HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

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

Sommaire

Points clés 4

Dépasser les freins et les résistances sur le sujet alcool 4

Installer un dialogue sur l'alcool et ses usages pour agir pour la santé 5

Partager avec la personne l'état des lieux de ses usages 8

Accompagner chaque personne s'initie dès l'évocation du sujet alcool 10

Définir et installer son niveau d'action et de pratique en premier recours 11

L'acteur de premier recours et les différents partenaires de son territoire de santé 14

Annexes 16

Fiche 1 : Quantifier les consommations d'alcool – Le verre standard et ses équivalences 16

Fiche 2 : Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Le repérage interventionnel 17

Fiche 3 : Détecter un trouble de l'usage d'alcool (TUA) – Le DSM-5 20

Fiche 4 : Diminuer le risque alcool en accompagnant chaque personne – Les acteurs impliqués sont au cœur d'un réseau de partenaires à l'échelle du territoire 21

Fiche 5 : Actions et outils pratiques en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) liés à l'usage d'alcool appropriables par tout professionnel de premier recours 23

Fiche 6 : Réduire les risques et les dommages des alcoolisations ponctuelles importantes (binge drinkings) – Actions pratiques appropriables par tout professionnel de premier recours 25

Fiche 7 : Actions pratiques dans la vie courante, pour tous et chacun, visant à réduire les risques et les dommages des consommations d'alcool 27

Fiche 8 : Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – L'approche motivationnelle 29

Fiche 9 : Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Les compétences et interventions psycho-sociales 32

Fiche 10 : Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – L'approche psychothérapeutique 34

Ressources documentaires 36

Abréviations et acronymes 37

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00

© Haute Autorité de santé – juillet 2023

Résumé

- L'exposition à l'alcool et à ses risques est universelle. Elle concerne tous les genres et tous les âges[1], y compris nombre d'enfants à naître[2].
- Les modalités de consommation varient selon les individus, selon les effets recherchés, et au gré des contextes et des évènements de vie.
- Diminuer le risque alcool est toujours possible, quel que soit le profil d'usage et quelle que soit l'histoire d'une personne.
- À cet effet, informer, repérer, accompagner l'ensemble de la population aussi précocement et systématiquement que possible (tout au long de la vie) est un enjeu de santé publique et de la responsabilité de tous les acteurs contribuant à la santé.

Cible et objectifs

Ce guide s'adresse à tous les professionnels de premier recours[3], acteurs privilégiés pour toucher l'ensemble de la population, aborder régulièrement le sujet alcool comme toute autre question de santé, adapter l'accompagnement et les orientations éventuelles à chaque situation individuelle et au plus près de la vie des personnes.

Ce guide traite du repérage et de l'accompagnement qui doivent être réalisés par tous les professionnels impliqués dans les missions de premier recours et pour tous les usagers du système de santé, quelle que soit leur situation, dans une démarche visant à diminuer les risques individuels autant que collectifs liés à l'alcool. Il ne traite pas des soins addictologiques spécialisés.

Les principaux acteurs impliqués dans les missions de premier recours en matière d'alcool incluent : dentistes, diététiciens, infirmiers, médecins généralistes, pédiatres, pharmaciens, psychiatres, psychologues, 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, travailleurs sociaux et médico-sociaux.

[1] Sur 47 millions d'expérimentateurs dans l'année, la France compte 43 millions d'usagers d'alcool soit 87 % des 18-75 ans (près de 9 personnes adultes/10) (OFDT, 2022).

[2] Expositions péri-conceptionnelle (impact épigénétique des consommations des futurs parents) et in utero (1 femme enceinte sur 5 déclare consommer) sont associées en France à une fréquence d'ETLAF (ensemble des troubles liés à l'alcoolisation fœtale) de 0,5 à 1 % de l'ensemble des naissances vivantes (dont 1,5 cas de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) pour 1 000) (SPF, 2018 et INSERM, 2001 & 2021).

[3] Les missions de premier recours sont définies par l'article L. 1411-11 du Code de santé publique.

Points clés

Dépasser les freins et les résistances sur le sujet alcool

➔ Les représentations sociétales liées à l'alcool

D'une part, elles favorisent les consommations en valorisant l'alcool d'un point de vue culturel et économique ainsi que par divers biais promotionnels, d'autre part, elles conduisent à la stigmatisation et à l'exclusion des personnes qui ont perdu le contrôle de leurs consommations en imputant leur seule responsabilité individuelle alors que la problématique est aussi collective et systémique.

➔ Le tabou et les résistances sur le sujet alcool

Jugement moral et discours stigmatisant ou de la peur freinent la rencontre sur le sujet alcool entre une personne et les acteurs qui contribuent à sa santé. Ces postures peuvent avoir des effets contre-productifs et renforcer les consommations. Les raisons de consommer et les effets recherchés avec l'alcool ont du sens qu'il s'agisse de tradition, de goût, de situation festive, d'usage socialisant, d'usage auto-thérapeutique (alcool « béquille » par effet psychotrope). Contrairement aux idées reçues, la majorité des usagers, quelle que soit leur situation particulière, sont en attente d'informations et réceptifs aux interventions visant la préservation de leur santé et l'amélioration de leur qualité de vie. Ils estiment les professionnels de premier recours (notamment le médecin généraliste, la sage-femme, le pharmacien ou le travailleur social) légitimes pour traiter du sujet.

➔ **L'insuffisance d'appropriation et/ou d'actualisation** par les professionnels **des connaissances relatives aux risques somato-psycho-sociaux liés à l'alcool** parmi lesquelles :

- **L'alcool peut induire et majorer des vulnérabilités** préexistantes affectant la santé (somatique, psychique) et la vie sociale.
- Même sans vulnérabilité, **l'alcool est toxique** et peut être un **facteur de risque multiple**, à tous les âges de la vie : accidentogène, addictogène, tératogène, cancérigène, neurotoxique, à risque cardio-vasculaire et pour la sphère digestive (dont estomac, foie, pancréas), enfin à risque psychiatrique (trouble de l'humeur, trouble anxieux, suicidalité), comportemental (mise en danger, impulsivité, violences) et social (désinsertion, ruptures).
- En dépit des effets recherchés, **toute consommation d'alcool**, quelles qu'en soient les modalités d'usage, **comporte des risques pour la santé et la qualité de vie**[4]**.**
- Pour autant, **les effets délétères varient selon de nombreux facteurs** liés directement à l'usage d'alcool, mais aussi à divers facteurs favorisants et de vulnérabilité. Hormis la susceptibilité génétique éventuelle, il est le plus souvent possible d'**agir sur ces facteurs**, en particulier sur les modalités d'usage, le contexte, l'environnement et certaines vulnérabilités.
- Les données épidémiologiques révèlent que **la majorité des dommages liés à l'alcool concerne des sujets qui ne remplissent pas les critères de trouble de l'usage d'alcool**

[4] La résolution des biais méthodologiques, l'épidémiologie génétique et la randomisation mendélienne ont confirmé que le *French paradox* est un artéfact. D'un point de vue épidémiologique, le risque alcool apparaît dès le 1er verre (avis d'experts publié par SPF et l'INCa en 2017).

(TUA)[5]**,** mais des personnes dont les risques n'ont jamais été repérés ou dont la consommation est excessive mais banalisée[6], qu'il s'agisse d'un usage excessif chronique ou d'usage ponctuel à type d'alcoolisation ponctuelle importante (API ou *binge drinking*)[7].

Socialement et culturellement, parler de l'alcool dans la diversité de ses risques et bénéfices est difficile en France. Les résistances sur le sujet affectent les professionnels, exposés à l'alcool et à ses représentations, comme tout autre citoyen. Il est donc important de comprendre ce qui explique ces difficultés et de les faire évoluer en favorisant le dialogue.

Installer un dialogue sur l'alcool et ses usages pour agir pour la santé

➔ Faire de l'alcool un sujet de santé comme les autres

Il est recommandé que les acteurs du premier recours abordent régulièrement la question alcool avec l'ensemble des personnes qu'ils accompagnent, y compris les plus jeunes. Il s'agit de profiter de toute situation opportune au cours des diverses rencontres, sans attendre les signes d'un usage problématique, a fortiori d'un TUA, et de requestionner les consommations (y compris ponctuelles et/ou de quantité modérée) avec tact et bienveillance, **tout au long des parcours de vie** et au gré de l'évolution des usages.

