

16

Mésusage d'alcool en fonction de l'âge, dépistage de la consommation à risque ou problématique, et intervention brève¹⁴⁹

Bien que l'évolution de la consommation d'alcool *per capita* depuis les années 60 montre une nette diminution en Europe, la consommation d'alcool reste un facteur majeur de mortalité et de morbidité. Dans ce chapitre, après une partie étudiant les données sur le mésusage d'alcool en fonction de l'âge, nous discuterons de l'importance du dépistage systématique de la consommation et de l'intervention brève à mettre en œuvre avec les consommateurs.

Mésusage d'alcool en fonction de l'âge

L'évolution de la consommation d'alcool *per capita* depuis les années 60 montre une nette diminution de la consommation en France, de même qu'en Europe en général, particulièrement pour la consommation de vin (Organisation mondiale de la santé, 2018) (cf. chapitre « Epidémiologie des consommations d'alcool : données récentes »). Néanmoins, la consommation d'alcool reste un facteur majeur de mortalité et de morbidité. Selon ce même rapport (Organisation mondiale de la santé, 2018), environ 10 % de la mortalité dans la région Europe est attribuable à l'alcool. De la même manière, environ 10 % de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI, *Disability Adjusted Life Years* – DALY en anglais, c'est-à-dire les années de vie en bonne santé perdues à cause de la maladie, d'un handicap ou de la mort prématurée) peuvent être imputables à la consommation d'alcool. Les causes principales de décès imputables à la consommation d'alcool sont les maladies digestives,

149. Le groupe d'experts tient à remercier Jacques GAUME (CHUV Lausanne) pour sa contribution à la revue de la littérature et la rédaction de certaines parties de ce chapitre.

les blessures non-intentionnelles, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Les causes principales d'EVCI imputables à la consommation d'alcool sont les blessures non-intentionnelles, les maladies digestives et les conséquences de la consommation d'alcool à risque.

La mortalité (cf. chapitre « Mortalité, faibles consommations et effets biologiques et morbidité liée à l'alcool ») est fortement influencée par l'âge. Cette influence est principalement due au lien entre consommation d'alcool et blessures, la consommation d'alcool étant ainsi responsable d'une large proportion de la mortalité parmi les jeunes adultes (Shield et Rehm, 2015). Ainsi en Europe, le pourcentage de décès imputables à la consommation d'alcool dépasse les 25 % pour les tranches d'âge de 25 à 44 ans (Organisation mondiale de la santé, 2018). Ce plus lourd fardeau pour les jeunes adultes est également observé pour l'EVCI. Dans une étude mondiale sur le fardeau lié aux maladies (*Global Burden of Disease*) chez les adolescents et jeunes adultes (Gore et coll., 2011), la consommation d'alcool apparaissait comme la première cause d'EVCI chez les 15-24 ans (8 %). Elle restait une cause importante chez les 25-59 ans (8 %), mais était moins importante pour les plus de 60 ans (3 %).

Ces différences nettes entre tranches d'âge sur la mortalité et la morbidité peuvent s'expliquer par des modes de consommation également nettement différents. Selon des données françaises de 2017 (Richard et coll., 2019), la consommation d'alcool quotidienne augmente avec l'âge, alors que les alcoolisations ponctuelles importantes (API) diminuent. Une étude similaire en Suisse (Kuntsche et Gmel, 2013) montrait une image semblable. Un pic des API était observé à 20-24 ans (plus de 2/3 de cette population ayant une API par mois) alors que la consommation quotidienne à cet âge était presque nulle.

L'évolution des consommations problématiques et de la dépendance en fonction de l'âge est étonnamment moins bien documentée. Une étude dans la population générale suisse (Marmet et coll., 2015) montre que ce sont principalement les jeunes de 20 à 24 ans qui présentent une consommation problématique et une dépendance probable telles qu'indiquées par les tests de dépistage AUDIT (*Alcohol use disorders test*) (Babor et coll., 2001) et CAGE (*Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*) (Ewing, 1984). Les proportions de consommation problématique et de dépendance probable sont plus que 2 fois plus importantes dans ce groupe d'âge que dans tout autre groupe d'âge. Ces problématiques semblent ensuite toucher les 15-19 ans, puis on observe une lente diminution avec l'âge, dès 25 ans. Ce phénomène est fréquemment observé dans la littérature épidémiologique de l'alcool. Des auteurs ont proposé que les jeunes adultes comprenaient peut-être différemment les

questions et pouvaient confondre les effets indésirables de l'alcoolisation ponctuelle importante avec les symptômes de dépendance (Caetano et Babor, 2006).

Dans les populations cliniques, la consommation problématique d'alcool et la dépendance semblent se présenter différemment. Selon une récente étude anglaise, l'incidence et la présentation annuelle de cas de dépendance à l'alcool en soins de premier recours est affectée par l'âge et ce sont les catégories d'âge entre 35 et 54 ans qui sont principalement concernées (Thompson et coll., 2017). De manière générale, les soins de premier recours connaissent une haute prévalence de troubles de la consommation d'alcool (Rehm et coll., 2016). Selon ce dernier article qui a revu la littérature sur ce sujet, les praticiens de premier recours reconnaissent bien les patients souffrant de troubles de la consommation d'alcool, mais surtout les patients plus âgés, ayant des troubles plus sévères et souffrant de comorbidités somatiques. En revanche, ces praticiens semblaient manquer une part importante des patients souffrant de troubles de la consommation d'alcool, principalement les plus jeunes et ne présentant pas de comorbidités somatiques. Ainsi, un dépistage systématique de la consommation problématique d'alcool paraît souhaitable pour identifier toutes les personnes concernées.

