



Le PEPra-Module "Alcool" a été développé par

Jean-Bernard Daeppen et Nicolas Bertholet , 21/10/2021

## **Partie A2: DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL À RISQUE AVEC OU SANS DÉPENDANCE**

## **A2 DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL À RISQUE AVEC OU SANS DÉPENDANCE**

Le dépistage de la consommation d'alcool à risque avec ou sans dépendance peut se pratiquer à différents moments. Il peut se faire lorsque des signes cliniques peuvent suggérer la présence d'une consommation d'alcool à risque. Toutefois, vu que la consommation à risque avec ou sans dépendance peut rester pauci-symptomatique longtemps et passer inaperçue, il est recommandé d'effectuer un dépistage systématique afin d'identifier les patients précocement. Le dépistage systématique est recommandé en soins de premier recours (Société Française d'Alcoologie 2015, Rehm, Anderson et al. 2016, U. S. Preventive Services Task Force, Curry et al. 2018), mais a également été proposé dans les services d'urgences (Barata, Shandro et al. 2017), lors de suivi de grossesse (Burns, Gray et al. 2010, Shogren, Harsell et al. 2017), en médecine du travail (Ames and Bennett 2011, Lee, Roche et al. 2014), lors des procédures de conscription obligatoire pour l'armée (Daepfen, Bertholet et al. 2011, Gaume, Gmel et al. 2011), dans la communauté (Derges, Kidger et al. 2017), ou via les nouvelles technologies de l'information (Tansil, Esser et al. 2016).

Différents outils sont disponibles et incluent des questionnaires. Un des questionnaires de référence les plus utilisés pour le dépistage de la consommation d'alcool à risque est l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* – AUDIT (Saunders, Aasland et al. 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 (Babor, Higgins-Biddle et al. 2001, Shields and Caruso 2003, Reinert and Allen 2007, Aalto, Alho et al. 2009). Une version française est disponible et validée (Gache, Michaud et al. 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, Thorrisen et al. 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, Holzel et al. 2008). Il s'est montré également performant pour le dépistage dans des populations spécifiques : les femmes enceintes (Burns, Gray et al. 2010), les personnes présentant un trouble psychiatrique (Dawson, Grant et al. 2005), les personnes âgées (Aalto, Alho et al. 2011), les personnes âgées en maison de retraite médicalisée (Dreher-Weber, Laireiter et al. 2017), les jeunes adultes (Toner, Bohnke et al. 2019) ou encore les étudiants utilisant les soins de premier recours de l'université (Campbell and Maisto 2018). Chez les adolescents, l'AUDIT-C serait plus efficace pour dépister la consommation d'alcool à risque, mais l'AUDIT complet est meilleur pour identifier une dépendance à l'alcool (Coulton, Alam et al. 2018).

L'utilisation de marqueurs biologiques pour dépister la consommation d'alcool à risque n'est pas recommandé (Moirand and 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 avec ou sans dépendance (Coulton, Drummond et al. 2006, NICE 2011, Fujii, Nishimoto et al. 2016). De plus les interventions brèves permettant d'explorer le rapport à l'alcool et dont l'efficacité est démontrée sur la réduction de la consommation impliquent de discuter de la question de la consommation d'alcool avec le patient. Un questionnaire de dépistage s'inscrit dans la même démarche et permet d'initier la discussion avec le patient.

Le dépistage systématique de la consommation d'alcool à risque en médecine de famille, et l'intervention brève chez les personnes présentant un mésusage est une intervention basée sur des preuves, recommandée en Suisse et internationalement (OMS 2008, FOPH 2015, Curry, Krist et al.

2018). En effet, une identification basée sur l'apparition de symptômes/complications de la dépendance ne permet pas d'identifier tous les patient·e·s pouvant bénéficier d'un traitement. Toutefois, le dépistage est insuffisamment pratiqué en médecine de famille: en Suisse, environ seulement 10% des patient·e·s sont dépisté·e·s, en raison de barrières telles que le manque de ressources humaines, de temps allouable au dépistage/à la prise en charge, de manque de formation/compétences, de stigmatisation liée à la consommation de substances (Babor and Higgins-Biddle 2000, McNeely, Kumar et al. 2018).

De manière générale, en médecine de premier recours, les études d'implémentation du dépistage de la consommation d'alcool à risque montrent des résultats très bas. Dans une étude européenne (Angleterre, Pays-Bas, Pologne, Suède et Catalogne), moins de 6% de patients adultes étaient dépistés (Anderson, Bendtsen et al. 2016). Selon une étude américaine, environ 1/6 des patients avaient abordé la consommation d'alcool avec un professionnel de la santé aux USA (McKnight-Eily, Liu et al. 2014). Dans une étude anglaise, les données montraient que seuls 10% des personnes consommant excessivement avaient reçu un conseil sur leur consommation (Brown, West et al. 2016). En comparaison, dans cette même étude, 50% des fumeurs recevaient un conseil pour le tabac. De nombreuses études ont étudié les barrières limitant ce taux. Une récente revue systématique (Derges, Kidger et al. 2017) indiquent que les barrières principales à l'implémentation sont 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 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 USA (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 90% des patients ambulatoires sont dépistés (Lapham, Achtmeyer et al. 2012). Ces résultats sont à mettre en lien avec ce qu'il est possible de faire au sein d'un système de soin centralisé. En ce sens le système suisse est très différent et ne permet pas le même type d'action. En Suède, une campagne gouvernementale de promotion du dépistage a permis un passage de 12% à 32% de dépistage (Lundin, Danielsson et al. 2017) montrant l'importance du rôle de l'état dans le soutien à ces mesures.

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 and Rollnick 2014, McCambridge and 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.

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, Cunningham et al. 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 le suivant potentiellement) permettrait de dépasser certaines barrières fréquemment observées telles que les contraintes de temps et la réduction des stigmas (Anderson,

Laurant et al. 2004, McCambridge and Rollnick 2014, McNeely, Kumar et al. 2018, Bertholet, Cunningham et al. 2019), et ceci avec des ressources additionnelles minimales.

Le dépistage et l'intervention brève pour la consommation d'alcool à risque sont aussi recommandés chez les adolescents (Force et al., 2018). Comme pour la population adulte, le questionnaire AUDIT permet le dépistage (Patton et al., 2014). Pour les interventions, une approche motivationnelle permet d'explorer avec l'adolescent son rapport à l'alcool (Patton et al., 2014). Des interventions électroniques peuvent aussi être proposées aux adolescents (par exemple <https://www.santebernoise.ch/mydrinkcontrol> ou [www.alcooquizz.ch](http://www.alcooquizz.ch)).

US Preventive Services Task Force, CURRY, S. J., KRIST, A. H., OWENS, D. K., BARRY, M. J., CAUGHEY, A. B., DAVIDSON, K. W., DOUBENI, C. A., EPLING, J. W., JR., KEMPER, A. R., KUBIK, M., LANDEFELD, C. S., MANGIONE, C. M., SILVERSTEIN, M., SIMON, M. A., TSENG, C. W. & WONG, J. B. 2018. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 320, 1899-1909.

PATTON, R., DELUCA, P., KANER, E., NEWBURY-BIRCH, D., PHILLIPS, T. & DRUMMOND, C. 2014. Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. *Alcohol*, 49, 207-12.