➔ **Créer un climat propice à une relation de confiance pérenne et libérant la parole sur le sujet** alcool afin de pouvoir accéder à la réalité vécue par les patients

- Parler autrement d'alcool (éviter tout jugement négatif autant que positif, veiller à ne pas culpabiliser) et l'aborder **comme tout autre sujet de santé**.
- **Être à l'écoute**, laisser la parole venir tout en la suscitant pour favoriser la prise de conscience et le pouvoir d'agir.
- **Se centrer sur la personne** en étant au plus près de la situation, des besoins, des ressources internes et des motivations tels qu'elle les exprime et les priorise, même si cela semble parfois reléguer l'alcool en arrière-plan.
- **Respecter les choix et le pouvoir décisionnel de la personne**, sans jamais imposer ni précipiter : pas d'injonction au changement.
- **Veiller à la juste information et compréhension** (en s'adaptant à la littératie de chaque personne) de l'intérêt des repères de consommation[8], du repérage et des conseils qui en découlent, ainsi qu'à la mise à disposition de documents d'information, de liens vers des

[5] Le trouble de l'usage est une relation pathologique qu'un sujet entretient avec un produit, sans préjuger de la dose. La perte de contrôle (compulsion) et l'envie irrépressible (craving) de consommer malgré les conséquences négatives sont des critères majeurs. L'emploi du terme générique TUA est une évolution car il englobe les notions antérieures de dépendance, addiction, abus, alcoolisme (sources de confusion et de stigmatisation). Le TUA et sa sévérité sont définis grâce au DSM-5 (Fiche 3).

[6] Cela tient au volume numérique de ces usagers, invisibles d'un point de vue sanitaire (car non repérés) alors qu'ils sont les plus susceptibles de répondre aux interventions.

[7] L'API ou *binge drinking* consiste à boire beaucoup et vite (6 verres standards ou plus en moins de 2 heures). Elle est à risque immédiat de coma, d'accidents, de violences (y compris sexuelles) et à long terme de toxicité neurologique et de TUA.

[8] Ces repères statistiques, définis à l'échelle épidémiologique, indiquent le niveau et la fréquence de consommation au-dessus desquels le risque alcool devient significatif pour la santé : 2 verres standards (VS) maximum/jour avec au moins 2 jours d'abstinence soit 10 VS maximum/semaine (avis d'experts publié par SPF et l'INCa en 2017).

outils numériques dédiés[9], de coordonnées d'acteurs et de structures, dans la diversité des besoins identifiés et des solutions possibles.

- **Respecter la temporalité** de chaque personne tout **en restant en lien** : assurer du maintien de l'écoute sur le sujet et de la possibilité de renouveler l'échange, y compris en prévoyant des entretiens spécifiquement dédiés.
- **Les personnes en difficulté avec l'alcool sont à accueillir** en reconnaissant la stratégie d'adaptation que leur apportent leurs usages. **Comme tout autre usager du système de santé**[10], c'est en créant et en préservant le lien ainsi qu'en favorisant le recours et l'accès sans conditions aux accompagnements (quels qu'ils soient) que se forgera l'alliance nécessaire.

➔ Informer sur la réalité des risques liés à l'alcool et la possibilité pour chacun de réduire son risque propre

Les résultats des études épidémiologiques permettent de tenir pour acquises les informations minimales suivantes, auxquelles toute personne a légitimement droit :

- même s'il s'agit pour la personne d'expériences bien différentes qu'il faut savoir reconnaître, le **même alcool pur** (éthanol) est présent **quel que soit le type de boisson alcoolisée** et a donc la **même toxicité** (Fiche 1) ;
- **l'absence de seuil mais un effet dose** : si toute consommation d'alcool génère des risques pour la santé[11], les effets recherchés (notamment psychoactifs) autant que les risques liés à l'alcool augmentent proportionnellement dès la plus petite dose consommée pour les cancers, les accidents, les suicides ;
- **la réalité des dommages attribuables à l'alcool et évitables**[12] qui peuvent atteindre **toutes les dimensions** de la personne, de son entourage et de la société : physique, psychique, relationnelle, affective, familiale, socio-professionnelle, économique, juridique ;
- le **danger possible d'un arrêt brutal** de consommation en cas de TUA (qui peut être méconnu), *a fortiori* en cas de symptômes de manque (irritabilité, anxiété, sueurs, tremblements, troubles digestifs, etc.) et/ou d'antécédent de syndrome de sevrage[13].

Pour autant, au regard des **fortes variabilités individuelles**, une **évaluation personnalisée, régulièrement actualisée**, devrait toujours pouvoir s'inscrire dans le cadre d'une relation singulière et d'alliance. Informer sur les effets délétères possibles n'est pas nier les effets recherchés et ne cherche pas non plus à faire peur. Informer offre à chacun la possibilité d'en prendre conscience, de s'auto-évaluer et de pouvoir agir en conséquence, au besoin avec l'aide d'acteurs dédiés.

---

[9] De fonctionnalités variées, parfois complémentaires, les outils numériques contribuent à l'information sur l'alcool et ses risques, à l'auto-évaluation des consommations et leur suivi ainsi qu'à l'auto-support (compréhension et auto-gestion de ses risques pour les diminuer). Ils peuvent favoriser la mise en relation avec des professionnels dédiés.

[10] À l'instar de l'accueil social inconditionnel luttant contre l'exclusion, il s'agit que toute personne, quels que soient ses usages d'alcool, puisse être accueillie sans préjugés et sans discrimination dans le cadre du premier recours et, le cas échéant, aidée et/ou orientée.

[11] D'une part, il n'est plus recommandé de conseiller une consommation d'alcool, même faible, à des fins supposées d'amélioration de la santé. D'autre part, l'INSERM suggère d'utiliser pour tout usage l'intitulé de consommation à risque.

[12] En France, l'alcool est la 2de cause de mortalité évitable (40 à 50 000 décès annuels sont attribués à l'alcool) et la 2de cause de cancer évitable (8 % des nouveaux cas annuels de cancers, soit 28 000 cas, sont attribués à l'alcool) après le tabac et indépendamment de lui (INCa, 2019). Il est aussi la 1re cause d'hospitalisation (BEH, 2015).

[13] L'alcool est une substance psychoactive dont le sevrage peut être neurotoxique, voire mortel (*delirium tremens*).

➔ **Repérer afin de pouvoir agir de façon adaptée**

- L'alcool étant omniprésent et toute consommation étant susceptible de générer des risques, **le repérage doit être universel** (concerner tout usager du système de santé et tenir compte aussi de l'entourage).
- **La régularité du repérage** (pour tout le monde et en l'absence de point d'appel) est importante car seule à même de détecter l'ensemble des usages à risque[14], dont l'essentiel passe sinon inaperçu.
- À l'inverse, le repérage seulement conditionné par un symptôme évocateur de TUA est minimaliste et trop tardif. Il ne relève ni de la prévention ni du dépistage puisqu'il cible des personnes dont l'usage problématique d'alcool est manifeste et justifie déjà un suivi spécialisé.
- Répondre aux besoins des personnes impose d'**évaluer régulièrement** les déterminants de l'usage d'alcool afin d'**adapter** tout aussi régulièrement **les modalités de l'écoute et du conseil** dans une démarche d'accompagnement pérenne.
- Cette évaluation **offre à chaque personne un éclairage individualisé** et l'opportunité de définir ses propres critères d'arbitrage décisionnel en termes d'avantages ou d'inconvénients à modifier son usage d'alcool.
- Cette évaluation permet aussi aux acteurs de premier recours de proposer un **accompagnement personnalisé, gradué**, adapté au niveau de risque estimé ainsi qu'au degré d'adhésion, aux souhaits de changement et aux choix de la personne.
- **La pertinence du repérage** relève de sa capacité à sortir les usages à risque de l'invisibilité et à permettre aux consommateurs de s'approprier leurs risques propres ainsi que les possibilités de les réduire.
- **La précocité du repérage**, autant dans l'histoire de vie que de l'usage, y compris chez les plus jeunes[15], est cruciale. Elle renforce les bénéfices des interventions et la prévention d'authentiques TUA.
- Pour autant, au regard du *continuum* et de l'évolutivité des usages chez un même individu[16], **le repérage doit aussi inclure les critères de TUA** car il contribue à l'accès aux soins et à la santé de personnes encore trop souvent exclues du système de santé.
- **L'efficience du repérage** repose sur la **co-construction avec la personne d'actions** visant à réduire ses risques en fonction de ses propres choix et de ses besoins individuels.

➔ **Accompagner chaque personne** vers la possibilité de diminuer son risque alcool

- Toute action en matière d'alcool peut être utile : **accueillir, écouter, en parler (sans jugement et avec bienveillance) sont déjà accompagner**, *a fortiori* **maintenir un échange** pérenne sur le sujet dans le cadre de la relation de soin.
- **Le repérage est déjà en soi un acte d'accompagnement** par l'information qu'il transmet et la dynamique active (force d'action) qu'il induit à l'instar de l'intervention brève du RPIB[17]

[14] Selon la classification suivante (illustrant le continuum des usages autant que des risques) : non-usage, usage à moindre risque (en deçà des repères de consommation), usage à risque (chronique et/ou ponctuel), TUA (selon le DSM-5).