Dépistage de la consommation d'alcool et des troubles liés à la consommation d'alcool

Le dépistage de la consommation d'alcool et des troubles liés à la consommation d'alcool peut se pratiquer à différents moments. Il est recommandé en soins de premier recours (Rehm et coll., 2016 ; Société Française d'Alcoologie, 2015 ; U.S. Preventive Services Task Force et coll., 2018), mais a également été proposé dans les services d'urgences (Barata et coll., 2017), lors de suivi de grossesse (Burns et coll., 2010 ; Shogren et coll., 2017), en médecine du travail (Ames et Bennett, 2011 ; Lee et coll., 2014), lors des procédures de conscription obligatoire pour l'armée (Daepfen et coll., 2011 ; Gaume et coll., 2011), dans la communauté (Derges et coll., 2017), ou *via* les nouvelles technologies (Tansil et coll., 2016).

Différents outils sont disponibles et incluent des questionnaires, mais également des marqueurs biologiques. Le questionnaire de référence pour le dépistage de la consommation à risque et/ou problématique d'alcool est l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* – AUDIT (Saunders et coll., 1993). Cet instrument a été validé à de nombreuses reprises et s'est montré performant pour dépister le mésusage d'alcool et la dépendance probable dans de

nombreuses conditions (Aalto et coll., 2009 ; Babor et coll., 2001 ; Reinert et Allen, 2007 ; Shields et Caruso, 2003). Une version française est disponible et validée (Gache et coll., 2005). Une récente analyse psychométrique a montré que l'AUDIT avait essentiellement une seule dimension et que celle-ci était invariante en fonction du sexe, de l'âge et du niveau (Skogen et coll., 2019).

Une version courte de l'AUDIT a été testée et validée ; il s'agit de l'AUDIT-C (pour Consommation) qui utilise uniquement les 3 premières questions de l'instrument (fréquence de la consommation, quantité par occasion, fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes). Les performances de cet outil abrégé sont équivalentes à celle de l'outil complet (Kriston et coll., 2008). Cet outil est recommandé par l'Association française d'hépatologie (Moirand et Daepfen, sous presse). Il s'est montré également performant pour le dépistage dans des populations spécifiques : les femmes enceintes (Burns et coll., 2010), les personnes présentant un trouble psychiatrique (Dawson et coll., 2005), les personnes âgées (Aalto et coll., 2011), les personnes âgées en maison de retraite médicalisée (Dreher-Weber et coll., 2017), les jeunes adultes (Toner et coll., 2019) ou encore les étudiants utilisant les soins de premier recours de l'université (Campbell et Maisto, 2018). Chez les adolescents, l'AUDIT-C serait plus efficace pour dépister la consommation à risque d'alcool, mais l'AUDIT complet est meilleur pour identifier une dépendance à l'alcool (Coulton et coll., 2018).

L'utilisation de marqueurs biologiques est plus controversée et dépend du type de marqueurs et du domaine d'utilisation.

L'utilité des biomarqueurs en période périnatale est discutée dans le chapitre « Boissons alcooliques dans la période périnatale : prévention et prise en charge ».

En population générale, l'usage des marqueurs biologiques pour dépister le mésusage d'alcool n'est pas recommandé (Moirand et Daepfen, sous presse). Les questionnaires tels que l'AUDIT ou l'AUDIT-C sont plus performants en termes de sensibilité et de spécificité pour dépister la consommation d'alcool à risque et/ou problématique (Coulton et coll., 2006 ; Fujii et coll., 2016 ; NICE, 2011).

Les marqueurs biologiques indirects tels que la CDT (*Carbohydrate Deficient Transferin* ou Transferrine désialylée), la GGT (Gamma Glutamyl Transférase), le VGM (Volume Globulaire Moyen) ou encore les AST/ALT (Aspartate aminotransférase/Alanine aminotransférase) sont largement utilisés en clinique pour évaluer la consommation d'alcool et peuvent fournir des

informations utiles, mais leurs sensibilité et spécificité sont en général faibles (Aguilar et coll., 2019 ; Fagan et coll., 2014).

De nouveaux marqueurs directs de la consommation d'alcool, tel que l'EtG (éthylglucuronide) et le PEth (phosphatidyléthanol), offrent de meilleures performances que les tests indirects en termes de sensibilité et de spécificité (Aguilar et coll., 2019). Ils ne sont néanmoins pour le moment que peu utilisés en pratique clinique. À l'heure actuelle, ils le sont principalement dans le cadre de suivis et d'expertises médico-légales (Aguilar et coll., 2019 ; Alladio et coll., 2017 ; Kummer et coll., 2016 ; Schrock et coll., 2016). De récentes études montrent des résultats prometteurs et proposent des valeurs limites pour l'abstinence, la consommation modérée et la consommation excessive, comparables aux données auto-reportées par questionnaire (Crunelle et coll., 2014 ; Schrock et coll., 2017). Ces études concernent la population générale (Schrock et coll., 2017), mais également des populations de patients dépendants (Armer et coll., 2017 ; Barrio et coll., 2017 ; Crunelle et coll., 2016) ou en médecine du travail (Kilo et coll., 2016). L'EtG est également connu comme un marqueur fiable pour détecter un usage d'alcool récent avant ou après une transplantation du foie (Staufer et coll., 2011 ; Sterneck et coll., 2014). Pour cette indication, deux récentes revues de la littérature recommandent la combinaison de différents marqueurs pour détecter un usage d'alcool : EtG, PEth et GGT (Staufer et Yegles, 2016) ou CDT, GGT et PEth (Allen et coll., 2013).

