;
- Être vigilant avec le mélange « alcool et boissons sucrées » car ces dernières peuvent masquer le goût de l'alcool et favoriser ainsi sa consommation ;
- Se soucier de l'association « alcool et médicaments » (demander conseil au pharmacien ou à votre médecin traitant) ;
- Éviter l'association « alcool et boisson énergisante » (notamment à base de caféine) car pouvant masquer l'effet de l'alcool et favoriser ainsi sa consommation ;

Par rapport aux plus jeunes

- Veiller à ne pas valoriser l'usage d'alcool ;
- Veiller à ne pas inciter les mineurs (a fortiori les plus jeunes) à consommer de l'alcool ;
- Veiller à ne pas laisser de bouteilles ou de verres d'alcool facilement accessibles aux plus jeunes (qui pourraient être tentés par l'expérimentation sans surveillance adulte) ;

Mais aussi

- Veiller à ne pas valoriser l'usage d'alcool. Par exemple, pour porter un toast, s'abstenir de l'interjection « Santé ! »²⁶, trompeuse d'un point de vue sanitaire, et lui préférer « Tchîn ! » ;
- Éviter les prises de risque en situation d'alcoolisation : reporter les décisions importantes, s'abstenir d'actions à risque accidentogène (conduite de véhicule, certaines activités sportives comme la plongée en mer ou en piscine, usage d'outils et autres instruments coupants, etc.) ;
- Privilégier un retour en taxi ou en transport en commun après un événement alcoolisé ou bien décaler son retour après s'être réhydraté et reposé ;

Cette liste ne peut pas être exhaustive tant la diversité des personnes, des modalités, des circonstances, des contextes, etc., laisse toute opportunité à une multitude d'actions possibles qui se déploieront et s'adapteront au gré des variations de situations.

²⁶ [Alcool et « Bonne santé », une association paradoxale dénoncée dans la nouvelle campagne de Santé publique France \(sante-publiquefrance.fr\)](https://www.sante-publiquefrance.fr)

Annexe 11. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Place des outils numériques dans le repérage et l’accompagnement des consommations vers un moindre risque alcool

Les sources d’information disponibles sur internet et l’utilisation d’outils numériques dédiés constituent un des leviers pouvant favoriser l’*empowerment* des usagers du système de santé sur le sujet alcool (acquisition de connaissances, montée en compétence et en autonomie) ainsi que l’entrée dans les parcours de santé et éventuellement de soins.

- Ils permettent, selon les cas, de communiquer des informations générales ou personnalisées aux usagers du système de santé. Des fiches informatives sur les risques en lien avec les consommations d’alcool (somatiques, traumatiques, sexuels, psychiatriques) et leurs conséquences au quotidien (en cas de conduite, lors d’une grossesse…) sont par exemple proposées. Des conseils préventifs sont également accessibles pour accompagner les personnes dans la gestion de leurs consommations afin de réduire leurs risques.
- Certains outils de repérage sont retrouvés sur divers supports numériques (sites internet, applications) pour permettre aux personnes de réaliser une auto-évaluation et un auto-suivi de leurs consommations et des risques associés, les aidant ainsi à questionner leurs modalités d’usage. Des versions numériques des questionnaires AUDIT ou FACE sont par exemple facilement accessibles.
- Des outils d’auto-support à destination des personnes sont également disponibles et permettent de les accompagner dans la gestion au quotidien de leurs consommations d’alcool, et ce, de manière autonome via la fixation d’objectifs à atteindre (par exemple, un nombre de jours d’abstinence) et de messages de soutien et coaching.
- Certains outils permettent aussi de faciliter, en fonction des demandes formulées par les personnes, la mise en relation avec un réseau de soin structuré et d’orienter le patient vers un premier avis médical et spécialisé. Cet avis peut revêtir différentes formes, notamment une orientation vers des structures de soins adaptées (CSAPA notamment) ou vers une téléconsultation. Ces téléconsultations, réalisées par vidéo transmission ou par téléphone, peuvent être réalisées de manière anonyme ou non et ainsi permettre une première prise en charge en faisant fi d’éventuels barrières.

En résumé, les outils existants à destination des personnes ont des fonctionnalités variées :

- informations vulgarisées non personnalisées sur les risques liés aux consommations d’alcool et sur les principes de la réduction des risques ;
- information sur la structuration du réseau d’aide aux personnes à l’échelle d’un territoire et sur les acteurs pouvant participer à la prise en charge des personnes ;
- utilisation d’outils permettant l’auto-évaluation et le suivi de la consommation d’alcool quotidienne ;
- coaching motivationnel et autres conseils personnalisés (y compris sur les avantages à réduire ses consommations, comme l’argent économisé et les bénéfices pour la santé et la qualité de vie…) ;
- mise en relation avec des professionnels, de façon ponctuelle ou régulière.

En parallèle, des outils numériques peuvent aider les professionnels du premier recours dans leur pratique, notamment :

- pour s'informer eux-mêmes ou partager de l'information avec leurs patients ;
- pour structurer des organisations professionnelles de santé et permettre le partage d'expériences et l'outillage, notamment en matière de RdRD liés à l'alcool ;
- pour réaliser de la téléexpertise.

Que ces outils numériques soient à destination des personnes ou des professionnels, le **contenu médical doit être fiable, de qualité et ces solutions doivent répondre aux exigences de sécurité, en particulier en termes de protection des données personnelles et des données de santé**. La **structuration d'une liste à jour recensant, par fonctionnalité, les solutions ayant démontré leur intérêt en matière d'accompagnement vers un moindre risque alcool** pourrait permettre de faciliter leur accès et leur diffusion dans la pratique et les soins et d'offrir des modèles complémentaires d'accompagnement des personnes.

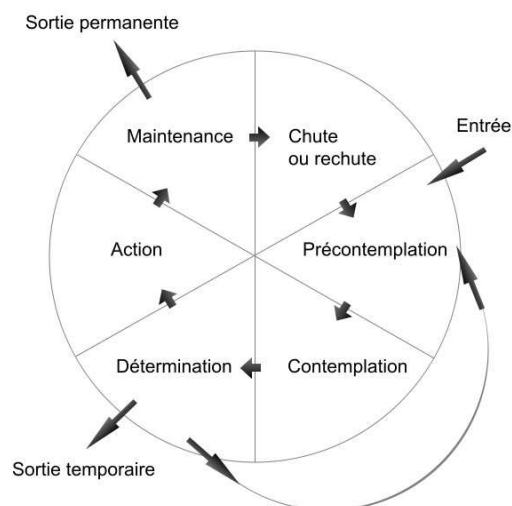
Annexe 12. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – L’approche motivationnelle

L’approche motivationnelle est une modalité d’intervention proposée dans les situations où une personne est ambivalente face à un changement de comportement donné (quel que soit ce changement de comportement et donc pas exclusivement le sevrage et l’abstinence) alors que le maintien de ce comportement a déjà, ou pourrait avoir, des conséquences importantes sur sa santé ou sa situation sociale (171, 193). L’approche motivationnelle inclut d’une part l’entretien motivationnel, d’autre part des outils sur lesquels il peut s’appuyer, dont le modèle trans-théorique du changement (MTT) et la balance décisionnelle (BD) (209, 211, 212).

Le modèle trans-théorique du changement selon Prochaska et de Di Clemente ou stades motivationnels du changement de comportement (210, 213, 214, 246)

Pour accompagner une personne dans un changement de comportement, il est important de savoir à quelle étape de ce changement elle se situe afin de l’aider à évoluer vers les étapes ultérieures :

- **la pré-intention (pré-contemplation)** : la personne n’envisage pas de changer de comportement dans les prochains mois. Les raisons en sont variées : manque d’information ou de confiance en soi, échecs antérieurs, peur des conséquences, choix d’autres priorités ;
- **l’intention (contemplation)** : la personne envisage de modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche. Elle pèse le pour et le contre. C’est à ce moment-là que l’on peut la motiver et la conseiller ;
- **la préparation (décision)** : la décision est prise et la personne se prépare au changement. Elle demande conseil, recherche des informations que l’on peut lui fournir ;
- **l’action** : période d’environ 6 mois au cours de laquelle la personne modifie ses habitudes, ce qui exige beaucoup d’attention et d’énergie au quotidien. Il faut s’assurer qu’elle soit suivie régulièrement par son médecin traitant, le cas échéant un addictologue et un psychologue ;
- **le maintien** : il s’agit alors d’éviter les rechutes. L’effort à fournir est moins intense, la personne a davantage confiance en ses capacités ;
- **la résolution** : moment où la personne n’a plus la tentation de revenir au comportement antérieur, même si elle est stressée, anxieuse, déprimée, en colère. De plus, elle est convaincue qu’elle ne rechutera pas.

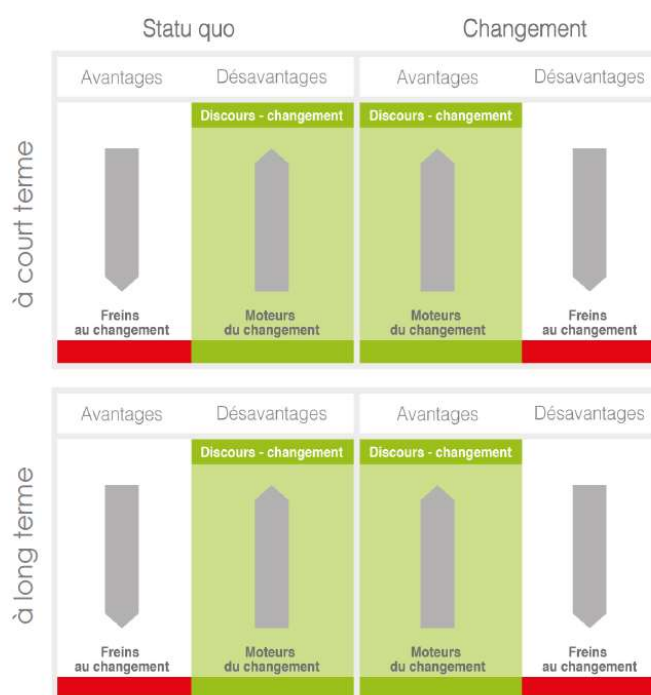


Source : Prochaska JO, Di Clemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change : « Figure 2 : The revolving-door shema of smoking cessation » p.283. Psychother Theory Res Pract 1982;19:276-88.

La balance décisionnelle

La balance décisionnelle est un outil permettant d'explorer l'ambivalence du patient quant à ses consommations. Il s'agit de conduire l'entretien en posant des questions ouvertes et sans jugement afin de comprendre les bénéfices et les dommages perçus par les patients à modifier ou pas leurs consommations.

Il convient de respecter une certaine méthode pour que l'exercice soit pertinent : commencer et terminer par du positif. Il est aussi essentiel de se rappeler que seul le patient est à même de trouver ses propres arguments, il ne s'agit pas de le convaincre ou de l'influencer. Les réponses peuvent être formalisées dans un tableau qui synthétise et explicite l'ambivalence du patient.