[15] 50 % des enfants de 11 ans ont déjà expérimenté et 1 adolescent sur 4 ayant une consommation d'alcool problématique aura un TUA à l'âge adulte (INSERM, expertise collective, 2021).

[16] Les individus naviguent entre les différents usages, toujours à risque (depuis le non-usage, qui peut être une abstinence secondaire, jusqu'au TUA et inversement), et parfois les cumulent (usages à risque chronique et à risque ponctuel).

[17] L'importance du RPIB (repérage précoce avec intervention brève) systématique est régulièrement réaffirmée comme outil clé des médecins généralistes, et plus largement des acteurs du premier recours, pour limiter la morbi-mortalité liée à l'alcool.

(Fiche 2). Répétée régulièrement, cette intervention permet de soutenir le changement en le verbalisant de façon positive (principe d'évocation).

- En plus des outils d'évaluation et d'accompagnement en premier recours (listés plus loin dans les fiches), la diversité des situations et des besoins laisse toute opportunité à des **propositions d'interventions très diversifiées**, ouvertes à l'initiative propre de chaque professionnel dans le cadre de la rencontre, au plus près des spécificités et des demandes formulées ou implicites de chaque individu, ainsi que **modulables** au gré des évolutions d'usage.
- Cette diversité d'interventions possibles peut justifier, si la personne y adhère, l'implication **d'acteurs et de structures au-delà du premier recours et/ou en dehors du domaine sanitaire.**

Partager avec la personne l'état des lieux de ses usages

➔ Avec ou sans outil de repérage, il s'agit **d'accéder à la réalité des pratiques** de consommation en tenant compte des manières de consommer, du contexte, de l'environnement, des vulnérabilités associées, des fonctions de l'usage.

➔ Afin de comprendre au mieux et d'accompagner chacun dans sa réalité et ses besoins propres, des questions sensibles et cruciales sont à aborder avec tact, selon l'état de réceptivité et en adaptant son vocabulaire à la personne. Ces questions, sans exclusivité ni ordre, incluent :

- **Le *pourquoi* (c'est-à-dire pour obtenir quoi)**

Il s'agit de questionner l'usage d'alcool au sens de « qu'est-ce que cela apporte à la personne ? ». Parvenir à libérer la parole et à faire énoncer tout ce qui motive et porte les usages, particulièrement les bénéfices 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.

Il s'agit ainsi de questionner :

- **les effets recherchés** : plaisir, euphorie, désinhibition, ivresse, sensation de ne plus exister ou à l'inverse d'exister plus, oublier ou échapper à une situation, un état, un stress, un quotidien, etc. ;
- **les fonctions et besoins spécifiques** : antalgique, anesthésiant, anxiolytique, relaxant, antidépresseur, somnifère, socialisant, etc.

- **Le *comment***

Il s'agit de mettre à jour **les pratiques de consommation**, leur **organisation**, leur **environnement** et leurs **contextes** ainsi que les **manières de boire** car cela constitue autant d'axes d'actions possibles :

- fréquence, rythme, intensité : usage à risque chronique (notamment l'usage quotidien) et/ou à risque ponctuel, particulièrement l'API (*binge drinking*) ;
- seul ou en société (au sein d'un groupe, dans la cellule familiale) ;
- intégré à des habitudes de vie, éventuellement sous l'effet d'automatismes ;
- de façon ritualisée : selon une organisation qui structure, rassure, contribue au plaisir et se révèle source de déséquilibre et d'inquiétude si elle est rompue ;

- de façon addictive : TUA et son degré (selon le DSM-5) avec les dimensions de pensée obsédante liée à l'alcool, d'impériosité, d'envie irrépressible (*craving*), voire de contrainte physique absolue à boire et de perte de contrôle (Fiche 3) ;
- en polyconsommation : autres substances psychoactives, médicaments (particulièrement opiacés et benzodiazépines) ;
- dans un environnement et/ou un contexte particulier : tradition familiale, situation festive, évènement sportif, milieu scolaire, universitaire ou professionnel, violences intrafamiliales, psycho-traumatisme (y compris infantile), rupture, deuil, chômage, isolement, pathologie duelle[18], etc.

- **Le *combien***

Même si l'essentiel est d'évaluer la place de l'alcool dans la vie des personnes, questionner la nature et la quantité d'alcool consommé est aussi utile. Concret et factuel, cela contribue à la prise de conscience et à la réflexion même si le chiffrage précis est impossible. Cette question s'aborde, une fois installée une relation de confiance, avec tact, de façon opportune et sans culpabiliser.

En s'adaptant aux modalités de consommation de chacun et en veillant à ne pas susciter de réaction défensive, il s'agit d'interroger au mieux (si possible en usant de l'unité de mesure du verre standard, 1 VS = 10 g d'alcool pur) (Fiche 1) et régulièrement au titre du suivi évolutif :

- **le type d'alcool, son degré d'alcoolémie et les quantités** (en précisant le type et le nombre de verres, voire de bouteilles) ;
- à visée d'évaluation comparative par rapport aux repères de consommation d'alcool : 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 sans consommation ;
- **les occurrences de forte alcoolisation,** notamment les API (*binge drinkings*) en précisant les trous noirs, *blackout* et pertes de connaissance.

- **Les *vulnérabilités et ressources internes***

Leur évaluation permet d'apprécier au mieux chaque situation individuelle et d'affiner l'évaluation des besoins de la personne en matière d'accompagnement :

- genre : vulnérabilité physiologique, tabou, discrimination sociale accentuent particulièrement les risques liés à l'alcool chez les femmes ;
- âge : la vulnérabilité à l'alcool est accentuée aux âges extrêmes de la vie ;
- antécédents : notamment psychiques, traumatiques, familiaux ;
- comorbidités (actuelles ou séquellaires), qu'elles soient somatiques, psychiatriques, sociales ou addictives, en s'attachant particulièrement à identifier les psycho-traumatismes (y compris infantiles) et les violences (intra-familiales, sexuelles) et à dépister aussi précocement que possible les complications liées à l'alcool (par exemple, le retentissement cognitif) ;
- environnement (familial, amical, professionnel, culturel), conditions de vie (économiques, d'habitat, isolement, inactivité, etc.) ;
- ressources permettant d'activer le pouvoir d'agir de la personne : compétences psychosociales (Fiche 9), réseau de soutien (entraide), expériences antérieures réussies,

[18] Une pathologie duelle correspond à la co-occurrence de 2 pathologies de nature psychiatrique et addictive. L'usage non maîtrisé d'alcool peut ainsi être associé à une autre pathologie psychiatrique au titre de comorbidité.

stratégies de régulation mobilisées en autonomie et/ou dans le cadre d'un tissu relationnel (par exemple, au sein d'un groupe), opportunités de la vie quotidienne de ne pas consommer, etc.

- **Les *conséquences***

Les effets considérés par la personne comme bénéfiques (notamment ceux dont elle estime ne pouvoir se passer) autant que les conséquences négatives (en invitant la personne à en préciser le caractère acceptable ou pas, particulièrement pour son autonomie, sa qualité de vie ainsi que pour son entourage). Leur mise en balance favorise la prise de conscience et l'évolution des comportements.

➔ Couvrant certaines de ces questions (essentiellement le « combien ? »), **divers outils d'évaluation et de suivi**[19] (Fiche 2) constituent un support validé, reproductible, interopérable, y compris avec la personne elle-même (qui peut s'emparer par exemple de l'AUDIT-C dans une dynamique d'auto-évaluation). Les principaux outils sont :

- **AUDIT-C** : auto-évaluation en 3 questions incluant quantité, fréquence et occurrence d'API (*binge drinking*). C'est l'outil préconisé par l'OMS pour le RPIB ;
- **FACE** : hétéroévaluation (utilisée en France pour le RPIB) en 5 critères de quantité, d'habituation et comportementaux permettant de suspecter un éventuel TUA.

En complément, le **DSM-5** (Fiche 3) vise l'identification, quelle que soit la substance, d'un trouble de l'usage et sa sévérité. Il reste donc valable en cas de transfert d'addiction.

➔ Les résultats de ces évaluations devront toujours intégrer la réflexion clinique de l'évaluateur, **le dialogue avec l'usager et le lien de confiance**. Dialoguer sur l'usage d'alcool, au plus près de l'expérience qu'en a la personne et de ses besoins, permet de tenir compte de ses réactions défensives et de prévenir une mise en échec de l'accompagnement. Ainsi, tout en se soutenant de ces outils, particulièrement le repérage précoce avec intervention brève (RPIB) (Fiche 2), certains acteurs revendiquent une évaluation et une intervention par la parole libre au travers de la rencontre.