Si de nombreux instruments validés sont à disposition, le dépistage de la consommation d'alcool reste néanmoins rarement effectué. En soins de premier recours, les études d'implémentation du dépistage de la consommation d'alcool montrent des résultats très bas. Dans une étude européenne dans cinq pays/régions (Angleterre, Pays-Bas, Pologne, Suède et Catalogne), moins de 6 % de patients adultes consultant une des unités de soins de premier recours sélectionnées pour l'étude étaient dépistés (Anderson et coll., 2016). Selon une étude américaine, environ 1/6^e des patients avait abordé la consommation d'alcool avec un professionnel de la santé aux États-Unis (McKnight-Eily et coll., 2014). En utilisant une autre méthode d'enquête, ce chiffre était plus important 3 ans plus tard : 77,7 % rapportaient avoir été interrogés sur la consommation d'alcool en personne ou dans un formulaire d'entrée, 68,8 % avoir été interrogés sur combien ils buvaient et 32,9 % sur les alcoolisations ponctuelles importantes (McKnight-Eily et coll., 2017). Si ces chiffres suggèrent une amélioration du taux de dépistage, ils restent néanmoins très en-deçà des recommandations de dépistage systématique de routine. De nombreuses études ont étudié les barrières limitant ce taux. Une récente revue systématique (Derges et coll., 2017) montrait que les

principales barrières incluaient l'attitude des cliniciens vis-à-vis de l'alcool, le manque de soutien structurel et organisationnel, un manque de clarté de la définition des rôles et des responsabilités des professionnels vis-à-vis des problèmes d'alcool, la peur de compromettre la relation entre soignant et patient, et la compétition avec d'autres tâches et des besoins de santé.

Des stratégies d'implémentation ont été testées et montrent des résultats encourageants. Le programme qui semble avoir été le plus efficace a été mis en place dans le système des anciens combattants aux États-Unis (*Veterans Affairs*, VA). Ce système prévoit le dépistage intégré dans le processus de soins, des rappels dans le dossier électronique et des mesures de performance et de contrôles et de fait 90 % des patients ambulatoires sont dépistés (Lapham et coll., 2012). En Suède, une campagne gouvernementale de promotion du dépistage a permis un passage de 12 % à 32 % de dépistage (Lundin et coll., 2017) montrant l'importance du rôle de l'État dans le soutien à ces mesures. Dans l'étude européenne dans cinq pays/régions citée ci-dessus (Anderson et coll., 2016), les taux de dépistage restaient globalement bas, mais deux stratégies d'implémentation avaient un effet significatif : mise à disposition de formation et de soutien ; et remboursement financier des prestations.

Une récente étude menée dans des cabinets de médecine générale en Suisse a montré l'intérêt d'un dépistage électronique dans la salle d'attente (Bertholet et coll., 2019). Cette étude indiquait que l'implémentation d'un outil électronique (une tablette) pour dépister la consommation à risque dans la salle d'attente était faisable et acceptable. Néanmoins, son utilisation était limitée si elle était seulement mise à disposition ; son utilisation était fortement augmentée si une assistante en indiquait la présence et le fonctionnement (17 % contre 60 %, respectivement). Le dépistage (ainsi que l'intervention la suivant potentiellement) permettrait de dépasser certaines barrières fréquemment observées telles que les contraintes de temps et la réduction des stigmas (Anderson et coll., 2004 ; Bertholet et coll., 2019 ; McCambridge et Rollnick, 2014 ; McNeely et coll., 2018), et ceci avec des ressources additionnelles minimales.

Intervention brève

Si une consommation à risque ou problématique est détectée, une intervention brève est généralement ensuite proposée. Le terme « intervention brève » est un terme général qui inclut différents types d'interventions durant lesquelles le clinicien donne des conseils et/ou une aide psychologique visant

à comprendre les risques et les effets négatifs de la consommation et explorer des manières de la diminuer (Beyer et coll., 2019). Les différents modèles d'intervention brève partagent pour la plupart les mêmes fondements théoriques, c'est-à-dire les théories sociocognitives et motivationnelles (Heather, 1995). Ces différents modèles partagent également des modalités pratiques : elles sont conçues pour être effectuées lors de consultations régulières, qui durent souvent de 5 à 15 minutes avec les médecins ou de 20 à 30 minutes avec les infirmières et, bien que de courte durée, elles peuvent être dispensées en une à cinq séances. Finalement, elles comportent les mêmes composants structurels tels que : un *feedback* personnalisé sur l'usage d'alcool et les conséquences associées, une clarification de ce que constitue une consommation d'alcool à faible risque, des informations sur les risques associés à la consommation d'alcool, l'identification des situations à risques et des stratégies pour y faire face, les bénéfices attendus d'une réduction de la consommation, des conseils pour réduire la consommation, des techniques inspirées de l'entretien motivationnel visant à favoriser un changement, le développement d'un plan personnalisé de réduction de la consommation (Kaner et coll., 2018). De nombreux consommateurs d'alcool sont concernés par une intervention brève : les consommateurs à risque pour les inciter à réduire leur consommation et surtout éviter le passage à la consommation nocive, mais également les adolescents notamment sur les risques de la consommation épisodique massive ; ou encore les femmes notamment pour rappeler les risques de la consommation pendant la grossesse (Haute autorité de santé, 2014). Pour les personnes présentant une consommation problématique, un travail plus complet sera poursuivi.

