



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT D'ÉLABORATION

Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte

Novembre 2014

Mise à jour Janvier 2021

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service communication – information

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

AVERTISSEMENT

Les repères de consommation d'alcool à moindre risque ont évolué à l'occasion de la publication de l'avis d'experts du 4 mai 2017 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. Cet avis recommande pour limiter les risques sanitaires associés à la consommation d'alcool :

- de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour ;
- d'avoir des jours dans la semaine sans consommation.

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>

Les paragraphes du rapport d'élaboration concernés par cette évolution ont été identifiés et complétés par la mention « voir « Actualisation », fiche descriptive page 51 ». La fiche outil connexe au rapport d'élaboration a été actualisée de manière à prendre en compte les nouveaux repères de consommation d'alcool à moindre risque.

Table des matières

Abréviations	5
Introduction	6
1 Définitions et rappels.....	8
1.1 Repérage précoce.....	8
1.2 Intervention brève.....	9
1.3 Repérage précoce et intervention brève en alcoologie (RPIB)	10
1.4 Accompagnement d'une réduction ou d'un arrêt de consommation de substance psychoactive en premier recours	11
2 Analyse de la littérature concernant le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB)	13
2.1 Revues de la littérature et méta-analyses récentes disponibles concernant le RPIB en alcoologie	13
2.2 Revues de la littérature et méta-analyses récentes disponibles concernant le RPIB dans le cadre de la consommation de substances psychoactives	14
3 Typologie des consommations d'alcool	16
3.1 Repérage précoce : questionnaire FACE (annexe 3).....	16
3.2 Effets de l'alcool sur la santé	18
4 Typologie des consommations de cannabis	21
4.1 Repérage précoce : questionnaire CAST (annexe 4).....	21
4.2 Effets du cannabis sur la santé	21
4.3 Intervention brève.....	22
5 Typologie des consommations de tabac	23
5.1 Repérage précoce : questionnaire consommation de tabac (annexe 5).....	23
5.2 Effets du tabac sur la santé.....	23
5.3 Conseil d'arrêt	24
5.4 Accompagnement, suivi	24
6 Synthèse de la première réunion du groupe de travail concernant le RPIB dans la consommation d'alcool	25
6.1 Support retenu : fiche mémo.....	25
6.2 Objectif : promouvoir la méthode de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB).....	25
7 Propositions soumises lors de la deuxième réunion du groupe de travail : outil d'aide à la mise en œuvre du RPIB alcool, cannabis, tabac	26
7.1 Pourquoi l'alcool ?	26
7.2 Pourquoi le tabac ?	26
7.3 Pourquoi le cannabis ?.....	27
7.4 Pourquoi associer alcool, cannabis et tabac dans le repérage précoce et l'intervention brève ?.....	27

8	Messages clés : version soumise aux parties prenantes (groupe de lecture).....	28
9	Avis des parties prenantes.....	31
	Annexe 1. Méthode de travail.....	42
	Annexe 2. Recherche documentaire	43
	Annexe 3. Questionnaire FACE : formule pour apprécier la consommation d'alcool par entretien	44
	Annexe 4. Questionnaire CAST : <i>Cannabis Abuse Screening Test</i>	45
	Annexe 5. Questionnaire concernant la consommation de tabac.....	46
	Références bibliographiques.....	47
	Participants	50
	Fiche descriptive	51

Abréviations

AFPA : Association française de pédiatrie ambulatoire
Afpssu : Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire
Anpaa : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANSFL : Association nationale des sages-femmes libérales
Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
CCAA : centre de cure ambulatoire en alcoologie
CDA : consommation déclarée d'alcool
CMG : Collège de la médecine générale
CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie
DGS : Direction générale de la santé
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DPC : développement professionnel continu
FACE : formule pour apprécier la consommation par entretien
FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé
FNCS : Fédération nationale des centres de santé
HAS : Haute Autorité de santé
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Ippsa : Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie
Mildeca (MILDT) : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
OMS : Organisation mondiale de la santé
RPIB : repérage précoce et intervention brève
SFA : Société française d'alcoologie
ADF : Association dentaire française
SFP : Société française de pédiatrie
UNAF : Union nationale des associations familiales

Les principaux mouvements associatifs de patients abstinents :

- Association alcooliques anonymes France (AA)
- Association alcool assistance, la Croix d'or
- Mouvement associatif « vie libre »
- Société française la Croix bleue
- SOS alcool femmes

Introduction

Saisine

La Direction générale de la santé (DGS) a demandé à la Haute Autorité de santé (HAS) d'inscrire à son programme de travail 2014 l'élaboration de recommandations de bonne pratique concernant le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) en alcoologie, avec pour but de mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours (en particulier les médecins généralistes) des outils utilisables en pratique courante.

Suite à l'élaboration de la note de cadrage et après une première réunion du groupe de travail limitée au thème de l'alcool, il a été décidé, avec l'accord du demandeur, d'élargir le thème à la consommation de cannabis et de tabac.