Source : PsyMontréal. La balance décisionnelle – les 4 colonnes [En ligne] 2023 (247). <https://psymontreal.com/la-balance-decisionnelle-les-4-colonnes/>

Il est utile d'inviter le patient à approfondir ses réponses en faveur du changement, en explorant les émotions qui y sont associées (« Que ressentez-vous ? », « Comment vous sentiriez-vous ? »). Car les dimensions émotionnelles de la motivation pèsent plus lourd dans la balance que les dimensions rationnelles.

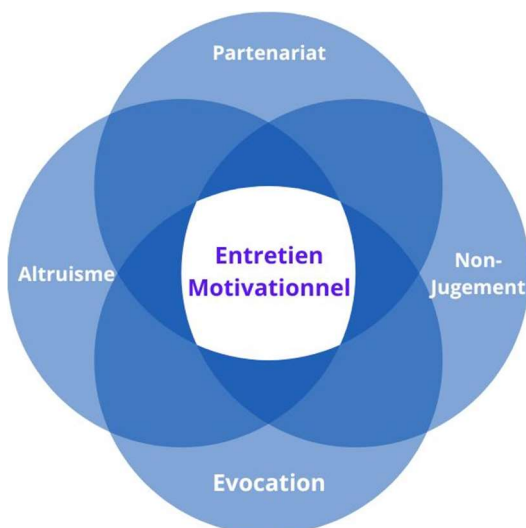
La balance décisionnelle se conclut par un *feed-back* à l'attention du patient consistant à reformuler et à résumer l'ambivalence en évoquant d'abord ses arguments en faveur du *statu quo*, puis en développant ses arguments en faveur du changement afin de renforcer sa motivation.

L'entretien motivationnel selon Miller et Rollick, 2013 (169)

- Est un style de communication collaboratif centré sur un objectif
- Explore l'ambivalence
- Soutient l'évocation du « discours-changement »
- Vise à renforcer la motivation et l'engagement vers le changement
- Se déroule dans une atmosphère empathique

- N'est pas destiné à convaincre, argumenter, mettre en garde
- Veut éviter le « réflexe correcteur » : la posture de l'expert qui dispense son savoir à une personne passive
- Veut éviter la dissonance et la réactance (résistance) chez un sujet ambivalent

- L'esprit de l'entretien motivationnel



- Le partenariat : collaboration
- Le non-jugement :
 - Regard inconditionnellement positif
 - Empathie approfondie
 - Respect et soutien de l'autonomie
 - Valorisation
- L'évocation : aider la personne à faire émerger ses idées propres, ses valeurs et ses ressources
- L'altruisme : l'intérêt qui prévaut est celui de la personne accompagnée

Source : Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement « Encadré 2.2. L'esprit qui sous-tend l'EM » p.22. Paris: InterEditions; 2013.

- En pratique : les « 4 processus » de l'entretien motivationnel

À la fois consécutifs et interdépendants, il s'agit de marches d'escalier reposant les unes sur les autres. Il est parfois nécessaire de redescendre une marche pour pouvoir avancer à nouveau.



Source : Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement : « Les quatre processus de l'EM » p.28. Paris: InterEditions; 2013.

– Les compétences de l'entretien motivationnel d'après

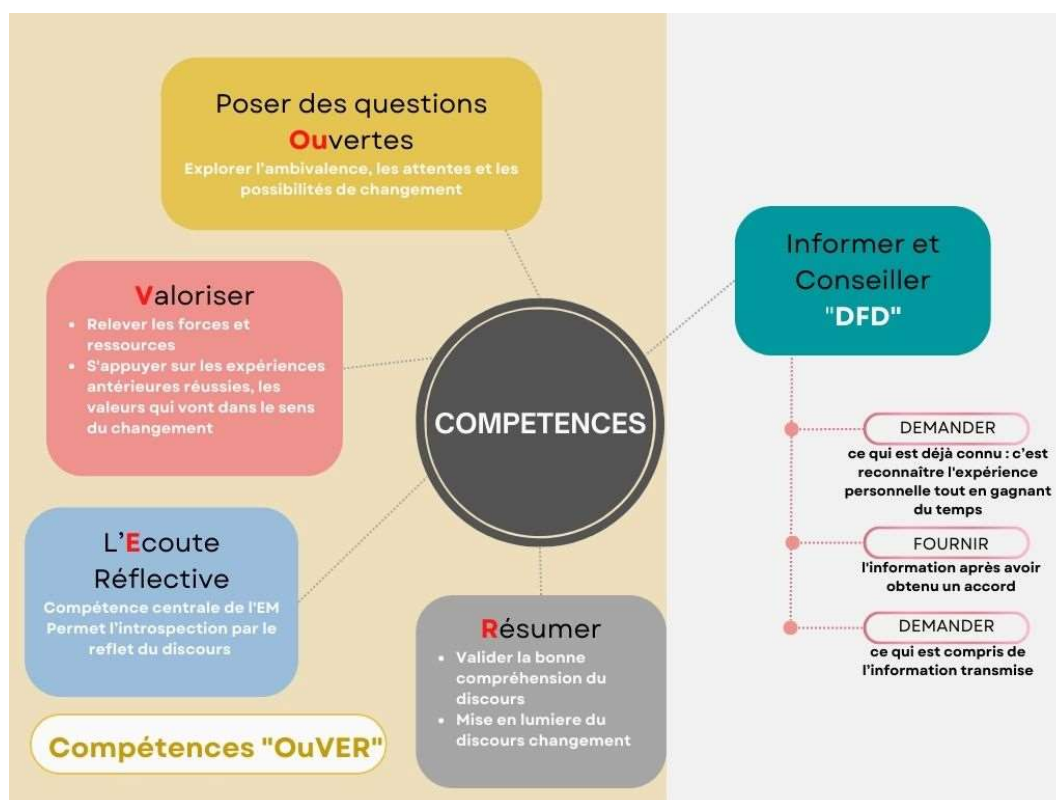


Figure réalisée par le groupe de travail sur la base des ouvrages référencés : Miller et Rollnick, 2013 (169) et Rollnick et al. 2009 (248)

Annexe 13. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – L’approche psychothérapeutique

Intrication alcool et santé mentale

La comorbidité entre un trouble de l’usage d’alcool (ou du moins un usage problématique d’alcool) et un trouble mental (ou pathologie duelle) est associée à de nombreux processus synergiques morbides, dont la modification des symptômes, la diminution d’efficacité des traitements, l’aggravation de leur évolution. Le diagnostic précoce et l’accompagnement adapté de l’une et l’autre de ces conditions sont donc très importants.

Parmi les associations les plus fréquemment rencontrées :

- dépression, dont la plus grave conséquence de l’usage d’alcool est le risque suicidaire, l’alcool favorisant la réalisation de gestes suicidaires graves ;
- troubles de type anxiété généralisée (dont la prévalence est plus élevée que dans la population générale) incluant notamment : la phobie sociale, le trouble panique, l’agoraphobie, le trouble obsessionnel compulsif ;
- syndrome de stress post-traumatique ;
- toute autre affection mentale.

Certains troubles psychiques sont réactionnels à un usage problématique d’alcool quand d’autres le favorisent du fait de son effet psychotrope (usage auto-thérapeutique, par exemple anxiolytique). Ainsi, la détresse et la fragilisation psychologiques provoquées par un traumatisme peuvent favoriser des consommations excessives d’alcool visant à mieux surmonter le stress (comme son intitulé de trouble de stress post-traumatique ou TSPT l’illustre bien).

Quelle que soit la situation d’une personne, qu’il s’agisse d’évènements de vie critiques (deuil, rupture, accident, perte d’emploi, etc.), d’un contexte particulier (violences, perte d’autonomie), de manifestations en lien avec une pathologie somatique ou psychiatrique, la consommation d’alcool a pu prendre une place particulière dans la vie de la personne. L’usage d’alcool peut représenter une stratégie adaptative, un moyen auto-thérapeutique de faire face, et de ce fait acquérir une fonction particulière dans l’économie psychique de la personne.

L’approche psychothérapeutique

Un travail en psychothérapie peut permettre de changer de comportement, de manière de penser ou de réagir. Il peut favoriser une amélioration des capacités de la personne à résoudre des problèmes, à faire des choix, à s’affirmer.

Quelle que soit la problématique à l’origine de l’engagement dans une psychothérapie (en lien ou pas avec l’usage d’alcool), cela peut contribuer à la diminution du risque alcool, à la préservation de la santé et de la qualité de vie.

La psychothérapie pourrait se définir comme un traitement psychologique en réponse à des symptômes ou troubles psychologiques, à des perturbations du comportement ou de la régulation des

émotions. D'une manière générale, face à une souffrance ou une détresse psychologique, il s'agira de favoriser chez le patient des changements significatifs dans le fonctionnement cognitif, émotionnel, comportemental ainsi que dans son système interpersonnel et dans son état de santé en général.

Ce traitement se fonde sur une relation interpersonnelle de type professionnel avec le psychothérapeute et une approche psychothérapeutique spécifique qui va guider les interventions vers le changement.

Le champ des psychothérapies regroupe une grande diversité de possibilités en référence à des théories, des pratiques, voire des objectifs différents. Les différentes psychothérapies (individuelles ou en groupe) les plus répandues et dont l'efficacité a été prouvée incluent les pratiques suivantes.

- La psychothérapie de soutien

Psychothérapie non structurée qui vise à apporter une aide et un soulagement face à des symptômes ou problématiques ponctuels. Elle est centrée sur l'adaptation et le soutien moral. Elle n'a pas pour but de mobiliser la personne dans une analyse de son fonctionnement en profondeur. En revanche, elle pourra être le point de départ d'un autre type de psychothérapie.

- Les principales psychothérapies structurées :

- **les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)** : elles visent à comprendre et modifier les comportements « inadaptés » ainsi que les pensées et émotions qui y sont associées ;
- **les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique** : elles ont pour objectif de favoriser la prise de conscience et la compréhension de l'influence de difficultés et conflits passés sur le fonctionnement actuel de la personne ;
- **les thérapies systémiques** : elles cherchent à identifier les déterminants des interactions socio-familiales et les aspects dysfonctionnels qu'il serait possible de résoudre.

- Autres : thérapies interpersonnelles (TIP), thérapies de pleine conscience (*mindfulness*), EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*), thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), hypnothérapie.

Certaines de ces psychothérapies sont dites intégratives. C'est-à-dire qu'elles s'inscrivent dans une démarche combinatoire et multiréférentielle, qui autorise l'utilisation des outils et des champs théoriques des différentes psychothérapies existantes, afin de proposer les soins les plus adaptés au patient.