Accompagner chaque personne s'initie dès l'évocation du sujet alcool

➔ L'accompagnement s'initie et se construit en accord avec la personne sur la base des résultats du repérage, de ses priorités et de sa temporalité.

➔ Cet accompagnement s'inscrit dans une communauté professionnelle et repose sur plusieurs interventions possibles en premier recours, non exclusives les unes des autres (Fiche 4) :

- rappel d'information générale relative à l'alcool incitant le patient à parler plus facilement de ses pratiques (au moins et prioritairement pour les sécuriser[20]), avec transmission de documentations, d'outils d'auto-évaluation et d'auto-support (éventuellement via des liens

[19] Suivi sur la base de l'augmentation ou la réduction du nombre de critères et/ou de leur évolution.

[20] La sécurisation renvoie aux actions visant les risques immédiats pris et/ou encourus par une personne consommatrice d'alcool ainsi qu'au soutien adapté aux vulnérabilités particulières qui l'empêchent de se protéger et/ou d'activer les actions d'autoprotection nécessaires au maintien de sa sécurité et de la satisfaction de ses besoins.

numériques) et, le cas échéant, de coordonnées de professionnels qualifiés, d'associations et de groupes d'entraide ;

- conseil individualisé simple et soutenant, adapté aux objectifs posés par la personne ;
- intervention brève dans le cadre du RPIB (Fiche 2) ;
- approche de type réduction des risques et des dommages (RdRD) appliquée à l'alcool[21] visant, notamment, la sécurité de la personne et l'amélioration de son contexte de vie (Fiches 5, 6, 7) ;
- approche motivationnelle[22] (Fiche 8) ;
- interventions psycho-sociales (dont l'accompagnement social et le renforcement des compétences psycho-sociales) (Fiche 9) ;
- approche psychothérapeutique (individuelle ou familiale) ouvrant un espace de parole et d'élaboration psychique (Fiche 10).

➔ Toutes ces options, **reconductibles** au gré des évolutions et **complémentaires**[23], contribuent aux **prises de conscience**, aux **évolutions comportementales**, à l'identification **d'améliorations possibles**, à leur réalisation, à **l'accès aux aides** et aux soins.

➔ Produire l'une et/ou l'autre de ces options d'intervention constitue le socle de l'action de l'acteur de premier recours. Une fois effectué, et s'il ne souhaite ou ne peut conduire lui-même certaines actions, voire la **suite éventuellement nécessaire** de l'accompagnement, il initie avec la personne un **relais adapté** à ses besoins et à ses choix. Que ce relais soit à dominante sociale, santé mentale, addictologique, associative ou autre, il s'agit de donner accès aux personnes le justifiant et le souhaitant aux autres offres d'accompagnement (cf. Réseau de partenaires des acteurs de premier recours – Fiche 4).

Définir et installer son niveau d'action et de pratique en premier recours

Sur la base d'une relation d'alliance, les professionnels et l'usager du système de santé peuvent **co-construire un projet partagé favorable à sa santé et adaptable tout au long de la vie**, au gré des circonstances et des évolutions de son usage d'alcool.

De nombreuses options pratiques, non exclusives, personnalisables et évolutives, sont possibles, parmi lesquelles :

➔ **L'importance du zéro alcool** est à rappeler systématiquement, sans culpabiliser, pour les **situations suivantes**, globalement limitées dans le temps :

[21] L'article L. 3411-8 du Code de la santé publique et la LMSS n° 2016-41 ont 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 accompagne 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.

[22] L'approche motivationnelle ne vise pas exclusivement à accompagner une personne vers un sevrage/une abstinence mais tout changement comportemental permettant la reprise du contrôle sur les consommations, la diminution du risque alcool qui y est associé et l'amélioration de la qualité de vie.

[23] Le respect de l'autonomie, la reconnaissance du pouvoir décisionnel et agissant de la personne, l'objectif de réduction des risques ne sont pas exclusifs à la RdRD liés à l'alcool mais rassemblent les différents acteurs qui agissent en ce sens.

- en **période péri-conceptionnelle** (incluant tout futur père et toute femme en âge de procréer) **et gestationnelle** pour protéger l'enfant à naître ;
- pour toute situation de mise en danger du fait d'une baisse de vigilance liée à l'alcool (conduite de véhicule, activité à risque) ;
- certaines situations médicales.

Les personnes ne pouvant s'y conformer, particulièrement la femme enceinte, doivent bénéficier d'un espace de parole renforcé et non culpabilisant ainsi que d'un accompagnement adapté pour réduire les risques autant que possible, sous peine d'une rupture du lien et de l'accès aux soins.

➔ La sortie d'un usage d'alcool à risque (en particulier en cas de TUA) ne peut se réduire au seul objectif de l'abstinence, trop souvent source de souffrance, d'échec et de renoncement. Diversifiée et graduelle, **l'offre actuelle d'accompagnement vise à embrasser tous les profils d'usage et toutes les situations individuelles**, sans condition d'accès aux aides et aux soins, et sans contrainte de changement préalable d'usage, afin qu'aucun consommateur ne soit exclu et abandonné.

➔ Le choix du **maintien de l'usage en initiant des objectifs de réduction des risques et des dommages** (RdRD) participe à une **reprise du contrôle** et au **pouvoir d'agir** des personnes sur leurs pratiques d'usage, à la maîtrise de leur **libre arbitre** et à l'amélioration de leur **qualité de vie**. Cette dynamique d'*empowerment* découle d'un travail de compréhension des usages dans leurs fonctions autant que dans leurs modalités.

Ce choix peut bénéficier à tout usager :

- il aide les personnes qui jusque-là s'ignoraient à risque à mieux **conscientiser et maîtriser** leurs consommations, notamment en renonçant aux verres ou occasions de consommer identifiés comme de moindre importance ;
- il aide les personnes les plus en difficulté avec l'alcool à retrouver un **équilibre de vie** et à évoluer vers un rétablissement psycho-somato-social, tout en contribuant aussi à la qualité de vie de leurs proches.

En ayant soin de ne pas induire de souffrance ou rupture d'équilibre, un tel projet inclut :

1. toutes possibilités d'**agir sur les aspects qualitatifs des pratiques d'usage**, c'est-à-dire de « faire autrement » en modulant son comportement et son mode de vie.
   Ainsi, en veillant à ce que ces changements ne génèrent pas d'effets contraires (comme de l'anxiété ou une perte de lien social), il s'agit notamment de :
   - agir sur les habitudes et **déritualiser** les usages : horaire des consommations, type d'alcool et de contenant utilisé, lieux, ambiance ;
   - agir sur les **modalités de consommation** (Fiche 7) : fréquence, vitesse, intensité, rythme, hydratation et alimentation concomitantes, association à d'autres substances ;
   - trouver des leviers efficaces afin d'adapter **le contexte, l'environnement**, l'entourage, le style de vie, y compris professionnel ;

- renforcer les **compétences psycho-sociales** (par exemple, la capacité à résoudre des problèmes, à se maîtriser, à gérer des émotions, à déployer des comportements protecteurs pour soi et pour autrui)[24] (Fiche 9) ;
- initier et expérimenter des **stratégies alternatives** à la consommation d'alcool (activité physique, relaxation, méditation, activités socialisantes et occupationnelles, etc.) ;
- renforcer les pratiques de rétablissement (toutes actions contribuant à l'*aller mieux* de la personne) ;
- partager les contours d'autres possibles.

2. **Toute réduction de consommation**, même faible et **quels que soient le niveau de base** (déjà faible ou bien très élevé) **et le type d'usage** (TUA ou pas), a des effets positifs en réduisant les complications et la mortalité liées à l'alcool, l'habituation, l'évolution vers ou l'aggravation d'un TUA.

   Ainsi, lorsque cela est possible pour la personne, il s'agit de :

   - réduire la quantité quotidienne et/ou hebdomadaire et/ou par occasion ;
   - diminuer le nombre de jours de forte consommation et de *binge drinkings ;*
   - tenter des phases d'arrêt temporaire (jours d'abstinence, mois sans alcool[25]) sous couvert d'un accompagnement au regard des risques de syndrome de sevrage (même infraclinique) et donc de toxicité cérébrale, ainsi que de déséquilibre favorisant les suralcoolisations compensatoires.