L'efficacité des interventions brèves portant sur la consommation d'alcool dans les soins de santé primaires pour les consommateurs d'alcool à risque sans dépendance a été testée dans de nombreuses études et revues systématiques. Une revue systématique de 34 revues systématiques (O'Donnell et coll., 2014) montrait avec constance que l'intervention brève était efficace pour aborder la consommation à risque. Différentes études ont également montré le bon rapport coût-efficacité de l'intervention brève (Cobiac et coll., 2009 ; Purshouse et coll., 2013 ; Tariq et coll., 2009). Les revues de la littérature prenant en compte les différentes politiques étatiques pour diminuer le fardeau collectif lié à la consommation d'alcool placent l'implémentation de l'intervention brève dans les mesures les plus efficaces et les mieux soutenues par les données probantes (Babor et coll., 2010 ; Burton et coll., 2017). Une analyse de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) avec des données obtenues au Canada, en République Tchèque et en Allemagne montrait également la place élevée de l'intervention brève par rapport à d'autres mesures de santé publique en

termes de coût-efficacité (Sassi et coll., 2015). Ces analyses montraient que si des interventions brèves étaient systématiquement proposées dans les structures de soins primaires, elles pourraient générer des bénéfices importants en termes de santé et d'espérance de vie. Elles auraient notamment la capacité de prévenir un grand nombre de cas de dépendance à l'alcool et auraient un impact significatif sur l'incidence du cancer.

En termes d'efficacité, l'étude la plus importante est la méta-analyse de Kaner et de ses collègues (2018), réalisée dans le cadre de la Collaboration *Cochrane*, qui agrège les données de 69 études et 33 642 participants. Les études comprennent 38 études en médecine générale et 27 études dans des départements d'urgence. Les principaux résultats ont montré que les personnes recevant l'intervention brève buvaient alors significativement moins que les participants du groupe témoin. La réduction moyenne était de 20 grammes d'alcool pur par semaine, ce qui représente environ 2 verres standards. Dans l'ensemble, les données probantes ont été évaluées comme étant pour la plupart de qualité moyenne, ce qui signifie que l'ampleur et l'orientation de l'effet rapporté sont susceptibles d'être proches de l'effet réel de ces interventions. L'étude montrait également que des interventions plus longues n'apportent probablement que peu d'avantages supplémentaires.

Cette étude présentait également des résultats par sous-groupes. L'environnement de l'intervention montrait des résultats significatifs allant dans le même sens, même si la différence moyenne était supérieure en médecine générale (-26 g/semaine) qu'aux urgences (-10 g/semaine). L'effet significatif aux urgences est intéressant, car les résultats des méta-analyses préalables montraient des résultats contrastés, minimaux ou non significatifs (Landy et coll., 2016 ; McGinnes et coll., 2016 ; Schmidt et coll., 2016). L'inclusion de nouvelles études semble donner du poids à l'efficacité de l'intervention dans cet environnement. Une autre étude récente montrant des résultats significatifs (Barata et coll., 2017) semble confirmer cette tendance.

Les résultats en fonction du genre montrent également des résultats similaires et significatifs pour les hommes (-42 g/semaine) et les femmes (-30 g/semaine). L'efficacité démontrée chez les femmes est également importante car de précédentes revues systématiques montraient un manque de données probantes pour ce sous-groupe (O'Donnell et coll., 2014). L'efficacité en fonction de l'âge est plus contrastée (Kaner et coll., 2018). La plupart des études étaient menées avec des adultes et l'efficacité dans ce sous-groupe est donc similaire à l'échantillon global (-22 g/semaine). Seulement 3 études méta-analysées comprenaient des adolescents ou des jeunes adultes et l'effet n'est pas significatif (-7 g/semaine, intervalle de confiance de -17 à +3 g/semaine). La plupart des études dans ce sous-groupe montrent de la

même manière des effets inférieurs, contrastés, voire non significatifs (Diestelkamp et coll., 2016 ; Foxcroft et coll., 2016). Une large méta-analyse (185 échantillons d'étude analysés) a néanmoins montré des effets significatifs sur la consommation d'alcool et les problèmes liés (Tanner-Smith et Lipsey, 2015). Les effets étaient plus élevés chez les adolescents (11-18 ans) que chez les jeunes adultes (19-30 ans). Les auteurs concluaient que si ces effets restaient modestes, leur potentiel en termes de santé était profitable vu la brièveté et le faible coût de l'intervention. Une revue systématique a testé l'efficacité de mesures pour diminuer la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées (Kelly et coll., 2018). Malgré l'hétérogénéité des 8 études retenues, les effets étaient significatifs et montraient notamment que des interventions brèves pouvaient avoir un effet positif.

Les études sont plus rares, plus hétérogènes et les effets souvent plus petits dans les autres environnements dans lesquels l'intervention brève a pu être proposée. Une revue systématique montrait des données prometteuses pour le petit nombre d'études ayant testé une intervention brève en face-à-face pour maintenir l'abstinence durant la grossesse (Gilinsky et coll., 2011). Dans le milieu des hôpitaux généraux, une revue *Cochrane* a montré que l'intervention brève était bénéfique au niveau de la consommation d'alcool et du taux de mortalité (McQueen et coll., 2011). Cependant ces résultats étaient limités à des études ayant inclus principalement des hommes. Une revue systématique en médecine du travail a montré que, malgré la faiblesse méthodologique des études retenues et leur hétérogénéité, l'intervention brève dans ce milieu avait le potentiel de délivrer des effets bénéfiques (Webb et coll., 2009). Des études plus récentes ont confirmé ce potentiel (Ito et coll., 2015 ; Watson et coll., 2015). Concernant l'efficacité des interventions brèves électroniques, les données probantes montrent des effets dans la communauté (Bewick et coll., 2008 ; Kaner et coll., 2017), mais également en médecine de premier recours (Kypri et coll., 2008 ; Nair et coll., 2015 ; Ramsey et coll., 2019). Cette dernière étude montrait que si les interventions basées sur la technologie en médecine de premier recours semblaient être largement bénéfiques, les résultats pourraient être améliorés par l'implication des cliniciens et par l'utilisation de stratégies d'implémentation (Ramsey et coll., 2019).