Évaluation et orientation en santé mentale

Psychiatres et psychologues intervenant en premier recours, et qui seraient également psychothérapeutes, peuvent évaluer un patient et lui proposer dans ce cadre une psychothérapie, s'ils évaluent qu'il s'agit d'une bonne indication.

Les autres acteurs de premier recours, non spécialisés en santé mentale, qui repèrent un besoin d'accompagnement psychologique en psychothérapie peuvent orienter l'utilisateur vers un professionnel qualifié. Celui-ci en appréciera la pertinence et les modalités.

Il s'agit alors pour le psychothérapeute de mettre en place l'accompagnement psychothérapeutique le plus adapté à la problématique de la personne, aux symptômes ciblés, en veillant à rester au plus proche de sa demande et de ses besoins et tout en tenant compte des éventuelles contre-indications ainsi que de ses ressources psychiques et matérielles (coût financier, déplacements, mode de vie) ainsi que de son engagement. Ceci se fera en cohérence avec les disponibilités et les compétences du clinicien dans les approches spécifiques psychothérapeutiques (249). Au regard de la variété des approches psychothérapeutiques, une orientation vers un autre professionnel psychothérapeute peut s'avérer nécessaire, afin de travailler dans une autre approche ou avec des outils différents.

Les professionnels et structures d'accueil en santé mentale auxquels l'acteur de premier recours peut se référer incluent :

- professionnels en activité libérale (psychiatres et psychologues en cabinet) ;
- dispositif d'accompagnement psychologique « Mon parcours psy »²⁷ : il donne accès à un certain nombre de consultations psychologiques remboursées par la CPAM (avec des psychologues partenaires conventionnés répertoriés dans un annuaire²⁸) dans les indications suivantes : trouble anxieux, trouble dépressif, trouble du comportement alimentaire léger à modéré et sans critère de gravité, usage d'alcool, tabac et cannabis (hors TUA sévère). Ce dispositif ne prend pas en compte la démarche directe vers un psychologue, ne propose qu'un nombre de séances limité et implique un protocole par étapes impliquant en début et en fin de parcours le médecin généraliste ;
- centre médico-psychologique (CMP) au titre de première interface avec le secteur public psychiatrique. Le CMP permet un accueil gratuit, en urgence ou sur rendez-vous, de toutes personnes en souffrance psychique. Son équipe pluridisciplinaire permet de recevoir des personnes en difficulté avec l'alcool et présentant des troubles psychiques. À l'issue d'une évaluation clinique, une orientation vers des professionnels qualifiés ou une structure adaptée pourra être proposée.

²⁷ <https://monparcourpsy.sante.gouv.fr>

²⁸ <https://monparcourpsy.sante.gouv.fr/annuaire>

Annexe 14. Diminuer le risque alcool en accompagnant chaque personne – Les acteurs intervenant en premier recours sont au cœur d'un réseau de partenaires à l'échelle du territoire

L'acteur de premier recours n'est pas isolé mais s'inscrit dans un **réseau partenarial** au sein duquel **chaque acteur, à partir de ses compétences spécifiques, contribue à la santé au travers d'une approche médico-psycho-sociale décloisonnée**. C'est parmi ces intervenants que le patient peut choisir son référent privilégié et ainsi s'autonomiser en s'appropriant ses choix propres et son engagement dans le changement.

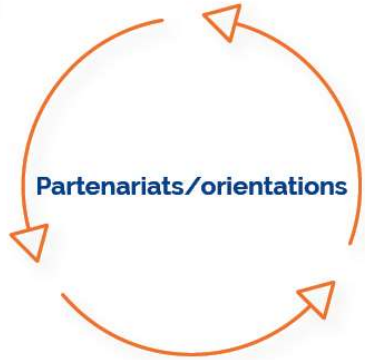
Les professionnels intervenant en premier recours peuvent solliciter d'autres acteurs et structures en cas de situation difficile et/ou complexe ainsi que de besoins spécifiques le justifiant et ne relevant pas de ses compétences ou du premier recours. Il s'agit de soutien et de conseil, parfois d'orientation vers des acteurs plus qualifiés et/ou apportant une offre complémentaire d'accompagnement.

En œuvrant à un **adressage adapté aux besoins** spécifiques identifiés, chacun des partenaires du territoire contribue aux **passerelles et articulations entre le premier recours et le secteur spécialisé ainsi qu'avec tout autre acteur**, y compris non sanitaire (par exemple, des secteurs de l'emploi, du sport, de la culture ou de la vie associative), contribuant aussi à l'accompagnement des usagers.

Missions de premier recours



Soutien et/ou relais partenarial par d'autres acteurs



Missions recommandées en premier recours avec relais possible



Ressources patients

- Santé Publique France

Ressources professionnelles

- Fiches HAS / Outils de la RdRD
- Réseau de partenaires

Annexe 15. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Les compétences psycho-sociales

À quoi font référence les compétences psycho-sociales ?

L'Organisation mondiale de la santé (1994) (250) définit les compétences psycho-sociales comme étant : « La capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne [...] et à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. » L'OMS poursuit en précisant que c'est « un groupe de compétences psycho-sociales et interpersonnelles qui aident les personnes à prendre des décisions éclairées, à résoudre des problèmes, à penser de façon critique et créative, à communiquer de façon efficace, à construire des relations saines, à rentrer en empathie avec les autres, à faire face aux difficultés et à gérer leur vie de manière saine et productive » (223).

On observe dans la littérature plusieurs façons de les catégoriser :

- par paire de 2 compétences soit 10 compétences au total (OMS, 1994 (250)) :
 - savoir résoudre des problèmes/savoir prendre des décisions,
 - avoir une pensée créative/avoir une pensée critique,
 - savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles,
 - avoir conscience de soi/avoir de l'empathie,
 - savoir réguler ses émotions/savoir gérer son stress ;

- en 3 grandes catégories (d'après l'OMS, 2003 (251) et Santé Publique France, 2022 (223))

Classification actualisée des CPS (223)

Compétences cognitives	Avoir conscience de soi	Connaissance de soi (forces et limites, buts, valeurs, discours interne...)
		Savoir penser de façon critique (biais, influences...)
		Capacité d'auto-évaluation positive
		Capacité d'attention à soi (ou pleine conscience)
	Capacité de maîtrise de soi	Capacité à gérer ses impulsions
		Capacité à atteindre ses buts (définition, planification...)
Prendre des décisions constructives	Capacité à faire des choix responsables	
	Capacité à résoudre des problèmes de façon créative	
Compétences émotionnelles	Avoir conscience de ses émotions et de son stress	Comprendre les émotions et le stress
		Identifier ses émotions et son stress
	Réguler ses émotions	Exprimer ses émotions de façon positive
		Gérer ses émotions (notamment les émotions difficiles : colère, anxiété, tristesse...)
	Gérer son stress	Réguler son stress au quotidien
		Capacité à faire face (<i>coping</i>) en situation d'adversité
Compétences sociales	Communiquer de façon constructive	Capacité d'écoute empathique
		Communication efficace (valorisation, formulations claires...)
	Développer des relations constructives	Développer des liens sociaux (aller vers l'autre, entrer en relation, nouer des amitiés...)
		Développer des attitudes et comportements prosociaux (acceptation, collaboration, coopération, entraide...)
	Résoudre des difficultés	Savoir demander de l'aide
		Capacité d'assertivité et de refus
		Résoudre des conflits de façon constructive

Source : Santé Publique France. Les compétences psychosociales: état des connaissances scientifiques et théoriques. Saint-Maurice : SPF ; 2022. Tableau 1. Classification actualisée des CPS
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/les-competences-psychosociales-etat-des-connaissances-scientifiques-et-theoriques>

Les compétences psycho-sociales – Comment ça marche ?

Les compétences psycho-sociales sont interdépendantes entre elles. Ainsi, quand on travaille sur une compétence, on travaille nécessairement sur une ou plusieurs autres. Jacques Tardif propose la définition suivante : « La compétence est un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (223, 252).

À quoi servent les compétences psycho-sociales ?

Travailler sur les compétences psycho-sociales est profitable à tout âge, c'est un apprentissage qui peut se faire tout au long de la vie. Elles constituent un facteur générique de la santé, c'est-à-dire qu'elles sont susceptibles d'impacter plusieurs déterminants de la santé. Ainsi, elles contribuent à améliorer l'état de santé et de bien-être.

Dans les conduites addictives : renforcer les aptitudes individuelles et favoriser un contexte social positif (environnement social plus apaisé, développement des postures éducatives adaptées) par le développement des compétences psycho-sociales, c'est donner du pouvoir d'agir et renforcer les facteurs de protection qui permettront de prévenir les conduites addictives. Par exemple : capacité d'auto-évaluation positive, développer une pensée critique, être capable d'argumenter, etc.

Comment mobiliser les compétences psycho-sociales dans sa pratique professionnelle ?

Les compétences psycho-sociales sont souvent développées dans le cadre de projets de prévention/promotion de la santé auprès de groupes. Il est toutefois possible de les développer en individuel et pour cela, il sera parfois nécessaire d'adapter les outils.

Parmi les 10 compétences, nous proposons un focus sur certaines compétences, qui ont un lien avec les conduites addictives.

1. Focus sur certaines compétences psycho-sociales et exemples d'exercices

a. Focus sur « La capacité de maîtrise de soi » (cf. compétences cognitives)

Cette compétence cognitive permet de remettre à plus tard un plaisir immédiat comportant des risques. Ainsi, elle implique la capacité à tolérer la frustration pour en retirer des bénéfices.

➔ Exemple d'exercice

Les situations qui provoquent de la frustration

Pierre aimerait être intégré parmi un groupe de jeunes de son âge de son lycée mais ces derniers ne l'acceptent pas. Il est en colère, jaloux, il se sous-estime. Il pense qu'il est trop nul pour faire partie de ce groupe. Il a besoin de se calmer et prendre du recul.

Qu'est-ce Pierre peut changer ?

Qu'est-ce que Pierre ne peut pas changer ?

Comment des membres de son entourage peuvent-ils l'aider ?
Comment le professionnel peut-il l'aider ?

b) Focus sur « Avoir conscience de ses émotions et de son stress » (cf. compétences émotionnelles)

Avoir conscience de ses émotions et de son stress relève de la capacité à reconnaître et comprendre ce que l'on ressent. Cette compétence émotionnelle nécessite de pouvoir comprendre le fonctionnement des émotions et du stress et de parvenir à identifier ceux-ci de façon appropriée.

➔ Exemple d'exercice

PRO EXERCICE 14:
QUAND JE SUIS DANS LE « ROUGE »

Dans quelles situations avez-vous tendance à être dans le « rouge » ? Dans chacune de ces situations de « rouge », notez les conséquences problématiques (pour vous et pour autrui) de cet état. Habituellement, que faites-vous pour vous apaiser ? Au regard des critères présentés ci-dessus dans la partie théorique, évaluez si ces techniques peuvent être considérées comme efficaces (+) ou inefficaces (-).