➔ Lorsque le changement dans les pratiques d'usage n'est pas encore possible, **le maintien du lien, de l'information et la sécurité des personnes** restent essentiels (Fiches 5 et 6). Il s'agit notamment de :

- **réduire** autant que possible **les risques liés aux API** (*binge drinking*) en œuvrant au plus près des personnes via des conseils protecteurs[26], comme le capitaine de soirée (SAM), l'apprentissage des signes d'hypothermie ou de coma, etc. ;
- **ne pas contraindre à l'arrêt** (même temporaire) **ou la réduction** des alcoolisations sans consentement ni accompagnement dédié, du fait des **risques liés aux sevrages non encadrés** (convulsions, coma, parfois mortel et séquelles neurocognitives) ;
- porter attention et **satisfaire les besoins primaires** (sommeil, alimentation, hydratation, lien social) ;
- **restaurer l'accès aux soins et à l'accompagnement social**.

➔ Toute personne souhaitant, **par choix de vie assumé ou pour sortir d'un usage d'alcool qu'elle estime délétère**, évoluer vers l'abstinence ou, du moins, vers un **maintien prolongé d'arrêt de l'usage** doit être accueillie et accompagnée en ce sens (via une orientation dédiée, médicale et/ou associative, notamment en intégrant un groupe d'entraide). Si un tel choix s'avère toujours possible et doit être encouragé, il faut néanmoins toujours s'assurer qu'il s'agit

[24] Compétences psycho-sociales et assertivité renvoient aux capacités de résistance dans des situations où l'on subit une pression interpersonnelle de la part de ses pairs pour s'engager dans la consommation de substances ainsi qu'aux moyens de s'affirmer, refuser, négocier et faire valoir ses droits face aux influences sociales et médiatiques, en ayant une attitude respectueuse des autres afin d'avoir des relations apaisées.

[25] Collectivement, le « mois sans alcool » ou « défi de janvier », d'inspiration anglo-saxonne, a un effet d'émulation positive.

[26] Diffusion, particulièrement auprès des jeunes et en milieu festif, de documents (flyers) et de liens vers des outils numériques visant l'information sur les risques (somatiques, traumatiques, sexuels, psychiatriques) et les conseils préventifs.

d'un projet réaliste et d'une décision autonome et éclairée qui ne soit ni contrainte, ni prise par défaut de connaissance des autres offres d'accompagnement disponibles.

L'acteur de premier recours et les différents partenaires de son territoire de santé

Divers **acteurs et structures**, organisés sur le territoire, peuvent **soutenir et/ou relayer l'acteur de premier recours** quand il l'estime nécessaire pour répondre à une situation vis-à-vis de l'alcool plus difficile ou complexe et/ou pour répondre à des besoins spécifiques ne relevant pas de son domaine de compétence (Fiche 4). La construction de ces **partenariats** est une mission commune et pourra être soutenue par la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), le réseau régional d'addictologie ou le dispositif d'appui à la coordination (DAC) du territoire concerné.

Parmi ceux-ci (du plus généraliste au plus spécifique) et suivant les besoins de la personne :

- cabinet médical, centre de santé, maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) disposant :
  - d'une **équipe pluriprofessionnelle** autour d'un généraliste référent pour l'addictologie et dotée d'un temps dédié **à l'accompagnement social et à la prise en charge psychologique**[27]**,**
  - d'infirmiers **IDE ayant des compétences en addictologie** dans le cadre d'un exercice coordonné, d'un protocole de coopération ou au titre d'infirmiers de pratique avancée **IPA en santé mentale** et formés à l'addictologie ;

- **établissements et dispositifs médico-sociaux** dédiés :
  - **centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)** : les entrées possibles sont nombreuses[28] en plus des consultations avancées et de l'auto-adressage des personnes elles-mêmes. Pivot dans la coordination des parcours, les CSAPA soutiennent et interagissent avec les professionnels de premier recours tout en favorisant leur montée en compétence. Ils accueillent et gèrent les situations complexes avec toujours en vue le retour vers l'accompagnement de proximité en aidant les généralistes à cet effet,
  - **consultation jeunes consommateurs (CJC)** : s'agissant de l'accueil sans délai des jeunes de 12 à 25 ans (cf. Fiche points clés dédiée aux jeunes),
  - **centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de** drogues (CAARUD) : s'agissant d'accompagner des personnes exposées à des risques importants, notamment en cas de polyconsommation, mais qui ne s'engagent pas d'emblée dans une démarche de soins ;

- **secteur hospitalier d'addictologie** incluant :
  - **équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)** : relais hospitalier (via le SAU, par exemple, ou tout autre service) ainsi qu'interface et force de coordination avec la ville, l'ELSA inclut *au minimum* médecin, IDE, psychologue, assistante sociale,
  - consultations hospitalières et hospitalisations de jour **;**

[27] La microstructure médicale en addictologie (MSMA) inscrit dans le maillage territorial de premier recours une équipe pluridisciplinaire incluant, au minimum, un psychologue et un travailleur social sur le lieu d'exercice du médecin généraliste.

[28] Via la médecine générale, un service d'accueil des urgences (SAU), la psychiatrie, un service social ou judiciaire. Mais aussi à la demande directe du patient lui-même ou par le biais d'un soutien porté à son entourage.

➔ **professionnels dédiés à la réduction des risques et des dommages (**RdRD**)** en matière d'alcool. Ils œuvrent à informer et former les acteurs de terrain à la RdRD ainsi qu'à les outiller. Ils contribuent ainsi à compléter les propositions d'accompagnement en réponse à la diversité des besoins et choix des personnes (Fiche 5) ;

➔ **associations de pairs et interventions de patients experts** au titre de l'entraide et de l'auto-support, accueillant les personnes et leur entourage sans délai et prônant ou pas l'abstinence[29]. Leur place dans le soin, en particulier auprès de personnes n'ayant pas d'autre interlocuteur, leur impact positif et leur rôle dans la recherche scientifique sont désormais reconnus[30].

C'est dans le cadre d'un tel réseau de partenaires que les **besoins spécifiques** (en lien direct ou pas avec l'alcool), auxquels il faut aussi répondre (parfois prioritairement, sans quoi toute proposition d'action centrée sur l'usage d'alcool risquerait d'être mise en échec), pourront, le cas échéant et avec l'accord de la personne, bénéficier d'un conseil spécialisé, voire d'une orientation spécifique (vers des professionnels de la santé mentale, une structure de soins somatiques, un service social, etc.) (Fiche 4).

Ces besoins spécifiques peuvent être de nature :

- psychologique (Fiche 10) : souffrance (deuil, rupture), psycho-traumatisme (dont les agressions sexuelles), pathologie duelle (dépression, bipolarité, phobie sociale, etc.), insomnie, trouble des conduites alimentaires ;
- sociale : accès aux droits à l'assurance maladie et autres prestations, aides à l'emploi et à l'hébergement, mesures de protection en cas de violences ;
- somatique : comorbidité (neurocognitive, hépatique, gastrique, cardiaque, métabolique, nutritionnelle, etc.), douleurs physiques ;
- addictologique : trouble de l'usage sévère, multiple et/ou complexe avec éventuels transferts d'addiction, prises de risques spécifiques (grossesse) et justifiant une gestion médicalisée (éventuellement en secteur hospitalier).

[29] Si la logique du soutien des usagers devenus abstinents est bien définie, celle des consommateurs actifs cherchant à restaurer ou préserver la maîtrise de leurs usages tend à se développer (associations proposant une offre de type RdRD).
[30] Un travail coordonné par l'INSERM en 2017 a validé la place des associations au sein d'études scientifiques rigoureuses.

Annexes

Fiche 1 : Quantifier les consommations d'alcool – Le verre standard et ses équivalences

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, wodka),
2,5 cl d'alcool à 45° (pastis : dose de 2,5 cl diluée dans de l'eau, digestif)

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.

Fiche 2 : Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Le repérage interventionnel

Le modèle type du repérage interventionnel est le RPIB développé par l'OMS et adapté à l'exercice de la médecine générale en France (se référer à l'outil d'aide au RPIB – Mise à jour HAS 2021). Il repose sur les outils d'évaluation (repères de consommation, questionnaires AUDIT-C et FACE) et sur l'intervention brève visant l'alliance thérapeutique et l'incitation au changement en renforçant la confiance et la motivation.

Proposer au patient des outils d'auto-évaluation (comme l'AUDIT-C) a l'avantage de l'autonomiser et de produire une réponse personnelle plus proche de la réalité des usages qui servira de support lors d'une prochaine rencontre. Ces outils doivent en effet toujours être complétés par un réel dialogue entre le professionnel et le patient.

AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test)

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	0

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 (justifiant d'approfondir l'évaluation en ce sens).

L'AUDIT-C pourra être complété par le questionnaire AUDIT intégral en 10 items.

FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation – Formule Approchant la Consommation d'alcool par Entretien)

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	0

En termes d'interprétation :

- Un score inférieur à 5 pour l'homme ou à 4 pour la femme est considéré comme faible risque
- Un score de 5 à 8 pour l'homme ou de 4 à 8 pour la femme est considéré comme risque significatif
- Un score de 9 et plus chez l'homme comme chez la femme suggère un TUA

Intervention brève du repérage précoce avec intervention brève (RPIB)

Elle consiste à :

1. Expliquer les risques liés à l'alcool, le verre standard, les repères de consommation ;
2. Restituer les résultats du repérage en évaluant avec la personne son risque personnel et situationnel ;
3. Identifier les représentations, les attentes, les motivations, la confiance 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 vers de l'information, du conseil, des outils d'évaluation et d'auto-gestion, des coordonnées d'associations.

La durée de l'intervention brève est variable en fonction de chaque situation individuelle. Un conseil simple n'excédera pas 1 à 2 minutes. L'intervention brève d'un RPIB classique (dans une situation simple où l'approche peut rester centrée sur la consommation) est réputée durer 3 à 5 minutes. Tandis qu'une intervention motivationnelle nécessitera davantage de temps.

Fiche 3 : Détecter un trouble de l'usage d'alcool (TUA) – Le DSM-5

Le trouble de l'usage de l'alcool (recouvrant les catégories antérieures d'abus et de dépendance) est défini selon la version 5 du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) sur la base des 11 critères suivants et la présence d'au moins 2 d'entre eux au cours d'une période de 12 mois :

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 irrépressible 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 ou 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 :

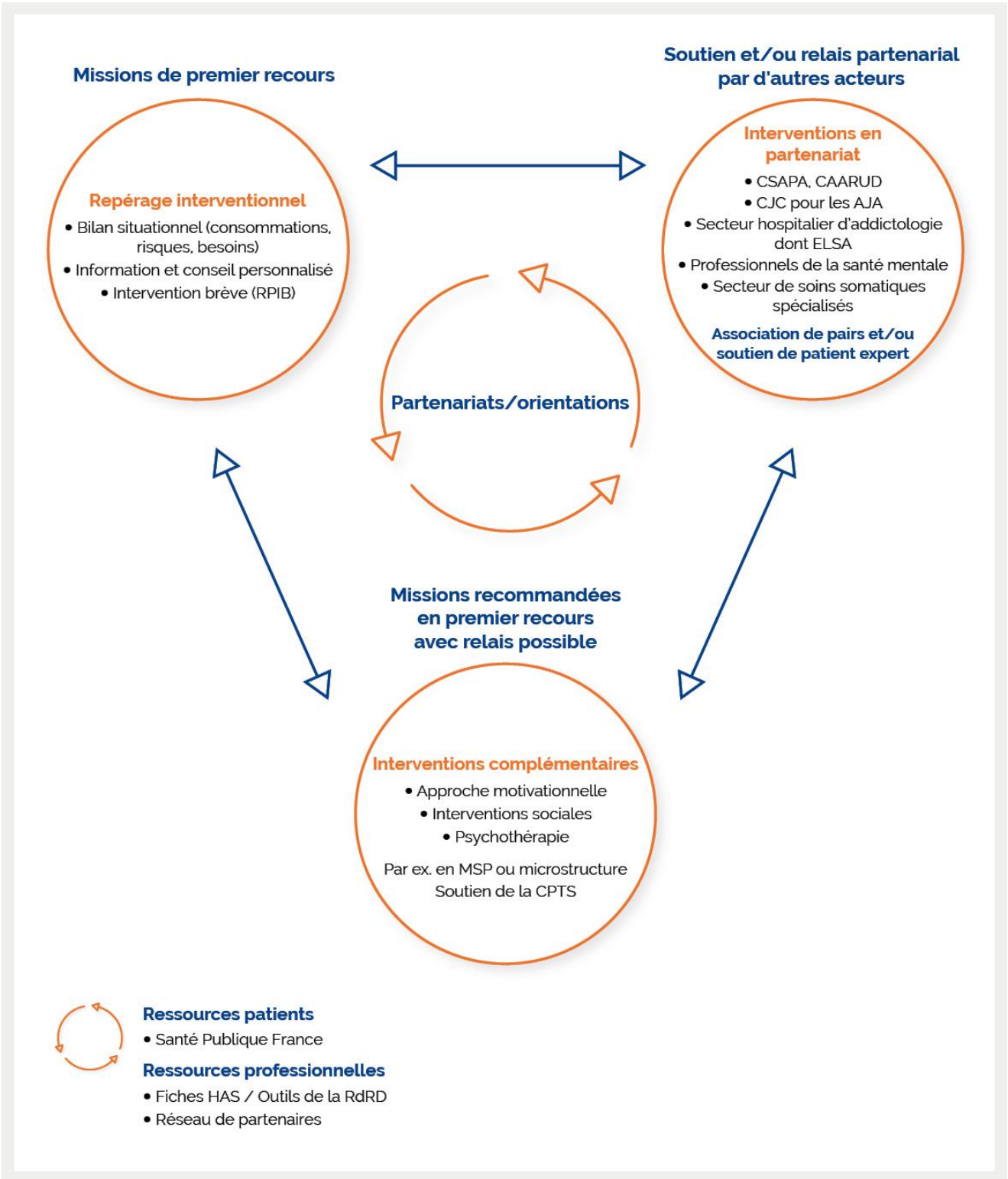
- léger (2-3 symptômes) ;
- modéré (4-5) ;
- sévère (6 ou plus) étant considéré comme une addiction certaine ;
- la dépendance correspondant peu ou prou à au moins 4 critères ou plus.

Fiche 4 : Diminuer le risque alcool en accompagnant chaque personne – Les acteurs impliqués 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
Repérage interventionnel
• Bilan situationnel (consommations, risques, besoins)
• Information et conseil personnalisé
• Intervention brève (RPIB)
Interventions en partenariat
• CSAPA, CAARUD
• CJC pour les AJA
• Secteur hospitalier d'addictologie dont ELSA
• Professionnels de la santé mentale
• Secteur de soins somatiques spécialisés
Association de pairs et/ou soutien de patient expert
Partenariats/orientations
Missions recommandées en premier recours avec relais possible
Interventions complémentaires
• Approche motivationnelle
• Interventions sociales
• Psychothérapie
Par ex. en MSP ou microstructure
Soutien de la CPTS
Ressources patients
• Santé Publique France
Ressources professionnelles
• Fiches HAS / Outils de la RdRD
• Réseau de partenaires

Fiche 5 : Actions et outils 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 liste proposée n'est pas exhaustive

Objectifs principaux

- Lutter contre le **non-recours** aux dispositifs d'accompagnement et de soins, en s'adaptant aux **besoins spécifiques des personnes en difficulté** avec leurs consommations d'alcool et en les aidant à accéder aux aides correspondantes.
- Œuvrer par tout moyen, et pour tous et chacun, **à réduire les risques et les dommages liés à l'alcool**, particulièrement en repérant les pratiques et contextes de consommation ainsi qu'en soutenant chaque personne dans une **démarche de sécurité vis-à-vis des risques pris ou encourus et d'amélioration des contextes de vie.**

Trois catégories d'actions appropriables par tout professionnel de premier recours

1. Communication et information aux personnes

- **Rendre visible** (par exemple, par des affichettes dédiées disponibles en salle d'attente) **et audible qu'il est possible de faire avec l'alcool tout en réduisant ses risques.**
- **Fournir par tout moyen (flyers, liens numériques) des conseils de prévention des risques liés aux alcoolisations importantes** (*binge drinking*) : hypothermie et/ou coma éthylique, accident de la voie publique, agression, conduite à risque sexuel (infection sexuellement transmissible, grossesse non désirée).
- Toujours rappeler qu'il y a **des bénéfices à prendre soin de sa santé, même et surtout en cas de consommations d'alcool.**

2. Accueil et postures professionnelles

- **Signifier clairement à toute personne qu'elle est la bienvenue** telle qu'elle est (et donc qu'elle ne sera pas jugée), en prenant en compte ses consommations d'alcool.
- **Faciliter l'échange et la libre parole en reconnaissant les difficultés qu'il y a à parler d'alcool**, les efforts que cela peut représenter pour la personne autant que pour le professionnel.
- **Proposer des RDV tenant compte de l'organisation des consommations des personnes en difficulté avec l'alcool.** Il s'agit dans un premier temps, d'une part de faciliter l'accès aux soins, d'autre part de ne pas désorganiser les consommations afin d'éviter et de sécuriser les sous-alcoolisations (manques) et les suralcoolisations de compensation qui majorent les risques (chutes, mises en danger, coma éthylique, etc.).
- **Maintenir le lien avec la personne** en initiant les reprises de contact ou la reprogrammation de rendez-vous (y compris en cas de rendez-vous manqué pour cause d'alcoolisation). Avoir une vigilance sur la démobilisation provoquée par les re-consommations ainsi que le sentiment de honte et de fatalité qui sont autant de facteurs identifiés comme des causes du non-recours.