Il est important de souligner que l'efficacité de l'intervention brève chez les personnes dépendantes n'est pas démontrée (Glass et coll., 2017 ; Saitz, 2010). Pour les personnes dépendantes de l'alcool, l'intervention brève ne suffit probablement pas à infléchir un comportement aussi solidement ancré. Pour ces derniers, l'exposition à une intervention brève, même si elle ne change pas le comportement, pourrait constituer une première étape et

conduire à une prise en charge spécialisée, même si les données pour l'affirmer manquent. Ce constat ne diminue pas l'intérêt de l'intervention brève à l'échelon de la population en raison de la prévalence élevée des bénéficiaires potentiels d'une intervention brève (approximativement 20-30 % de la population avec une consommation d'alcool à risque [Com-Ruelle et coll., 2008 ; Gmel et coll., 2017]) et des conséquences importantes associées à la consommation d'alcool à risque sans dépendance en termes de morbidité et de mortalité (*Global Burden of Disease Alcohol Collaborators*, 2018 ; Rehm et coll., 2012 ; Weitzman et Nelson, 2004).

Malgré les informations fournies pour différents sous-groupes, quelques zones d'ombre demeurent encore, l'efficacité dans les minorités ethniques ou dans les pays en voie de développement (O'Donnell et coll., 2014) par exemple, mais également concernant le contenu des interventions efficaces (Gaume et coll., 2014 ; Kaner et coll., 2018). De plus, l'implémentation de l'intervention brève demeure également limitée. Dans une étude anglaise, les données montraient que seuls 10 % des personnes consommant excessivement avaient reçu un conseil sur leur consommation (Brown et coll., 2016). En comparaison, dans cette même étude, 50 % des fumeurs recevaient un conseil pour le tabac. Dans une étude européenne dans 5 pays ou régions (Angleterre, Pays-Bas, Pologne, Suède et Catalogne), l'effet de l'implémentation de l'intervention brève s'est révélée minime (Bendtsen et coll., 2015). Dans cette étude, seulement 11 patients éligibles sur 1 000 étaient dépistés et recevaient une intervention. Lors du suivi à 9 mois (Anderson et coll., 2017), la proportion de patients dépistés et recevant une intervention était 1,39 fois plus élevée si des démarches d'entraînement et de soutien étaient proposées. S'ils restent minimes, ces effets étaient néanmoins significatifs et donnent des indications sur les voies possibles pour développer l'intervention brève. Devant ces difficultés à implémenter le dépistage et l'intervention brève systématique en routine dans les cabinets de soins de premier recours, certains auteurs ont proposé de repenser le modèle et de privilégier une intervention par paliers (McCambridge et Rollnick, 2014 ; McCambridge et Saitz, 2017). Ce modèle privilégierait les interventions brèves électroniques (internet, applications mobiles) pour la population générale et offrirait une intervention brève courte seulement pour les personnes le nécessitant, alors qu'un référencement vers un service spécialisé serait préconisé pour les problèmes sévères.

Conclusion

En résumé, le dépistage et l'intervention brève sont des outils de santé publique indispensables au vu de la morbidité et de la mortalité élevées associées au mésusage d'alcool. Ils permettent un dépistage et une intervention précoce et efficace pour les consommateurs d'alcool à risque. Malgré les outils disponibles, leur pratique reste très limitée. Lorsqu'ils sont mis en œuvre, le dépistage et l'intervention brève sont efficaces. Ainsi, nous recommandons de prioriser les efforts d'implémentation du dépistage de la consommation d'alcool à risque et de l'intervention brève à large échelle. Pour que ces efforts soient en même temps bon marché et efficaces, nous recommandons de promouvoir des dépistages et interventions brèves électroniques, dans les collectivités publiques (écoles, universités, armée) et dans les salles d'attente des cabinets médicaux, particulièrement en médecine générale et aux urgences. La pratique de l'intervention brève pour les consommateurs d'alcool à risque inclut de fait les personnes dépendantes à l'alcool. Pour ces dernières, on ne peut pas s'attendre à ce que l'intervention brève modifie le comportement, mais elle pourrait initier une discussion et constituer une première étape dans la prise en charge d'une dépendance à l'alcool.

RÉFÉRENCES

- Aalto M, Alho H, Halme JT, *et al.* AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug Alcohol Depend* 2009 ; 103 : 25-9.
- Aalto M, Alho H, Halme JT, *et al.* The alcohol use disorders identification test (audit) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011 ; 26 : 881-5.
- Aguilar AA, Bamert L, Sporkert F, *et al.* Nouveaux marqueurs biologiques de la consommation d'alcool. *Revue Med Suisse* 2019 ; 15 : 1173-6.
- Alladio E, Martyna A, Salomone A, *et al.* Evaluation of direct and indirect ethanol biomarkers using a likelihood ratio approach to identify chronic alcohol abusers for forensic purposes. *Forensic Sci Int* 2017 ; 271 : 13-22.
- Allen JP, Wurst FM, Thon N, *et al.* Assessing the drinking status of liver transplant patients with alcoholic liver disease. *Liver Transpl* 2013 ; 19 : 369-76.
- Ames GM, Bennett JB. Prevention interventions of alcohol problems in the workplace. *Alcohol Res Health* 2011 ; 34 : 175-87.
- Anderson P, Bendtsen P, Spak F, *et al.* Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care : outcome results of the optimizing delivery

of health care intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. *Addiction* 2016 ; 111 : 1935-45.