Les situations dans lesquelles je suis dans le rouge	Les conséquences problématiques (pour moi et pour autrui)	Ce que je fais pour m'apaiser	Efficace Oui (+) ou non (-)
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			

Pour chacune des situations que vous avez identifiées ci-dessus et que vous souhaitez améliorer, choisissez des techniques efficaces pour passer du rouge à l'orange/vert (en vous aidant des différentes techniques présentées dans la partie théorique).

Source : Santé Publique France. Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques. Saint-Maurice : SPF ; 2022. Figure 13. Exemple d'activité pour les professionnels en position d'éducation p.37.
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/les-competences-psychosociales-etat-des-connaissances-scientifiques-et-theoriques>

c) Focus sur « La communication efficace » (cf. compétences sociales)

La communication efficace nécessite de pouvoir connaître et surmonter les obstacles à une communication fluide et constructive. Elle implique d'éviter les postures et expressions verbales blessantes (manque d'attention, rejet, ironie, moquerie, agressivité, grossièreté...) et de recourir davantage à des attitudes et terminologies soutenantes et encourageantes (attention, valorisation, encouragements, gestes chaleureux...). Elle s'appuie sur une écoute de qualité (notamment l'écoute empathique, voir ci-dessus), des formulations claires et la capacité à exprimer ses émotions de façon adaptée, notamment à l'aide d'un message « je ».

➔ Exemple d'exercice (message « je » – technique de Gordon)

C'est une méthode de communication, qui permet de résoudre un problème de façon constructive. Cette méthode permet de se respecter soi, en respectant l'autre et en écoutant ses besoins et en les formulant de manière constructive.

1. Exprimer le ressenti : « je me sens... je me suis senti(e)... »
2. Décrire la situation-problème observable (et pas jugement) : « quand il se passe..., quand tu... »
3. Expliquer pourquoi je me sens ainsi : « j'ai besoin de... »
4. Exprimer une demande, ce que nous voulons : « j'aimerais, je voudrais... »

2. Quelle posture professionnelle adopter ?

Pour intervenir dans le cadre d'un projet de renforcement des CPS, il faudra être vigilant et adopter une posture professionnelle adaptée. Le savoir-être de l'intervenant aura autant d'impact que le contenu qui sera proposé.

Les postures professionnelles recommandées sont les suivantes :

- un rôle d'accompagnateur qui favorise une démarche réflexive ;
- une pédagogie participative et expérientielle : les compétences ne peuvent se développer que via l'interaction et l'expérience vécue de l'individu ;
- une attitude éducative positive, bienveillante et valorisante ;
- une relation qui ne soit pas sur le mode « enseignant-enseigné » ;
- le respect de la liberté de choix ;
- une démarche d'*empowerment* des populations : faire « avec » et non pas « sur ».

Références bibliographiques

1. Observatoire français 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/>
2. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Rapport national de l'OFDT à l'EMCDDA - 2020. Paris: OFDT; 2020.
<https://www.ofdt.fr/ofdt/reitox/rapports-nationaux/2020/>
3. Brousse G, Dematteis M, Pennel L. Trouble de l'usage d'alcool : évolution de la nosographie. Rev du Prat 2019;68(8):892-5.
4. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2015.
<https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>
5. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Alcool. Synthèse des connaissances [En ligne] 2022.
<https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/dez/alcool/>
6. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Alcool [En ligne] 2023.
<https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/dez/alcool/>
7. 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>
8. 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>
9. 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)
10. 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>
11. Picard A. Un siècle de communication sur les risques liés à l'alcool. La Santé de l'Homme 2003;368:32-3.
12. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. BEH 2015;24-25:440-9.
13. 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
14. Santé Publique France, Laporal S, Demiguel V, Cogordan C, Barry Y, Guseva Canu I, et al. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation foetale: Analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Saint-Maurice: SPF; 2018.
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese-surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-fra>
15. 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
16. 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>

17. Nguyen-Thanh V, Guignard R. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé [dossier]. BEH 2019;5-6.

18. Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018. Paris: OFDT; 2019.

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf>

19. 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>

20. Naassila M. Alcool : un impact sur la santé, même à faibles doses [Editorial]. BEH 2019;10-11:176-7.

21. 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.

22. 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>

23. Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A, *et al.* Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. J Natl Cancer Inst 2009;101(5):296-305.

<http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djn514>

24. Institut national du cancer, Ancellin R, Gaillot-de Saintignon J. Nutrition et prévention des cancers. Fiches repères. Boulogne-Billancourt: INCa; 2019.

25. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Alcool. Dommages

sociaux. Abus et dépendances. Paris: INSERM; 2003.

<https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/53>

26. 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>

27. 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 Med 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)

28. Cogordan C, Quatremère G, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. Rev Epidemiol Sante Publique 2020;68(6):319-26.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2020.10.005>

29. 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-brve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte

30. 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

31. 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

32. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS. Secteur des personnes âgées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention_rdrd_esms_volet_pa_2023_01_24.pdf

33. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS. Secteur handicap. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention_rdrd_esms_volet_ph_2023_01_24.pdf

34. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS. Secteur de la protection de l'enfance. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention_rdrd_esms_volet_pe_2023_01_24.pdf

35. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS. Secteur de l'inclusion sociale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention_rdrd_esms_volet_inclusion_2023_01_24.pdf

36. 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-mildecade/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>

37. 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>

38. Mann K, Batra A, Fauth-Bühler M, Hoch E. German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders. *Eur Addict Res* 2017;23(1):45-60.

<http://dx.doi.org/10.1159/000455841>

39. World Health Organization. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: WHO; 2014.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>

40. 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. *Alcool Addictol* 2015;37:5-84.

<http://dx.doi.org/http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>

41. National Institut for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence London: NICE; 2011.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>

42. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, *et al.* Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018;320(18):1899-909.

<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.16789>

43. Departement of Health, Llywodraeth Cymru Welsh Government, Departement of Health An Roinn Slainte SG. UK Chief Medical Officers' Low risk drinking guidelines London: Crown Copyright; 2016.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf

44. National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health

risks from drinking alcohol. Canberra: NHMRC; 2020.

<https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-reduce-health-risks-drinking-alcohol#block-views-block-file-attachments-content-block-1>

45. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Poisson C, Awad C. Sevrage d'alcool et prévention des rechutes. Rapport en soutien au guide d'usage optimal. Québec: INESSS; 2021.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_Sevrage_GN.pdf

46. Department of Veterans Affairs, Department of Defense, The Management of Substance Use Disorders Work Group, The Office of Quality Safety and Value, Office of Evidence Based Practice. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. Washington: VA; 2015.

<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADODSUDCPGRevised22216.pdf>

47. American Society of Addiction Medicine. The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. *J Addiction Med* 2020;14(3S Suppl 1):1-72.

<http://dx.doi.org/10.1097/adm.0000000000000668>

48. 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 Alcoholism* 2017;52(5):595-609.

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

49. National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol use disorders: Diagnosis and management of physical complications [last updated april 2017]. London: NICE; 2010.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>

50. Australian Government Department of Health, Haber PS, Riordan BC. Guidelines for the treatment of alcohol problems Sydney: The University of Sydney; 2021.

<https://alcoholtreatmentguidelines.com.au/pdf/guidelines-for-the-treatment-of-alcohol-problems.pdf>

51. Department of Veterans Affairs, Department of Defense, The Management of

Substance Use Disorders Work Group, The Office of Quality Safety and Value, Office of Evidence Based Practice. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the management of substance use disorders [Provider summary]. Washington: VA; 2021.

<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPGProviderSummary.pdf>

52. Huas D, Rueff B. Alcool et médecine générale. Paris: Global Media Santé; 2011.

53. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Metten MA, Buyck JF, David S, Rocheteau M, Hérault T, *et al.* Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention. *Etudes et Résultats*, 2021;1197.

54. Cogordan C, Richard JB, Andler R, Ancellin R, Deutsch A, Institut national du Cancer, *et al.* Baromètre cancer 2015 - Alcool et cancer. Comportements, opinions et perceptions des risques. Saint-Maurice: SPF;INCA; 2018.

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/enquetes-etudes/barometre-cancer-2015-alcool-et-cancer.-comportements-opinions-et-perceptions-des-risques>

55. 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.

56. Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Milhet M, Protais C, Diaz Gomez C, Guilbaud F. Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie. *Tendances* 2022;150.

57. Soler M, Ducrot P, Lamore K, LatinoMartel P, Serry AJ, Foucaud J, *et al.* Baromètre cancer 2015 - Nutrition et cancer. Perception des risques et des facteurs protecteurs. Saint-Maurice: SPF;INCA; 2019.

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-cancer-2015-nutrition-et-cancer.-perception-des-risques-et-des-facteurs-protecteurs>

58. Nahoum-Grappe V. La culture de l'ivresse : essai de phénoménologie historique. Paris: Quai Voltaire; 1991. PEB; Bibliothèque, R/, https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/fra.pdf?ua=1
59. Observatoire français des drogues et toxicomanies, Abgrall E, Milhet M. Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions Paradigmes et déterminants explorés par les sciences sociales. Note n° 2019-03. Paris: OFDT; 2019. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxeazc.pdf>
60. Anderson P, Jané-Llopis E, Hasan OSM, Rehm J. Changing collective social norms in favour of reduced harmful use of alcohol: a review of reviews. *Alcohol Alcoholism* 2018;53(3):326-32. <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agx121>
61. Haute Autorité de santé. L'expertise scientifique face aux crises refonte ou ajustements ? Actes colloque HAS - 15/11/2021. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-05/colloque_has_expertise_scientifique_face_aux_crisis.pdf
62. Haute Autorité de santé. Scientific expertise. In the face of crises overhaul or adjustments ? Symposium proceedings HAS - 15/11/2021. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-05/has_symposium_scientific_expertise_in_the_face_of_crisis.pdf
63. 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>
64. 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
65. World Health Organization. Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the global strategy to reduce the harmful use of alcohol second draft (unedited). Geneva: WHO; 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/global-alcohol-action-plan-second-draft-unedited>
66. 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/alcoholimplementationguide.pdf>
67. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol screening and counseling. An effective but underused health service. Atlanta: CDC; 2014. <https://www.cdc.gov/vitalsigns/alcohol-screening-counseling/index.html>
68. American Academy of Family Physicians, Baylor College of Medicine Practice and Implementation Center. Addressing alcohol use. Practice manual. An alcohol screening and brief intervention program : AAFP; 2017. https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/alcohol/alcohol-manual.pdf
69. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
70. Goiana-da-Silva F, Cruz ESD, Lindeman M, Hellman M, Angus C, Karlsson T, *et al.* Implementing the European action plan on alcohol. *Lancet. Public health* 2019;4(10):e493. [http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30174-4](http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30174-4)
71. World Health Organization Regional office for Europe. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107307>