3. Premiers réflexes et premières actions à mener auprès des personnes

- Sensibiliser tous les usagers à **l'importance de la satisfaction des besoins primaires** (hydratation, alimentation, sommeil). Le cas échéant, **repérer les besoins de soutien, conseiller et trouver des solutions concrètes** pour les combler, notamment en cas de perte d'autonomie dans la vie quotidienne :
  - hydratation : l'effet déshydratant de l'alcool aggrave les situations et peut mettre la vie en danger. Incitations et aide à domicile peuvent être utiles ;
  - alimentation : l'alcool désorganise l'alimentation (perte d'appétit, substitution aux repas, malabsorption de nutriments, vomissements), contribue à l'altération du statut nutritionnel et de l'état de santé et aggrave les situations (pics d'alcoolémie plus élevés). Des incitations, un avis diététique, une livraison de repas peuvent être utiles ;
  - repos et sommeil : l'alcool fatigue l'organisme. Restaurer un sommeil réparateur est important (activités de bien-être, avis spécialisé) d'autant que les troubles du sommeil constituent un facteur indépendant de réalcoolisation.

- Trouver des **solutions concrètes** et adaptées à chaque personne **pour réduire les épisodes de suralcoolisation** et leurs conséquences :
  - identifier et agir sur les situations de vie qui renforcent les consommations ;
  - soutenir la personne lors des périodes critiques de prise de risques (à l'instar du binge drinking sur les lieux festifs très pratiqué par les jeunes).

- **Prévenir les accidents de sevrage non encadré chez les personnes à risque** pour ce type de complication (particulièrement en cas de TUA avéré), l'alcool étant une substance psychoactive dont le sevrage peut entraîner une toxicité neurologique, voire la mort. Interroger la personne sur l'occurrence de symptômes évocateurs de manque et expliciter les situations à risque : arrêt brutal non supervisé, contraintes subies et non choisies (par exemple, une hospitalisation non programmée) désorganisant les pratiques habituelles de consommation et favorisant les suralcoolisations à visée de compensation après une phase de sous-alcoolisation et l'état de manque qui l'accompagne.

Fiche 6 : Réduire les risques et les dommages des alcoolisations ponctuelles importantes (binge drinkings) – Actions pratiques appropriables par tout professionnel de premier recours

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 festif) et des prises de risques spécifiques :

- accidents de la voie publique et de circulation ;
- chutes et blessures ;
- vulnérabilité accrue ;
- diminution de la capacité d'autoprotection ;
- 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, toxicité neurologique, 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)

- 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'alcools ;
- Éviter l'association à d'autres substances psychoactives ;
- 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 ;
- Ne pas boire seul ;
- Avoir un entourage de confiance ;
- Disposer de préservatifs ;
- Avoir un capitaine de soirée (SAM) qui ne boit pas pour pouvoir assurer la conduite au retour ;
- Ne pas prendre le volant ou autre véhicule en état d'alcoolisation ;
- Dormir sur place ;
- Prendre soin de soi avant de prendre la route du retour (dormir, manger) et faire un éthylotest ;

En cas de malaise ou 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.

Ces propositions sont applicables en toutes circonstances de forte alcoolisation et/ou d'ivresse avec prises de risques multiples. Elles contribuent à la prévention et la gestion des complications des API.

Trois catégories d'actions de RdRD liés aux API : avant, pendant, après

Avant : informer et outiller

- Information et communication ciblée sur les risques spécifiques encourus ;
- Information sur les bons gestes à avoir en cas d'API (cf. actions spécifiques) ;
- Accompagnement personnalisé au repérage et à l'anticipation des risques 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.

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 médico-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, test de grossesse, contraception d'urgence ;
- Aborder les solutions et stratégies à déployer pour éviter une récidive de ces prises de risques.

Fiche 7 : Actions pratiques dans la vie courante, pour tous et chacun, 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 considérés comme 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 ! »[31], trompeuse d'un point de vue sanitaire, et lui préférer « Tchin ! » ;
- 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 évènement alcoolisé ou bien décaler son retour après s'être réhydraté et reposé ;

Cette liste ne peut pas être exhaustive tant la diversité des personnes (et de leur entourage), 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.

[31] Alcool et « Bonne santé », une association paradoxale dénoncée dans la nouvelle campagne de Santé publique France (santepubliquefrance.fr)

Fiche 8 : Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – L'approche motivationnelle

L'approche motivationnelle est d'abord un style relationnel dont certains éléments (inscrits dans l'esprit de l'entretien motivationnel) sont souvent déjà utilisés de manière intuitive par certains professionnels (guidance collaborative orientée vers la résolution d'un problème, empathie, alliance thérapeutique, information et écoute réflective). Elle ne prend pas plus de temps qu'une interaction classique entre professionnel et patient, mais s'avère bien plus efficace pour construire la confiance.

Pour accompagner les personnes dans leur réflexion et le cas échéant dans un processus de changement, les professionnels formés ont à leur disposition différents outils :

- l'entretien motivationnel représente une méthode de communication privilégiée pour aider un patient à progresser dans sa motivation au changement ;
- le modèle transthéorique du changement avec ses stades motivationnels est une grille d'évaluation de la situation de la personne ;
- la balance décisionnelle est particulièrement utile pour travailler avec les personnes contemplatives de leur comportement (stade d'intention).

L'entretien motivationnel (selon Miller et Rollick)

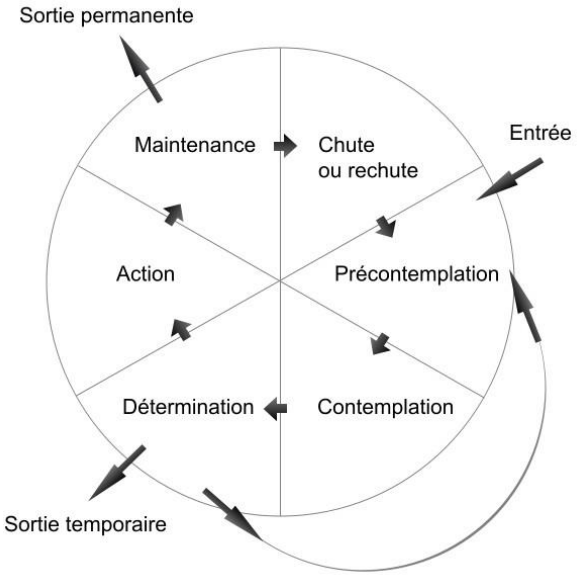
- Est un style de communication collaboratif basé sur l'alliance thérapeutique et centré sur un objectif.
- Est porté par une dynamique de focalisation (processus continu de validation et d'ajustement de la direction de l'accompagnement).
- Est caractérisé par le partenariat, la bienveillance, le non-jugement, l'altruisme, l'évocation (fait d'aider une personne à faire émerger ses idées propres, ses valeurs et ses ressources).
- Soutient l'évocation du « discours-changement » (désirs, capacités, raisons, besoins).
- Vise à renforcer la motivation et l'engagement vers le changement.
- Valorise l'autonomie de la personne.
- N'est pas destiné à convaincre, argumenter, mettre en garde.
- Veut éviter le « réflexe correcteur » : posture d'expert dispensant son savoir à une personne passive.
- Veut éviter ou diminuer la réactance (résistance) chez un sujet ambivalent.
- Veut aider à la prise de conscience des contradictions (dissonance entre un comportement et un projet de vie et/ou certaines valeurs).
- Adopte une écoute réflective, c'est-à-dire qui permette la reformulation et l'introspection par le reflet du discours.

Les stades motivationnels du changement de comportement

Savoir à quelle étape une personne se situe permet de l'aider à évoluer vers les étapes ultérieures :

- **la pré-intention (pré-contemplation)** : la personne n'envisage pas de changement de comportement pour diverses raisons : 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 ou détermination)** : 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 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 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.

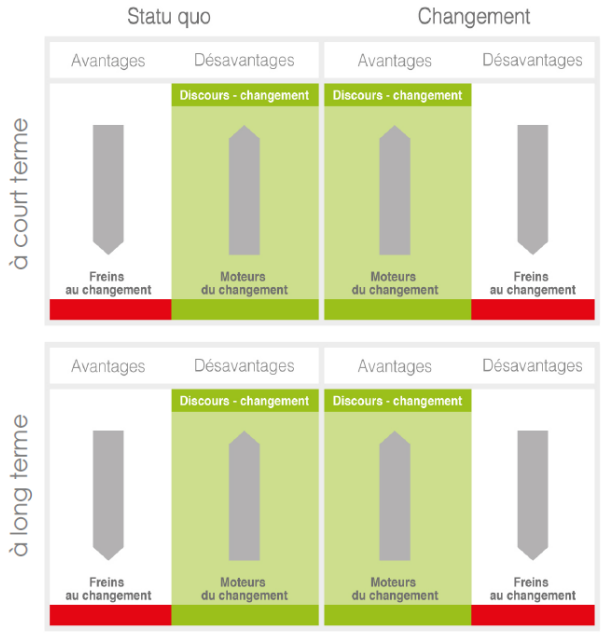


La balance décisionnelle

La balance décisionnelle (qui peut être formalisée dans un tableau) permet d'explorer l'ambivalence du patient quant à ses consommations. Il s'agit de pouvoir travailler avec les personnes les difficultés face à un changement de comportement donné alors que le maintien de ce comportement a déjà, ou pourrait avoir, des conséquences importantes sur leur santé, leur situation sociale, leur qualité de vie.