Anderson P, Coulton S, Kaner E, *et al.* Delivery of brief interventions for heavy drinking in primary care : outcomes of the ODHIN 5-country cluster randomized trial. *Ann Family Med* 2017 ; 15 : 335-40.

Anderson P, Laurant M, Kaner E, *et al.* Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption : results of a meta-analysis. *J Stud Alcohol* 2004 ; 65 : 191-9.

Armer JM, Gunawardana L, Allcock RL. The performance of alcohol markers including ethyl glucuronide and ethyl sulphate to detect alcohol use in clients in a community alcohol treatment programme. *Alcohol Alcohol* 2017 ; 52 : 29-34.

Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, *et al.* 2001. *AUDIT – The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care*. Geneva : World Health Organization, 2001.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, *et al.* *Alcohol: no ordinary commodity. research and public policy*. Oxford : Oxford University Press, 2010.

Barata IA, Shandro JR, Montgomery M, *et al.* Effectiveness of SBIRT for alcohol use disorders in the emergency department : a systematic review. *West J Emerg Med* 2017 ; 18 : 1143-52.

Barrio P, Mondon S, Teixidor L, *et al.* One year clinical correlates of etg positive urine screening in alcohol-dependent patients : a survival analysis. *Alcohol Alcohol* 2017 ; 52 : 460-5.

Bendtsen P, Anderson P, Wojnar M, *et al.* Professional's attitudes do not influence screening and brief interventions rates for hazardous and harmful drinkers: results from ODHIN study. *Alcohol Alcohol* 2015 ; 50 : 430-7.

Bertholet N, Cunningham JA, Adam A, *et al.* Electronic screening and brief intervention for unhealthy alcohol use in primary care waiting rooms. A pilot project. *Subst Abuse* 2020 ; 41 : 347-55.

Bewick BM, Trusler K, Barkham M, *et al.* The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption : a systematic review. *Prev Med* 2008 ; 47 : 17-26.

Beyer FR, Campbell F, Bertholet N, *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 Alcohol* 2019 ; 54 : 417-27

Brown J, West R, Angus C, *et al.* Comparison of brief interventions in primary care on smoking and excessive alcohol consumption: a population survey in England. *Br J Gen Pract* 2016 ; 66 : e1-9.

Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction* 2010 ; 105 : 601-14.

Burton R, Henn C, Lavoie D, *et al.* A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet* 2017 ; 389 : 1558-80.

- Caetano R, Babor TF. Diagnosis of alcohol dependence in epidemiological surveys: an epidemic of youthful alcohol dependence or a case of measurement error? *Addiction* 2006 ; 101 (suppl 1) : 111-4.
- Campbell CE, Maisto SA. Validity of the AUDIT-C screen for at-risk drinking among students utilizing university primary care. *J Am Coll Health* 2018 ; 66 : 774-82.
- Cobiac L, Vos T, Doran C, *et al.* Cost-effectiveness of interventions to prevent alcohol-related disease and injury in Australia. *Addiction* 2009 ; 104 : 1646-55.
- Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, *et al.* Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? *Questions d'Économie de la Santé* 2008 ; 129.
- Coulton S, Alam MF, Boniface S, *et al.* Opportunistic screening for alcohol use problems in adolescents attending emergency departments : an evaluation of screening tools. *J Public Health* 2019 ; 41 : e53-60.
- Coulton S, Drummond C, James D, *et al.* Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *Br Med J* 2006 ; 332 : 511-7.
- Crunelle CL, Verbeek J, Dom G, *et al.* Hair ethyl glucuronide and serum carbohydrate deficient transferrin for the assessment of relapse in alcohol-dependent patients. *Clin Biochem* 2016 ; 49 : 554-9.
- Crunelle CL, Yegles M, Nuijs ALNV, *et al.* Hair ethyl glucuronide levels as a marker for alcohol use and abuse: a review of the current state of the art. *Drug Alcohol Depend* 2014 ; 134 : 1-11.
- Daeppen JB, Bertholet N, Gaume J, *et al.* Efficacy of brief motivational intervention in reducing binge drinking in young men : a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2011 ; 113 : 69-75.
- Dawson DA, Grant BF, Stinson FS. The AUDIT-C: screening for alcohol use disorders and risk drinking in the presence of other psychiatric disorders. *Compr Psychiatry* 2005 ; 46 : 405-16.
- Derges J, Kidger J, Fox F, *et al.* Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review. *BMC Public Health* 2017 ; 17 : 562.
- Diestelkamp S, Drechsel M, Baldus C, *et al.* Brief in person interventions for adolescents and young adults following alcohol-related events in emergency care: a systematic review and european evidence synthesis. *Eur Addict Res* 2016 ; 22 : 17-35.
- Dreher-Weber M, Laireiter AR, Kuhberger A, *et al.* Screening for hazardous drinking in nursing home residents: evaluating the validity of the current cutoffs of the alcohol use disorder identification test-consumption questions by using ethyl glucuronide in hair. *Alcohol Clin Exp Res* 2017 ; 41 : 1593-601.
- Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984 ; 252 : 1905-7.
- Fagan KJ, Irvine KM, Mcwhinney BC, *et al.* Diagnostic sensitivity of carbohydrate deficient transferrin in heavy drinkers. *BMC Gastroenterol* 2014 ; 14 : 97.

Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, *et al.* Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 7 : CD007025.

Fujii H, Nishimoto N, Yamaguchi S, *et al.* The alcohol use disorders identification test for consumption (AUDIT-C) is more useful than pre-existing laboratory tests for predicting hazardous drinking : a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2016 ; 16 : 379.

Gache P, Michaud P, Landry U, *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 : 2001-7.

Gaume J, Gmel G, Faouzi M, *et al.* Is brief motivational intervention effective in reducing alcohol use among young men voluntarily receiving it? A randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2011 ; 35 : 1822-30.

Gaume J, Mccambridge J, Bertholet N, *et al.* Mechanisms of action of brief alcohol interventions remain largely unknown: a narrative review. *Front Psychiatry* 2014 ; 5 : 108.

Gilinsky A, Swanson V, Power K. Interventions delivered during antenatal care to reduce alcohol consumption during pregnancy: a systematic review. *Addict Res Theory* 2011 ; 19 : 235-50.

Glass JE, Andreasson S, Bradley KA, *et al.* Rethinking alcohol interventions in health care : a thematic meeting of the international network on brief interventions for alcohol and other drugs (INEBRIA). *Addict Sci Clin Pract* 2017 ; 12 : 14.

Global Burden of Disease Alcohol Collaborators. 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 : 1015-35.

Gmel G, Kuendig H, Notari L, *et al.* *Monitoring suisse des addictions : consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2016*. Lausanne : Addiction Suisse, 2017.

Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, *et al.* Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011 ; 377 : 2093-102.

Haute Autorité de Santé. Note de cadrage : repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours. Saint-Denis : HAS, 2014.

Heather N. Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. *Alcohol Alcohol* 1995 ; 30 : 287-96.

Ito C, Yuzuriha T, Noda T, *et al.* Brief intervention in the workplace for heavy drinkers: a randomized clinical trial in Japan. *Alcohol Alcohol* 2015 ; 50 : 157-63.

Kaner EF, Beyer FR, Garnett C, *et al.* Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 ; 9 : CD011479.

Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, *et al.* Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 ; 2 : CD004148.

Kelly S, Olanrewaju O, Cowan A, *et al.* Interventions to prevent and reduce excessive alcohol consumption in older people : a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2018 ; 47 : 175-84.

Kilo S, Hofmann B, Eckert E, *et al.* Evaluation of biomarkers assessing regular alcohol consumption in an occupational setting. *Int Arch Occup Environ Health* 2016 ; 89 : 1193-203.

Kriston L, Holzel L, Weiser AK, *et al.* Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Ann Intern Med* 2008 ; 149 : 879-88.

Kummer N, Wille SMR, Poll A, *et al.* Quantification of EtG in hair, EtG and EtS in urine and PEth species in capillary dried blood spots to assess the alcohol consumption in driver's licence regranting cases. *Drug Alcohol Depend* 2016 ; 165 : 191-7.

Kuntsche E, Gmel G. Alcohol consumption in late adolescence and early adulthood: where is the problem? *Swiss Med Week* 2013 ; 143 : w13826.

Kypri K, Langley JD, Saunders JB, *et al.* Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 : 530-6.

Landy MSH, Davey CJ, Quintero D, *et al.* A systematic review on the effectiveness of brief interventions for alcohol misuse among adults in emergency departments. *J Subst Abuse Treat* 2016 ; 61 : 1-12.

Lapham GT, Achtmeyer CE, Williams EC, *et al.* Increased documented brief alcohol interventions with a performance measure and electronic decision support. *Med Care* 2012 ; 50 : 179-87.

Lee NK, Roche AM, Duraisingam V, *et al.* A systematic review of alcohol interventions among workers in male-dominated industries. *J Men Health* 2014 ; 11 : 53-63

Lundin A, Danielsson AK, Hallgren M, *et al.* Effect of screening and advising on alcohol habits in Sweden: a repeated population survey following nationwide implementation of screening and brief intervention. *Alcohol Alcohol* 2017 ; 52 : 190-6.

Marmet S, Notari L, Gmel G. *Suchtmonitoring Schweiz. Screening für problematischen Alkoholkonsum im Jahr 2015*. Lausanne : Addiction Suisse, 2015.

Mccambridge J, Rollnick S. Should brief interventions in primary care address alcohol problems more strongly? *Addiction* 2014 ; 109 : 1054-8.

Mccambridge J, Saitz R. Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. *Br Med J* 2017 ; 356 : j116.

Mcginness RA, Hutton JE, Weiland TJ, *et al.* Review article. Effectiveness of ultra-brief interventions in the emergency department to reduce alcohol consumption: a systematic review. *Emerg Med Australasia* 2016 ; 28 : 629-40.

Mcknight-Eily LR, Liu Y, Brewer RD, *et al.* Vital signs: communication between health professionals and their patients about alcohol use: 44 states and the district of Columbia, 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014 ; 63 : 16-22.

Mcknight-Eily LR, Okoro CA, Mejia R, *et al.* Screening for excessive alcohol use and brief counseling of adults – 17 states and the district of Columbia, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017 ; 66 : 313-9.

Mcneely J, Kumar PC, Rieckmann T, *et al.* Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addict Sci Clin Pract* 2018 ; 13 : 8.

Mcqueen J, Howe TE, Allan L, *et al.* Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 ; 10 :CD005191.

Moirand R, Daeppen JB. Comment repérer une consommation excessive d'alcool en médecine générale et en consultation spécialisée. 2021 (sous presse).