72. Benech G. La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA). Historique , pratiques, analyse et propositions. Paris: Fonds Actions Addictions; 2021.
<https://www.addictaide.fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-lies-a-lalcool-rdrda-historique-pratiques-analyse-et-propositions/>
73. Fédération française d'addictologie. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. 1 Audition publique 2.0. 7 - 8 avril 2016 à Paris. Livret de l'Audition publique : Programme et Rapports des Experts et du Groupe bibliographique. Paris: FFA; 2016.
https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=23150
74. 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.
http://www.asud.org/wp-content/uploads/2016/04/FFA2016_RapportOrientationRecos.pdf
75. Fédération française d'addictologie. La réduction des risques et des dommages - Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. Journal du Droit des Jeunes 2016;(354-355):79-87.
76. SOLALE. Les 4 phases de la méthode IACA [En ligne] 2022.
<https://www.platorme-solale.fr/phasesmethodeiaca>
77. Modus Bibendi, Fioulaine M, Lévy J. Mieux accompagner les personnes usagères d'alcool en Médecine Générale. Guide pratique de la réduction des risques liés à l'alcool (RDRA). 2022.
78. Conseil économique social et environnemental, Caniard E, Augé-Caumon MJ. Les addictions au tabac et à l'alcool. Avis du Conseil économique, social et environnemental. Paris: CESE; 2019.
<https://www.lecese.fr/content/le-cese-adopte-son-avis-addictions-au-tabac-et-lalcool>
79. British Columbia Center of Excellence for women's health (CEWH). Harm reduction and pregnancy. Community-based Approaches to Prenatal Substance Use in Western Canada. Vancouver: CEWH; 2015.
https://cewh.ca/wp-content/uploads/2015/02/HReduction-and-Preg-Booklet.2015_web.pdf
80. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C. Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium. KCE REPORT 258. Brussels: KCE; 2016.
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_258C_Alcoholism_Synthesis.pdf
81. Eurotox Asbl. RDRA. Guide pratique pour aider à l'implantation d'un projet de réduction des risques liés à l'usage d'alcool en milieu étudiant. Bruxelles: Eurotox; 2016.
<https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Guide-pratique-RdR-alcool-en-milieu-%C3%A9tudiant-HD.pdf>
82. Eurotox Asbl. RDR : Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques. Livret thématique n°4. Paris: Eurotox ; 2019.
https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret4-2019_1tma.pdf
83. Eurotox Asbl. Alcool : Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques. Livret thématique n°6. Paris: Eurotox; 2020.
https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret6-Alcool_2.pdf
84. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. Addict Behav 2002;27(6):867-86.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4603\(02\)00294-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00294-0)
85. McCambridge J, Kypri K, Drummond C, Strang J. Alcohol harm reduction: corporate capture of a key concept. PLoS Med 2014;11(12):e1001767.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001767>
86. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. Lancet 2017;390(10092):415-23.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31592-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31592-6)

87. Organisation for Economic Co-operation and Development. The effect of COVID-19 on alcohol consumption, and policy responses to prevent harmful alcohol consumption. Paris: OECD; 2021.
<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-effect-of-covid-19-on-alcohol-consumption-and-policy-responses-to-prevent-harmful-alcohol-consumption-53890024/>
88. Lee BP, Dodge JL, Leventhal A, Terrault NA. Retail alcohol and tobacco sales during COVID-19. *Ann Intern Med* 2021.
<http://dx.doi.org/10.7326/m20-7271>
89. 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.
90. Taschini E, Urdapilleta I, Verhac J-F, Tavani JL. Représentations sociales de l'alcoolisme féminin et masculin en fonction des pratiques de consommation d'alcool. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2015;107(3):435-61.
<http://dx.doi.org/10.3917/cips.107.0435>
91. Meyers SA, Earnshaw VA, D'Ambrosio B, Courchesne N, Werb D, Smith LR. The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature. *Drug Alcohol Depend* 2021;223:108706.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108706>
92. Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ. Alcool et troubles mentaux. De la compréhension à la prise en charge diagnostic. Paris: Elsevier Masson; 2013.
93. Bouvet de la Maisonneuve F. Les femmes face à l'alcool. Résister et s'en sortir. Paris: Odile Jacob; 2020.
94. Bader D. Les microstructures médicales. *Le Courrier des Addictions* 2018;20.
95. Schamp J, Simonis S, Roets G, Van Havere T, Gremeaux L, Vanderplasschen W. Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 2021;38(2):175-89.
<http://dx.doi.org/10.1177/1455072520964612>
96. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T, *et al.* Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* 2018;391(10129):1513-23.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30134-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30134-x)
97. Naassila M, Bouajila N, Thomas D, Aubin HJ. Consommation d'alcool et hypertension artérielle. *Rev du Prat* 2023;73(6):661-8.
98. Observatoire français 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/>
99. Obradovic I, Douchet MA. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. *BEH* 2019;5-6:116-7.
100. 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
101. Benech G. Les ados et l'alcool. Comprendre et agir. Rennes: Presses de l'EHESP; 2019.
102. Luan M, Zhang X, Fang G, Liang H, Yang F, Song X, *et al.* Preconceptional paternal alcohol consumption and the risk of child behavioral problems: a prospective cohort study. *Scientific reports* 2022;12(1):1508.
<http://dx.doi.org/10.1038/s41598-022-05611-2>
103. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018;392(10152):1015-35.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31310-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31310-2)

104. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *Lancet* 2022;400(10347):185-235.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)00847-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00847-9)
105. Moore RA, Aubin HJ. Do placebo response rates from cessation trials inform on strength of addictions? *Int J Environ Res Public Health* 2012;9(1):192-211.
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph9010192>
106. Bohm MK, Liu Y, Esser MB, Mesnick JB, Lu H, Pan Y, *et al.* Binge drinking among adults, by select characteristics and state - United States, 2018. *Morb Mortal Weekly Report* 2021;70(41):1441-6.
<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7041a2>
107. Motet G. Le concept de risque et son évolution *Annales des Mines - Responsabilité et environnement* 2010;57:32-7.
<http://dx.doi.org/10.3917/re.057.0032>
108. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet* 2018;392(10152):987-8.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31571-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31571-x)
109. Millwood IY, Walters RG, Mei XW, Guo Y, Yang L, Bian Z, *et al.* Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology: a prospective study of 500 000 men and women in China. *Lancet* 2019;393(10183):1831-42.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31772-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31772-0)
110. Latino-Martel P, Arwidson P, Ancellin R, Druesne-Pecollo N, Hercberg S, Le Quellec-Nathan M, *et al.* Alcohol consumption and cancer risk: revisiting guidelines for sensible drinking. *Can Med Assoc J* 2011;183(16):1861-5. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.110363>
111. Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW, Jr., *et al.* Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer* 2002;87(11):1234-45.
<http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6600596>
112. Shield KD, Marant Micallef C, Hill C, Touvier M, Arwidson P, Bonaldi C, *et al.* New cancer cases in France in 2015 attributable to different levels of alcohol consumption. *Addiction* 2018;113(2):247-56.
<http://dx.doi.org/10.1111/add.14009>
113. Société française d'alcoologie, Société française de Gériologie et de Gériatrie. Complications liées au mésusage d'alcool chez le sujet âgé. *Personne âgée et consommation d'alcool - Question 2. Alcoologie Addictologie* 2014;36:239-46.
114. Collège de médecine générale, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Consommation de substances psychoactives et périnatalité. Kit addictions. Fiche pratique. Paris: CMG; 2022.
<https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2022/05/Kit-addictions-CMG-addictions-et-perinatalite.pdf>
115. Coulomb L, Douguet F, Fillaut T, Hontebeyrie J, Vilbrod A. Généralistes et sages-femmes libérales face au risque alcool chez la femme enceinte — quand les représentations influencent les pratiques *In Vino Humanitas. Des usages du vin dans les sociétés. ¿ Interrogations ?* 2019;29.
116. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Santé publique France. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. Paris: INSERM; 2022.
<https://enp.inserm.fr/>
117. Curley JP, Mashoodh R, Champagne FA. Epigenetics and the origins of paternal effects. *Horm Behav* 2011;59(3):306-14.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2010.06.018>
118. Nafee TM, Farrell WE, Carroll WD, Fryer AA, Ismail KM. Epigenetic control of fetal gene expression. *Br J Obstet Gynaecol* 2008;115(2):158-68.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01528.x>
119. McBride N, Johnson S. Fathers' role in alcohol-exposed pregnancies: Systematic review of human studies. *Am J Prev Med* 2016;51(2):240-8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.02.009>

120. Kalinowski A, Humphreys K. Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction* 2016;111(7):1293-8.
<http://dx.doi.org/10.1111/add.13341>

121. Rehm J, Zatonksi W, Taylor B, Anderson P. Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction* 2011;106 Suppl 1:11-9.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03326.x>

122. Rehm J, Gmel GE, Sr., Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, *et al.* The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction* 2017;112(6):968-1001.
<http://dx.doi.org/10.1111/add.13757>

123. Squeglia LM, Tapert SF, Sullivan EV, Jacobus J, Meloy MJ, Rohlfing T, *et al.* Brain development in heavy-drinking adolescents. *Am J Psychiatry* 2015;172(6):531-42.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101249>

124. Pérez-García JM, Suárez-Suárez S, Doallo S, Cadaveira F. Effects of binge drinking during adolescence and emerging adulthood on the brain: A systematic review of neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;137:104637.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104637>

125. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Ventes d'alcool [En ligne] 2018.
<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/ventes-d-alcool/>

126. Arwidson P, Léon C, Guillemont J. Consommation annuelle d'alcool déclarée, France, 2005. *BEH* 2006;34-35:255-8.

127. Observatoire français 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.

128. Lafaye G, Benyamina A, Reynaud M. Addictions de l'adolescent. Repérer et évaluer précocement les usages problématiques est primordial. *Rev Prat* 2017;31(987):637-9.

129. Duroy D, Iglesias P, Perquier F, Brahim N, Lejoyeux M. Alcoolisation à risque chez des étudiants en médecine parisiens. *L'Encephale* 2017;43(4):334-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.019>

130. Beck F, Richard JB. La consommation d'alcool en France. *Presse Med* 2014;43(10):1067-79.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2014.02.027>

131. Conigrave KM, Ali RL, Armstrong R, Chikritzhs TN, d'Abbs P, Harris MF, *et al.* Revision of the Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. *Med J Aust* 2021;215(11):518-24.
<http://dx.doi.org/10.5694/mja2.51336>

132. Haut Conseil de Santé Publique, Latache C, Alla F. Analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool. Paris: HCSP; 2009.
https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspn20090701_alcool.pdf

133. Rizk C, Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice, Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. L'emprise de l'alcool ou de la drogue sur les auteurs d'actes 1 de violences, de menaces ou d'injures décrits par les personnes s'étant déclarées victimes lors des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2009 à 2012. *Repères* 2012;19.

134. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_argumentaire.pdf

135. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : résultats de la consultation publique. Ottawa: CCDUS; 2021.
<https://www.ccsa.ca/fr/le-projet-dactualisation-des-directives-de-consommation-dalcool-faible-risque-du-canada-resultats>

136. Heather N. Drinking guidelines are essential in combating alcohol-related harm:

comments on the new Australian and Canadian guidelines. *Drug Alcohol Rev* 2012;31(2):153-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00397.x>

137. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, Basset B, Fordin M, Savy M. Observatoire sur les pratiques des lobbies de l'alcool. Rapport 2018. Paris: ANPAA; 2019. <https://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/actualites/alcool/1022-observatoire-sur-les-pratiques-des-lobbies-de-l-alcool-rapport-2018>

138. Casswell S. Why have guidelines at all? A critical perspective. *Drug Alcohol Rev* 2012;31(2):151-2. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00376.x>

139. British Columbia Center of Excellence for women's health (CEWH). Women and alcohol: a women's health resource. Vancouver: CEWH; 2014. <https://cewh.ca/wp-content/uploads/2022/01/WomenAndAlcoholResource2014.pdf>

140. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substance. Le sexe, le genre et l'alcool. Directives de consommation à faible risque : notions importantes pour les femmes. 2022.

141. Société française d'alcoologie, Société française de gérontologie et gériatrie. Recommandations - Personnes âgées et consommation d'alcool. Question 5 - Quelles actions de prévention primaire des risques liés à l'alcool sont adaptées aux personnes âgées ? *Alcoologie Addictologie* 2014;36(3):262-8.

142. Société française d'alcoologie, Société française de gérontologie et gériatrie. Recommandations - Personnes âgées et consommation d'alcool. Question 3 - Quels sont les moyens du repérage des risques liés à ces consommations chez les personnes âgées ? *Alcoologie Addictologie* 2014;36(3):247-51.

143. Société française d'alcoologie, Société française de gérontologie et gériatrie. Recommandations - Personnes âgées et consommation d'alcool. Introduction : Usage et mésusage. Définition générale de la population âgée. Spécificités du risque alcool chez les plus âgés. Problèmes d'application des

recommandations à la population âgée. *Alcoologie Addictologie* 2014;36(3):225-31.

144. Butt PR, White-Campbell M, Canham S, Johnston AD, Indome EO, Purcell B, *et al.* Canadian guidelines on alcohol use disorder among older adults. *Can Geriatr J* 2020;23(1):143-8. <http://dx.doi.org/10.5770/cgj.23.425>

145. Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigau A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. *Alcoologie Addictologie* 2013;35(4):309-15.

146. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie. Classifications des conduites addictives [Fiche repère]. Paris: ANPAA; 2019. <https://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/actualites/alcool/1022-observatoire-sur-les-pratiques-des-lobbies-de-l-alcool-rapport-2018>

147. Gaume J, McCambridge J, Bertholet N, Daepfen JB. Mechanisms of action of brief alcohol interventions remain largely unknown - a narrative review. *Front Psychiatry* 2014;5:108. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2014.00108>

148. 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.

149. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, *et al.* The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29(11):2001-7. <http://dx.doi.org/10.1097/01.alc.0000187034.58955.64>

150. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Audit. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. Geneva: WHO; 2001. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>

151. Black N, Burke L, Forrest CB, Sieberer UH, Ahmed S, Valderas JM, *et al.* Patient-reported outcomes: pathways to better health,

better services, and better societies. Qual Life Research 2016;25(5):1103-12.

<http://dx.doi.org/10.1007/s11136-015-1168-3>

152. Bull C, Callander EJ. Current PROM and PREM use in health system performance measurement: Still a way to go. Patient Experience Journal 2022;9(1):12-8.

<http://dx.doi.org/10.35680/2372-0247.1664>

153. Sliedrecht W, de Waart R, Witkiewitz K, Roozen HG. Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. Psychiatry Res 2019;278:97-115.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038>

154. Allamani A, Voller F, Bravi S, Pepe P, Biffino M, Buscema PM, *et al.* Alcohol addiction: one entity or different entities? A DSM-4-based attempt toward a geographicization of alcohol addiction and abuse. Alcohol alcoholism 2022;57(6):687-95.

<http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agac021>

155. Castera P. Repérage précoce et intervention brève : 5 minutes pour convaincre. Addictions 2008;22:10-5.

156. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et Résultats 2006;481.

157. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. BMJ 2023;380:e072953.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2022-072953>

158. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening, behavioral counseling, and referral in primary care to reduce alcohol misuse. Effective Health Care Program n° 64. Rockville: AHRQ; 2012.

<https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/alcohol-misuse/research>

159. Bertholet N, Daeppen 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):986-95.

<http://dx.doi.org/10.1001/archinte.165.9.986>

160. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Réduction des risques

infectieux chez les usagers de drogues. Paris: INSERM; 2010.

<https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/657>

161. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel 2016;27 janvier(22).

162. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie. RDR alcool. Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool. Paris: ANPAA; 2012.

<https://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/anpaa-rrdc-lasers.pdf>

163. Cerny K. L'accueil inconditionnel, seuil déterminant pour l'accès aux soins. Actal 2013:25-8.

164. Fédération Addiction. L'accueil inconditionnel au défi des consommations. Synthèse et perspectives. Lundi 9 octobre 2017. Maison Internationale - Cité Internationale Universitaire de Paris. Paris: Fédération Addiction; 2017.

<https://portail.federationaddiction.fr/shop/product/gpart-accueil-inconditionnel-actes-de-la-journee-laccueil-inconditionnel-au-defi-des-consommations-250#attr=>

165. Fédération Addiction. Alcool : intervenir autrement : Fédération Addiction; 2019.

<https://fr.calameo.com/read/00554485801d097a74397>

166. Fieulaine M. Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ? Risques alcool : changer de paradigme pour accompagner les personnes dans leurs usages. Alcool Addictol 2017;39(4):364-72.

167. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. L'essentiel Sur ...La réduction des risques et des dommages : une politique inscrite dans la loi, entre humanisme, sciences et pragmatisme. Paris: MILDECA; 2020.

<https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/essentiel-rdrd.pdf>

168. Haute Autorité de santé. Repérage précoce et intervention brève en alcoologie en

premier recours. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/reperage_precoce_et_intervention_breve_en_alcoolologie_en_premier_recours_-_note_de_cadrage.pdf

169. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement Paris: InterEditions; 2013.

170. Fortini C, Daepfen JB. L'entretien motivationnel : Développements récents. Med Hyg (Geneve) 2011;31:159-65.
<http://dx.doi.org/10.3917/psys.113.0159>

171. Csillik A, Meyer T, Osin E. Comparative evaluation of motivational interviewing components in alcohol treatment. J Contemporary Psychotherapy 2022;52(1):55-65.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10879-021-09517-4>

172. Santé Publique France, De Visser R. Evaluation de la campagne Dry January, un mois sans alcool au Royaume-Uni. La Santé en Action 2020;451:44-5.

173. Powell L, Feng Y, Duncan MJ, Hamer M, Stamatakis E. Does a physically active lifestyle attenuate the association between alcohol consumption and mortality risk? Findings from the UK biobank. Prev Med 2020;130:105901.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105901>

174. Hallgren M, Vancampfort D, Giesen ES, Lundin A, Stubbs B. Exercise as treatment for alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med 2017;51(14):1058-64.
<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2016-096814>

175. 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

176. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substance. Pour une sensibilisation à la consommation d'alcool adaptée aux jeunes

ce que nous avons entendu. Ottawa: CCDUS; 2021.

<https://www.ccsa.ca/fr/pour-une-sensibilisation-la-consommation-dalcool-adaptee-aux-jeunes-ce-que-nous-avons-entendu>

177. Collège de médecine générale, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Conduites à risques des adolescents. Kit addictions. Fiche pratique. Paris: CMG; 2022.

<https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2022/05/Kit-addictions-CMG-Ados.pdf>

178. Agence de santé publique du Canada. Guide d'évaluation pour appuyer les interventions communautaires visant à prévenir les méfaits liés à la consommation de substances chez les jeunes. Fondé sur la mise en œuvre du modèle de prévention islandais dans le comté de Lanark, Canada. Ottawa: ASPC; 2022.

<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/guide-support-community-based-interventions-prevent-substance-related-harms-youth/guides-appuyer-interventions-communautaires-prevenir-mefaits-lies-consommation-substances-chez-jeunes.pdf>

179. Collège de médecine générale, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Pathologies duelles. De quoi on parle ? Kit addictions. Fiche pratique. Paris: CMG; 2022.

<https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2022/05/Kit-addictions-CMG-Pathologies-duelles.pdf>

180. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. Déclaration d'Alma-Ata. Genève: OMS; 1978.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/347880>

181. Communautés pluriprofessionnelles territoriales de Santé (CPTS). Guide pratique pour comprendre et agir en Hauts-de-France : Union des URPS Hauts-de-France; 2022.

<https://www.programme-sante-tabac-hdf.fr/docs/Fichier/2022/19-221129031527.pdf>

182. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ariño J, González-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary

care: systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28(4):608-18.

<http://dx.doi.org/10.1097/01.alc.0000122106.84718.67>

183. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med* 1999;28(5):503-9.

<http://dx.doi.org/10.1006/pmed.1999.0467>

184. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26(1):36-43.

185. Rolland B, Paille F, Mann K, Aubin HJ. The 2015 French guidelines on alcohol misuse, issued in partnership with the European Federation of Addiction Societies: a focus on children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25(10):1145-8.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00787-016-0874-x>

186. Hennessy EA, Tanner-Smith EE. Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: a meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prevention Science* 2015;16(3):463-74.

<http://dx.doi.org/10.1007/s11121-014-0512-0>

187. PromoSanté Pays de la Loire, Droumaguet P. "Prévention et acteurs du 1er recours". Cellule de réflexion collective. Promosanté 2020-2021 ; 2021.

<https://promosantepdl.fr/docs/Fichier/2021/8-211001121633.pdf>

188. Bataillon R, Michel P, Varroud-Vial M. Soins de proximité : vers un exercice d'équipe. *Actualités et Dossiers en Santé Publique* 2019;(107):10-47.

189. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Rapport du HCAAM. Organisation des soins de proximité : améliorer l'accès de tous à des soins de qualité. Paris: HCAAM; 2022.

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/Rapport%20Hcaam%20Organisation%20soins%20proximite.pdf>

190. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des

pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la Santé*, 2018;232.

191. Association Addiction France. Consultations jeunes consommateurs avancées (CJCA). Guide. Paris: AAF; 2021.

192. de Matas G. L'évaluation des pratiques d'usage du repérage précoce et intervention brève dans le service des urgences au CHU de Dijon à propos de la prise en charge de patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool [thèse - Doctorat en Médecine]. Dijon: UFR des Sciences de Santé de Dijon; 2019.