Il s'agit de :

- poser des questions ouvertes et sans jugement afin de comprendre les bénéfices et les dommages perçus par le patient à modifier ou pas ses consommations ;
- inviter le patient à approfondir ses réponses à l'aune des émotions qui y sont associées (les dimensions émotionnelles de la motivation pesant plus lourd que les dimensions rationnelles) ;
- conclure par un feed-back invitant le patient à reformuler et résumer l'ambivalence : arguments en faveur du statu quo versus ceux en faveur du changement afin de renforcer sa motivation.



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

Fiche 9 : Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Les compétences et interventions psycho-sociales

Définition de l'Organisation mondiale de la santé (1993)

Il s'agit de : « 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 précise aussi 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 ».

Catégorisation des compétences psycho-sociales (CPS) selon l'OMS

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 (coping) 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

Utilité des interventions psycho-sociales en matière d'usage d'alcool

Les CPS peuvent impacter des déterminants de la santé et ainsi contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être. On parle de facteur générique de la santé.

En matière d'usage de substances, les CPS contribuent à la prévention des conduites addictives en renforçant le pouvoir d'agir et les facteurs de protection (par exemple, capacité d'auto-évaluation positive, développement d'une pensée critique, capacité d'argumentation, etc.) ainsi qu'en œuvrant à un contexte social positif (par exemple, environnement plus apaisé, postures éducatives adaptées).

Mobilisation des compétences psycho-sociales dans sa pratique professionnelle de premier recours

Intervenir dans le cadre d'un projet de renforcement des CPS implique une posture professionnelle adaptée :

- un rôle d'accompagnateur qui favorise une démarche réflexive ;
- une pédagogie participative et expérientielle : les CPS ne peuvent se développer que via l'interaction et l'expérience vécue par la personne ;
- une attitude éducative positive, bienveillante et valorisante ;
- une relation qui ne devrait pas être sur le mode « enseignant-enseigné » ;
- le respect de la liberté de choix ;
- une démarche d'empowerment (de « faire avec » la personne et non pas « sur »).

Certaines CPS ont un lien direct avec la prévention et la gestion des conduites addictives, raison pour laquelle il est utile de les cibler spécifiquement afin de les renforcer. Par exemple, la « capacité de maîtrise de soi ». Cette compétence cognitive permet de remettre à plus tard un plaisir immédiat comportant des risques et implique la capacité à tolérer la frustration pour en retirer des bénéfices. D'autres compétences sont importantes, comme celle de pourvoir « avoir conscience de ses émotions et de son stress » ainsi que « la communication efficace » qui vise à connaître et surmonter les obstacles à une communication fluide et constructive.

Fiche 10 : 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 et un trouble mental (ou pathologie duelle) est associée à de nombreux processus synergiques morbides dont la modification des symptômes, la diminution d'efficience 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.

Certains troubles psychiques sont réactionnels à un usage problématique d'alcool quand d'autres le favorisent du fait de son effet psychotrope (par exemple anxiolytique). Quelle que soit la situation d'une personne, l'usage d'alcool peut prendre une place particulière dans sa vie et son économie psychique (stratégie adaptative).

Parmi les associations les plus fréquemment rencontrées :

- troubles de l'humeur : trouble bipolaire, dépression, dont la plus grave conséquence de l'usage d'alcool est le risque suicidaire ;
- troubles de type anxiété généralisée (phobie sociale, trouble panique, agoraphobie, trouble obsessionnel compulsif) ;
- syndrome de stress post-traumatique.

Les approches psychothérapeutiques

En cas de souffrance psychologique, un travail en psychothérapie peut permettre de restaurer une place au sujet en tant qu'acteur de sa vie, de changer de comportement, de manière de penser ou de réagir et d'améliorer ses capacités à réguler ses émotions, à résoudre des problèmes, à faire des choix, à s'affirmer. Quel que soit le motif de l'engagement dans une psychothérapie (en lien direct ou pas avec l'usage d'alcool), cela peut contribuer à réduire le risque alcool ainsi que favoriser la santé et la qualité de vie.

Le champ des psychothérapies dont l'efficacité a été prouvée regroupe diverses possibilités en référence à des théories, des pratiques ou des objectifs différents.

- La psychothérapie de soutien : non structurée, elle vise à offrir une aide et un soulagement face à des problématiques ponctuelles. Centrée sur l'adaptation et le soutien moral, elle ne cherche pas à mobiliser la personne dans une analyse de son fonctionnement en profondeur.
- 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 visent 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 ciblent les déterminants des interactions socio-familiales et les aspects dysfonctionnels qu'il serait possible de résoudre ;
- autres psychothérapies : thérapies interpersonnelles (TIP), thérapies de pleine conscience (mindfullness), EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing), thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), hypnothérapie, psychothérapies humanistes.

Évaluation et orientation en santé mentale

Psychiatres et psychologues intervenant en premier recours peuvent évaluer et proposer à la personne dans ce cadre une psychothérapie.

Les acteurs de premier recours, non spécialisés en santé mentale, qui repèrent un besoin d'accompagnement psychologique peuvent, en fonction des préférences du patient, orienter la personne vers un professionnel qualifié. Celui-ci en appréciera la pertinence et les modalités (fonction de ses propres compétences ainsi que des ressources psychiques et matérielles de la personne et de son engagement). Au regard de la variété des approches psychothérapeutiques, une nouvelle orientation pourra être utile afin de travailler selon une approche et des outils spécifiques.

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 « Mon parcours psy » : il donne accès à un certain nombre de consultations psychologiques remboursées (avec des psychologues partenaires conventionnés) dans les indications suivantes : trouble anxieux, trouble dépressif, trouble du comportement alimentaire léger à modéré, usage d'alcool, tabac et cannabis (hors TUA sévère). Ce protocole implique 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. À l'issue d'une évaluation clinique, une orientation vers des professionnels qualifiés ou une structure adaptée pourra être proposée et contribuer au rétablissement psycho-social.

Ressources documentaires

Approche épidémiologique : Alcool – Synthèse des connaissances – OFDT (lien vers de nombreuses autres sources)
Le premier recours : Article L. 1411-11 – Code de la santé publique – Légifrance (legifrance.gouv.fr)
L'accueil inconditionnel : Garantir un premier accueil social inconditionnel – Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)
Version française du Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA) : Alcool et médecine générale : recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves (santepubliquefrance.fr)
Les repères de consommation à moindre risque énoncés dans le cadre 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 (santepubliquefrance.fr)
Le repérage précoce avec intervention brève (RPIB) : Haute Autorité de santé – Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte (has-sante.fr)
Fiche pratique « Alcool : on en parle en consultation » du Collège de la médecine générale (CMG) : https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2022/05/Kit-addictions-CMG-Alcool.pdf
La réduction des risques et des dommages en matière d'alcool (RdRDA) :
Article L. 3411-8 – Code de la santé publique – Légifrance (legifrance.gouv.fr)
La réduction des risques associés à la consommation d'alcool – Principes de l'intervention | MILDECA (drogues.gouv.fr)
Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool – Inserm, La science pour la santé
Archive Actions 2016 – FFA – Fédération française d'addictologie
Parution du rapport sur la RdRD alcool en France – Guylaine Benech – Fédération addiction (federationaddiction.fr)
Les microstructures médicales en addictologie : Le dispositif de soins en addictologie | MILDECA (drogues.gouv.fr)
Les RBP françaises relatives au traitement médical des troubles de l'usage d'alcool : RBP2015-SFA_Mes-cles.indd (sfalcoologie.asso.fr)

Abréviations et acronymes

API	Alcoolisation ponctuelle importante (binge drinking)
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
FACE	Fast Alcohol Consumption Evaluation
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
MSMA	Microstructure médicale addictions
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
RBP	Recommandation de bonnes pratiques
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RPIB	Repérage précoce avec intervention brève
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SAU	Service d'accueil des urgences
SPF	Santé publique France
TUA	Trouble de l'usage d'alcool
VS	Verre standard

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – juillet 2023