Nair NK, Newton NC, Shakeshaft A, *et al.* A systematic review of digital and computer-based alcohol intervention programs in primary care. *Curr Drug Abuse Rev* 2015 ; 8 : 111-8.

Nice. *Alcohol-use disorders : diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence – Clinical guidelines*. Manchester, UK : National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011.

O'donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, *et al.* The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol* 2014 ; 49 : 66-78.

Organisation mondiale de la santé. *Global status report on alcohol and health*. Genève : World Health Organization, 2018.

Purshouse RC, Brennan A, Rafia R, *et al.* Modelling the cost-effectiveness of alcohol screening and brief interventions in primary care in England. *Alcohol Alcoholism* 2013 ; 48 : 180-8.

Ramsey AT, Satterfield JM, Gerke DR, *et al.* Technology-based alcohol interventions in primary care: systematic review. *J Med Internet Res* 2019 ; 21 : e10859.

Rehm J, Anderson P, Manthey J, *et al.* Alcohol use disorders in primary health care: what do we know and where do we go? *Alcohol Alcohol* 2016 ; 51 : 422-7.

Rehm J, Shield KD, Rehm MX, *et al.* *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Potential gains from effective interventions for alcohol dependence*. Toronto : Centre for Addiction and Mental Health, 2012.

Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test : an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007 ; 31 : 185-99.

Richard JB, Andler R, Cogordan C, *et al.* La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd* 2019 ; 5-6 : 89-97.

Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care : absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev* 2010 ; 29 : 631-40.

Sassi F, Cecchini M, Devaux M, *et al.* Impacts sur l'économie et la santé des principales mesures possibles en matière d'alcool. In : Sassi F (ed). *Lutter contre la*

consommation nocive d'alcool : politiques économiques et de santé publique. Paris : Éditions OCDE, 2015.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, *et al.* Development of the alcohol use disorders identification test (audit) : who collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993 ; 88 : 791-804.

Schmidt CS, Schulte B, Seo HN, *et al.* Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings. *Addiction* 2016 ; 111 : 783-94.

Schrock A, Hernandez Redondo A, Martin Fabritius M, *et al.* Phosphatidylethanol (PEth) in blood samples from "driving under the influence" cases as indicator for prolonged excessive alcohol consumption. *Int J Legal Med* 2016 ; 130 : 393-400.

Schrock A, Wurst FM, Thon N, *et al.* Assessing phosphatidylethanol (PEth) levels reflecting different drinking habits in comparison to the alcohol use disorders identification test-C (AUDIT-C). *Drug Alcohol Depend* 2017 ; 178 : 80-6.

Shield KD, Rehm J. Global risk factor rankings: the importance of age-based health loss inequities caused by alcohol and other risk factors. *BMC Res Notes* 2015 ; 8 : 231.

Shields AL, Caruso JC. Reliability generalization of the alcohol use disorders identification test. *Educ Psychol Measurement* 2003 ; 63 : 404-13.

Shogren MD, Harsell C, Heitkamp T. Screening women for at-risk alcohol use : an introduction to screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) in women's health. *J Midwifery Women Health* 2017 ; 62 : 746-54.

Skogen JC, Thorrisen MM, Olsen E, *et al.* Evidence for essential unidimensionality of AUDIT and measurement invariance across gender, age and education. Results from the WIRUS study. *Drug Alcohol Depend* 2019 ; 202 : 87-92.

Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement – Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie Addictologie* 2015 ; 37 : 5-84.

Staufer K, Andresen H, Vettorazzi E, *et al.* Urinary ethyl glucuronide as a novel screening tool in patients pre- and post-liver transplantation improves detection of alcohol consumption. *Hepatology* 2011 ; 54 : 1640-9.

Staufer K, Yegles M. Biomarkers for detection of alcohol consumption in liver transplantation. *World J Gastroenterol* 2016 ; 22 : 3725-34.

Sterneck M, Yegles M, Rothkirch Von G, *et al.* Determination of ethyl glucuronide in hair improves evaluation of long-term alcohol abstinence in liver transplant candidates. *Liver Int* 2014 ; 34 : 469-76.

Tanner-Smith EE, Lipsey MW. Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat* 2015 ; 51 : 1-18.

Tansil KA, Esser MB, Sandhu P, *et al.* Alcohol electronic screening and brief intervention: a community guide systematic review. *Am J Prev Med* 2016 ; 51 : 801-11.

Tariq L, Van Den Berg M, Hoogenveen RT, *et al.* Cost-effectiveness of an opportunistic screening programme and brief intervention for excessive alcohol use in primary care. *PLoS One* 2009 ; 4 : e5696.

Thompson A, Wright AK, Ashcroft DM, *et al.* Epidemiology of alcohol dependence in UK primary care: results from a large observational study using the clinical practice research datalink. *PLoS One* 2017 ; 12 : e0174818.

Toner P, Bohnke JR, Andersen P, *et al.* Alcohol screening and assessment measures for young people: a systematic review and meta-analysis of validation studies. *Drug Alcohol Depend* 2019 ; 202 : 39-49.

U.S. Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, *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 : 1899-909.

Watson H, Godfrey C, McFadyen A, *et al.* Screening and brief intervention delivery in the workplace to reduce alcohol-related harm : a pilot randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015 ; 52 : 39-48.

Webb G, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R, *et al.* A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction* 2009 ; 104 : 365-77.

Weitzman ER, Nelson TF. College student binge drinking and the “prevention paradox”: implications for prevention and harm reduction. *J Drug Educ* 2004 ; 34 : 247-65.