193. Gillain B, Société française de médecine d'urgence. Addiction et entretien motivationnel : l'entretien motivationnel, un outil pour rencontrer autrement les alcooliques aux urgences. Dans: *Urgences 2007 1er congrès de la Société française de Médecine d'Urgence* 30 31 mai et 1er juin Paris: SFU; 2005. p. 215-21.

https://www.sfmur.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2007/donnees/pdf/26_gillain.pdf

194. Menecier P, Rotheval L, Lefranc D. L'alcoologie de liaison. Proposition de repères cliniques. *Alcoologie Addictologie* 2017;39(3):230-8.

195. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Le dispositif de soins en addictologie. « Repérer, prendre en charge, orienter : des ressources pour les professionnels de premier recours ». Paris; 2019.

<https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/le-dispositif-de-soins-en-addictologie>

196. Cogordan C, Andler R, Nguyen-Thanh V, Arwidson P. French general practitioners obstacles to SBI: a qualitative study. *INEBRIA* 2017, New York, USA septembre 14-15. 2017.

197. Beaudoin I. Efficacité de l'approche « logement d'abord » : une revue systématique. *Drogues santé et société* 2016;14(2):43-69.

198. National Health Service Ayrshire and Arran, Shaw A, Adam A, Fiulton I. Primary care community pharmacy local pharmacy specifications alcohol brief interventions (ABI) ; 2022.

<https://www.communitypharmacy.scot.nhs.uk/media/6040/v30-alcohol-brief-interventions.pdf>

199. Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales. Principe de la microstructure et de son organisation en réseau. Strasbourg: CNRMS.

200. Mouchet O. Place du médecin traitant dans la prise en charge du mésusage de l'alcool. Point de vue de 81 patients suivis en CSAPA [thèse] Paris: Faculté de Médecine Paris Descartes; 2016.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01624465/document>

201. Lajzerowicz N, Fiurnols M, Castéra P. Prise en charge conjointe ville-hôpital de l'arrêt du tabac : une expérience de pédagogie active en addictologie. *Le Courrier des Addictions* 2018;20(4):22-7.

202. Feng Y, Powell L, Vassallo AJ, Hamer M, Stamatakis E. Does adequate physical activity attenuate the associations of alcohol and alcohol-related cancer mortality? A pooled study of 54 686 British adults. *Int J Cancer* 2020;147(10):2754-63.

<http://dx.doi.org/10.1002/ijc.33052>

203. Beyer FR, Campbell F, Bertholet N, Daepfen JB, Saunders JB, Pienaar ED, *et al.* The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: A distillation for clinicians and policy makers. *Alcohol Alcoholism* 2019;54(4):417-27.

<http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agz035>

204. Collège de médecine générale. Diagnostic situationnel en médecine générale. Passer d'une gestion par pathologie à une approche globale du patient ; 2023.

205. Lisha NE, Sussman S. Relationship of high school and college sports participation with alcohol, tobacco, and illicit drug use: a review. *Addict Behav* 2010;35(5):399-407.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.032>

206. Conroy DE, Ram N, Pincus AL, Coffman DL, Lorek AE, Rebar AL, *et al.* Daily physical activity and alcohol use across the adult lifespan. *Health Psychology* 2015;34(6):653-60. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000157>

207. Williams GC, Burns KE, Battista K, de Groh M, Jiang Y, Leatherdale ST. High school sport participation and substance use: A cross-sectional analysis of students from the COMPASS study. *Addict Behav Reports* 2020;12:100298.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100298>

208. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, *et al.* Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane database of systematic reviews* 2018;2:CD004148.

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>

209. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 2009;37(2):129-40.

<http://dx.doi.org/10.1017/s1352465809005128>

210. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychologist* 1992;47(9):1102-14.

<http://dx.doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>

211. Foster DW, Neighbors C, Pai A. Decisional Balance: alcohol decisional balance intervention for heavy drinking undergraduates. *Subst Use Misuse* 2015;50(13):1717-27.

<http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2015.1036883>

212. Miller WR, Rose GS. Motivational interviewing and decisional balance: contrasting responses to client ambivalence. *Behav Cogn Psychother* 2015;43(2):129-41.

<http://dx.doi.org/10.1017/s1352465813000878>

213. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J health Promot* 1997;12(1):38-48.

<http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

214. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992;28:183-218.

215. Collège de médecine générale, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Alcool. On en parle en consultation ? Kit addictions. Fiche pratique. Paris: CMG; 2022.

<https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2022/05/Kit-addictions-CMG-Alcool.pdf>

216. En urgence en cas de complications, programmée dans un objectif de sevrage ou de post-cure. Place de l'hospitalisation en addictologie. *Rev Prat* 2018;6:103-6.

217. Accompagner un patient alcoolodépendant en médecine générale. Le plus difficile est d'agir sur le long terme. *Rev Prat Med Gen* 36(1065):137-9.

218. 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>

219. Rolland B, Naassila M, Paille F, Aubin H-J. The Role of General Practitioners in the 2015 French Guidelines on Alcohol Misuse. *Alcohol Alcoholism* 2017;52(6):747-8.
<http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agx054>

220. Czarnik S, Kocan MJ, Strobbe S, Alaniz C, Ciarkowski S, Kirst N, *et al.* Alcohol withdrawal in hospitalized patients: Michigan Alcohol Withdrawal Severity (MAWS) Protocol. *Ann Arbor MI: Regents of the University of Michigan.*; 2020.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555603/pdf/Bookshelf_NBK555603.pdf

221. Ebrahim IO, Shapiro CM, Williams AJ, Fenwick PB. Alcohol and sleep I: effects on normal sleep. *Alcohol Clin Exp Res* 2013;37(4):539-49.
<http://dx.doi.org/10.1111/acer.12006>

222. Protection Judiciaire de la Jeunesse, Rousselet S. Présentation du dispositif TAC (Tabac alcool Cannabis). Séminaire « développement des CPS des enfants et des jeunes : un référentiel pour favoriser un déploiement national » 14 et 15 décembre 2021. Paris: Ministère de la Justice; 2021.
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/communication-congres/le-dispositif-tac-tabac-alcool-cannabis-un-outil-de-prevention-et-de-reduction-des-risques-lies-aux-consommations-des-mineurs-pris-en-charge>

223. Santé Publique France. Les compétences psychosociales: état des connaissances scientifiques et théoriques. Saint-Maurice: SPF; 2022.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/les-competences-psychosociales-etat-des-connaissances-scientifiques-et-theoriques>

224. Reocreux M. Prise en charge cognitivo-comportementale et émotionnelle des problèmes d'alcool Dans: Reynaud M, ed. *Traité d'addictologie* 2016. p. 508-22.

225. Maurage P, Campanella S. Chapitre 8. Prévenir et réduire le binge drinking : l'approche psychologique. Dans: *Le binge drinking chez les jeunes*. Wavre: Mardaga; 2021. p. 211-42.

226. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, *et al.* Le « Montreal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique* 2015;41-50.
<http://dx.doi.org/10.3917/spub.150.0041>

227. Friconneau M, Archer A, Malaterre J, Salama F., Ouillade MC. Le patient-expert Un nouvel acteur clé du système de santé. *Medecine Sciences* 2020;36:62-4.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1051/medsci/2020206>

228. Helle P, Clavagnier I. Patient expert en éducation thérapeutique, récit d'une pratique. *Rev Infirm* 2015;(214):21-2.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.revinf.2015.07.005>

229. Tourette-Turgis C. Les patients experts et les soignants, vers des relations de réciprocité. *Soins* 2015;(796):37-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.soins.2015.04.008>

230. Pommery - de Villeneuve A. Une expérience de patient expert en addictologie : d'une intuition clinique à la certification de patient expert. *Raison présente* 2022;223-224(3-4):133-43.
<http://dx.doi.org/10.3917/rpre.223.0133>

231. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews* 2020;3(3):CD012880.

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2>

232. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie. Groupes à visée thérapeutique. Addictologie ambulatoire. Paris: ANPAA; 2015.

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

233. Nalpas B, Boulze-Launay I. Maintenance of Abstinence in Self-Help Groups. Alcohol Alcoholism 2018;53(1):89-94.

<http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agx085>

234. Nalpas B, Boulze I. Maintien de l'abstinence dans les mouvements d'entraide. Alcoologie Addictologie 2016;38(3):191-8.

235. Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique (CAMERUP). Réduction des risques. Dans: Livre blanc 2016. p. 26-9.

<https://www.camerup.fr/le-livre-blanc/>

236. Mulliez B, Lossmann J. D'avoir trop trinqué ma vie s'est arrêtée. La véritable vie pas rêvée de Baptiste. Paris: Judith Lossman éditions; 2020.

237. Touzard C. Sans alcool. Etre sobre est bien plus subversif qu'on ne le pense. Paris: Flammarion; 2021.

238. Chabalière H. Le dernier pour la route. Chronique d'un divorce avec l'alcool. Paris: Pocket; 2006.

239. 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.

240. Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions. Accompagner la réduction de la consommation d'alcool. Paris: Respadd; 2020.

<https://www.respadd.org/blog/2020/08/03/livret-accompagner-la-reduction-de-la-consommation-dalcool/>

241. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. Troubles de l'usage de l'alcool. Critère

diagnostiques. Dans: DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 643.

<https://psyclinifcs.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>

242. Santé Publique France, Institut National du Cancer. Méthodologie pour déterminer le risque de mortalité sur une vie attribuable à la consommation d'alcool. Un guide intuitif en cinq étapes. Dans: Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Expertise. Saint Maurice: SPF; 2017. p. 83-90.

<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>

243. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 1998;158(16):1789-95.

<http://dx.doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>

244. Arfaoui S. Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale : le questionnaire "FACE" [thèse] Paris: Faculté de Médecine Necker-enfants malades; 2002.

<https://www.urml-idf.org/upload/these/arfaoui.pdf>

245. Arfaoui S, Dewost AV, Demortière G, Abesdris J, Abramovici F, Michaud P. Repérage précoce du risque alcool: Savoir faire FACE. Rev Prat Med Gen 2004;18:201-5.

246. Prochaska JO, Di Clemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychother Theor Res Pract 1982;19:276-88.

247. PsyMontréal. La balance décisionnelle – les 4 colonnes [En ligne] 2023.

<https://psymontreal.com/la-balance-decisionnelle-les-4-colonnes/>

248. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. L'entretien motivationnel - Communiquer avec le patient en consultation. Paris: InterEditions; 2009.

249. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Diagnostic. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

250. World Health Organization, Division of Mental Health. Life skills education for children and adolescents in schools. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes.

Programme on mental health, 2nd rev. Geneva: WHO; 1994. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>

251. World Health Organization. Skills for health : skills-based health education including life skills : an important component of a child-friendly/health-promoting school. Geneva: WHO; 2003. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42818>

252. Tardif J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement Montréal: Chenelière Education; 2006.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel pour participer aux groupes de travail

Alcooliques anonymes (AA)

Association Addictions France (AAF) (ex-ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie)

Association de patients experts en addictologie (APEA)

Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API)

Association des psychologues et de psychologie dans l'Éducation nationale (ApsyEN)

Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)

Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU)

Association française des psychologues de l'Éducation nationale (AFPEN)

Association SANTé ! Alcool et réduction des risques (SANTé !)

Collège de la médecine générale (CMG)

Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière (CPOPH)

Collège français de médecine d'urgence (CFMU)

Collège national des généralistes enseignants (CNGE)

Collège national des sages-femmes de France (CNSF)

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)

Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique et gynécologie médicale (CNPGO)

Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)

Conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP)

Collectif Modus Bibendi

Collège national professionnel des infirmières de pratique avancée (CNPIPA)

Conseil national professionnel infirmier (CNPI)

Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique de France (CAMERUP)

Coordination nationale des réseaux de microstructures (CNRMS)

Fédération Addiction (FA)

Fédération française d'addictologie (FFA)

Fédération française de psychiatrie (FFP)

Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP)

Santé publique France – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (SPF – INPES)

Société française d'alcoologie (SFA)

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées (SFPEADA)
Société française des médecins de l'Éducation nationale (SOFMEN)
Syndicat national des infirmiers conseillers de santé (SNICS)
Union nationale des associations familiales (UNAF)

Groupe de travail

Dr CHANDESRIS Marie-Olivia, cheffe de projet scientifique, HAS, service des bonnes pratiques

- Mme Marion ACQUIER, psychologue clinicienne, Ozoir-la-Ferrière
- Mme Christelle ALARD, psychologue clinicienne, Pau
- Mme Marie ASENSIO, assistante sociale, Marseille
- Dr Marie-Josée AUGÉ-CAUMON, pharmacienne d'officine, présidente de CAARUD, Montpellier
- Mme Marlène BOUCAULT, chef de projet prévention et dispositif CJC, Chaumont
- Mme Élise CHARLOT, infirmière, cadre de santé, directrice CSAPA, Ajaccio
- Mr Nicolas DALIBARD, patient expert en addictologie, Paris
- Mr Jean. D., usager du système de santé*
- Dr Françoise ETCHEBAR, médecin généraliste, addictologue, Pau
- Dr Pierre-André GERRER, médecin généraliste, médecin urgentiste, Dijon
- Dr Jean-Louis GRIGUER, psychiatre, Montéleger
- Dr Yves GUILLERMAIN, psychiatre, addictologue spécialisé AJA, Marseille
- Mme Emmanuelle LATOURTE, chargée de développement nouvelles pratiques RdRD alcool, Marseille
- Dr Christine MAYNIÉ-FRANCOIS, médecin généraliste, Saint-Quentin-Fallavier
- Mme Cécile MBODJI, sage-femme, chargée de projet santé de la femme, Metz
- Mme Samira SALOMON, assistante sociale, directrice CCAS, Pérols
- Dr Géraldine TALBOT, médecin généraliste, addictologue, directrice CSAPA, Montreuil
- Mme Virginie TARDIVEL, infirmière en pratique avancée, infirmière spécialiste clinique, Saint-Maurice
- Dr Yohann VERGES, médecin généraliste, Rieux

Mme NGUYEN THAN Viet, responsable de l'unité Addictions de Santé publique France, Saint-Maurice, a participé au GT jusqu'au mois d'octobre 2022.

* Expert ne souhaitant pas endosser les productions

Groupe de lecture

- Dr Francis ABRAMOVICI, médecin généraliste, Paris
- Dr Jacques AFCHAIN, médecin généraliste, Paris
- Dr Guillaume AIRAGNES, psychiatre, addictologue, Paris
- Dr Marie-Alix ALIX, pharmacienne d'officine, Strasbourg
- M. Christian ANDRÉO, directeur d'association, Paris
- M. Frédéric ARNAUD, patient expert en addictologie, Paris
- Mme Danièle BADER, présidente CNRMS, Strasbourg
- Pr Christine BALAGUÉ, sciences de gestion, Ile-de-France
- Dr Stéphane BILLARD, psychiatre, addictologue, Quimper
- Mme Hélène BLANC, chargée de prospective et développement en RdRD Alcool, directrice d'association, Marseille
- Dr Nicolas BONNET, pharmacien de santé publique, directeur du RESPADD, Paris
- Mr Nicolas BRUN, usager du système de santé
- Dr Philippe CASTERA, médecin généraliste, addictologue, coordinateur médical de COREADD, Bordeaux
- Dr Bernard CAULE, médecin généraliste, coordinateur régional de MSMA, Orgelet
- Mme Émeline CHAUCHARD, enseignante chercheuse en psychologie, Nantes
- M. Patrick COHEN, psychologue, Marseille
- Dr Vanessa CORRE, médecin généraliste, Pertuis
- Mr Jean-Pierre COUTERON, psychologue clinicien, Boulogne-Billancourt
- Mme Catherine DELORME, directrice d'association, Paris
- Dr Jean DU BREUILLAC, médecin généraliste, Thénazay
- Dr Julie DUPOUY, médecin généraliste, Pins-Justaret
- Mme Amandine DUREL, infirmière ASALÉE, Plonéour-Lanvern
- M. Matthieu FIEULAIN, consultant en RdRD, coordonnateur d'un collectif d'acteurs de la RdRD Alcool, Marseille
- Dr Dorothée GALLEZOT, médecin généraliste, Moorea
- Mme Soraya HADDAD, infirmière en pratique avancée, Toulouse
- Dr Frédérique HUSSON, médecin généraliste, Jouars-Pontchartrain
- Mme Élisabeth IRAOLA, sage-femme, Créteil
- Mme Marie JAUFFRET ROUSTIDE, sociologue, chargée de recherche INSERM, Paris
- Dr Denis JOUTEAU, directeur d'association, Essonne
- Dr Gilles LAZIMI, médecin généraliste, Romainville
- Dr Jean LEVY, médecin généraliste, addictologue, Charleville-Mézières
- Mme Sehade MAHAMMEDI, coordinatrice de MSMA, Seine-Saint-Denis
- Dr Philippe NUBUKPO, psychiatre, addictologue, Limoges
- Pr François PAILLE, addictologue, Nancy
- Dr Virginie PAILLOU, médecin généraliste, addictologue, Bordeaux
- Dr Étienne POT, médecin de santé publique, addictologue, Bordeaux
- Dr François SASSIER, médecin généraliste, Plonéour-Lanvern
- Mr Philippe SAYER, patient expert en addictologie, président d'une coordination d'associations, Perros-Guirec
- Dr Dalila SERRADJ, médecin urgentiste, Dijon

- Dr Yannick Daniel SCHMITT, médecin généraliste, Lingolsheim
- M. Maxence THOMAS, psychologue, chercheur en psychopathologie, Lyon
- Dr Arthur TRON, médecin généraliste, Paris

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus ainsi qu'au sein de la HAS, pour leur contribution :

- CASSOURET Guillaume (interne en santé publique, SBP, DAQSS)
- CHAUVET Clément (DiQASM)
- CHAZALETTE Laurence (SBP, DAQSS)
- PRIGENT Amélie (SBP, DAQSS)
- RENNER Simon (MNS)
- ROCH Ysé (MNS)
- TREPIED Valentine (DiQASM)

Abréviations et acronymes

AJA	Adolescents – jeunes adultes
API	Alcoolisation ponctuelle importante (<i>binge drinking</i>)
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
AVP	Accident de la voie publique
BD	Balance décisionnelle
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BZD	Benzodiazépine
CDA	Consommation déclarée d'alcool
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Year</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders</i>
EBM	<i>Evidence-Based Medicine</i>
EIBI	<i>Early Identification and Brief Intervention</i>
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
ERLI	Programme d'éducation aux risques liés à l'injection
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
EVA	Échelle visuelle analogique
EVCI	Espérance de vie corrigée de l'incapacité
FACE	<i>Fast Alcohol Consumption Evaluation</i>
FNP	<i>Feed-back</i> normatif personnalisé
GL	Groupe de lecture
GT	Groupe de travail
IDE	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État
IDEC	IDE de coordination
IMC	Indice de masse corporelle
IPA	Infirmier(ère) de pratique avancée
ISC	Infirmier(ère) spécialiste clinique
IST	Infection sexuellement transmissible
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
MG	Médecin généraliste/médecine générale
MTT	Modèle trans-théorique du changement de comportement
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PEA	Patient expert addictions

PES	Programme d'échange de seringues
PHC	<i>Primary Health Care</i>
PHEPA	<i>Primary Health Care European Project on Alcohol</i>
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Plan national nutrition et santé
PREMs	<i>Patient-Reported Experience Measures</i>
PROMs	<i>Patient-Reported Outcome Measures</i>
RBP	Recommandation de bonnes pratiques
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RdRDA	Réduction des risques et des dommages en matière d'alcool
RPIB	Repérage précoce avec intervention brève
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SAS	Service d'accès aux soins
SCMR	Salles de consommation à moindre risque
SPA	Substance psychoactive
TNDLA	Troubles neurodéveloppementaux liés à l'alcool
TSO	Traitement substitutif opioïde
TU	Trouble de l'usage
TUA	Trouble de l'usage d'alcool
VS	Verre standard

Institutions, établissements et organismes sanitaires, sociétés et associations professionnelles

AAF	Association Addictions France (ex-ANPAA Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie)
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APEA	Association des patients experts en addictologie
APHP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAMERUP	Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique
CAMH	<i>Centre for Addiction and Mental Health</i> de Toronto
CCAS	Centre communal d'action sociale
CEID	Comité d'étude et d'information sur les drogues
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional

CHU	Centre hospitalier universitaire
CIR	Commission impact des recommandations de la HAS
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CMG	Collège de la médecine générale
CMP	Centre médico-psychologique
CNP	Conseils nationaux professionnels
CNRMS	Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales
COREADD	Coordination régionale addictions
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRPPI	Commission recommandations, parcours, pertinence, indicateurs
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSMS	Commission sociale et médico-sociale de la HAS
DAQSS	Direction de l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins de la HAS
DGS	Direction générale de la Santé
DiQASM	Direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social de la HAS
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPSM	Établissement public de santé mentale
ESSMS	Établissement ou service social et médico-social
FA	Fédération Addiction
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FFA	Fédération française d'addictologie
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de santé publique
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MNS	Mission numérique en santé de la HAS
MS	Microstructure
MSMA	Microstructure médicale addictions
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
RESPADD	Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions

SAU	Service d'accueil des urgences
SBP	Service des bonnes pratiques (DAQSS)
SEU	Service engagement des usagers de la HAS
SFA	Société française d'alcoologie
SPF	Santé publique France

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