Ce travail s'inscrit dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) 2013-2017 (1) qui repose sur trois grandes priorités :

- fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation ;
- prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux ;
- renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

Contexte en santé publique

Le rapport de l'*United Nations Office on Drugs and Crime* « *International Standards on drug use prevention* » (2) met l'accent sur « les interventions brèves et les entretiens motivationnels qui peuvent réduire de manière significative l'usage de drogues, de l'alcool et du tabac, à court et à long terme ». Ces interventions réussissent à réduire l'usage de substances à court terme (3 ou 6 mois), de façon moindre à moyen terme (1 an plus tard).

Une stratégie mondiale, visant à réduire l'usage nocif d'alcool, a été adoptée par l'OMS en 2010 et s'est traduite pour la région Europe par un plan d'actions régionales 2012-2020. Ce plan insiste sur le développement de programmes d'actions de prévention en santé scolaire, en santé au travail et en santé communautaire. Les stratégies énoncées sont notamment la promotion de stratégies de repérage précoce et d'interventions brèves.

Contexte d'exercice des professionnels de premier recours

Les professionnels de santé de premier recours, notamment les médecins généralistes, sont actuellement confrontés à des difficultés de faisabilité du repérage de la consommation de substances psychoactives, notamment de l'alcool, qui sont rarement le motif de consultation. Alors que la consommation de tabac figure couramment dans le dossier en raison du retentissement sur la santé, le repérage de la consommation d'alcool ou de cannabis est vécu comme un dépistage supplémentaire chronophage. L'attitude des professionnels de santé est souvent sous-tendue par leurs représentations et leur propre consommation (3, 4, 5).

Contexte socioculturel

Les êtres humains ont recours aux drogues depuis toujours (3, 4). L'alcool est la drogue la plus courante en Occident, utilisé dans les occasions festives, les célébrations et lors de rituels d'initiation.

C'est principalement à l'adolescence, période d'intégration dans des groupes et de prise de risques, que se fait l'initiation à la consommation de substances psychoactives licites comme l'alcool et le tabac, ou illicites comme le cannabis. Les conséquences sanitaires et sociales sont préoccupantes (6).

Enjeux

L'enjeu est d'obtenir un changement d'attitude des professionnels de santé en leur procurant un outil simple d'aide au repérage et à l'intervention brève pour :

- repérer les consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux ;
- intervenir auprès de ces consommateurs pour qu'ils réduisent leurs risques de dommages ;
- accompagner et soutenir leurs efforts vers un changement de comportement durable.

Quatre facteurs influent sur la réussite de cet accompagnement par les professionnels en soins de premier recours (7) :

- connaître et utiliser les techniques d'intervention brève ;
- accompagner et soutenir le consommateur dans sa décision de changement ;
- être formé dans l'accompagnement de consommateurs à risque ou à problème ;
- se faire soutenir par un addictologue dans l'accompagnement des consommateurs à problème ou dépendants.

Méthode

La méthode d'élaboration retenue est celle de la fiche mémo, présentée en annexe 1.

La recherche documentaire (annexe 2) a initialement porté sur le repérage précoce et l'intervention brève dans le cadre de la consommation d'alcool. Elle a ensuite été élargie à la consommation de substances psychoactives.

Professionnels concernés

Tous les professionnels de santé de premier recours sont concernés, médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, pharmaciens d'officine, infirmier(ère)s, dentistes, ainsi que les médecins du travail et les médecins scolaires.

Population concernée

Le repérage précoce de consommation(s) de substance(s) psychoactive(s) concerne tous les patients.

L'intervention brève concerne les consommateurs à risque de dommages ayant intérêt à diminuer leur(s) consommation(s) et le souhaitant.

Seuils, risque individuel et risque situationnel

L'OMS recommande d'évaluer le risque de dommages liés à la consommation d'alcool selon des seuils, qui en facilitent un repérage quasi systématique. Si ces seuils sont reconnus et acceptables dans le cadre de la consommation d'alcool, ils sont à relativiser en fonction du risque individuel, variable selon le sexe, la tranche d'âge et la tolérance individuelle à l'alcool.

Il est plus difficile d'envisager des seuils concernant la consommation d'autres substances psychoactives, dont certaines sont en plus rapidement addictogènes.

Ces seuils sont à remettre en question compte tenu du risque situationnel, variable dans le temps, selon les conditions de vie (précarité notamment), de travail (conduite d'engins, postes de sécurité), de stress psychosocial (échec scolaire, changement de travail, divorce, deuil), d'état (grossesse, *post-partum*, pathologies, chômage, départ en retraite, etc.).

1 Définitions et rappels

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946) : <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

Les modes de vie ont un impact global sur la santé des individus, à savoir : les soins corporels, l'activité physique, l'alimentation, le travail, la sexualité et notamment les problèmes d'addiction.

La promotion de la santé concerne les habitudes de vie, à savoir principalement la nutrition, l'activité physique, la santé bucco-dentaire, mais aussi les addictions (alcool, tabac, cannabis et autres drogues, jeu, etc.).

Le repérage est adapté aux comportements individuels et aux habitudes de vie, alors que le dépistage reprend des actions de santé publique, systématiques et organisées, concernant la population et une maladie.

Les professionnels de santé peuvent repérer parmi les habitudes individuelles de vie des conduites potentiellement à risque pour la santé et pour lesquelles un échange et une information sont justifiés.

En France, l'alcoologie est le thème de référence pour les notions de repérage précoce et d'intervention brève.

1.1 Repérage précoce

Le repérage précoce concerne la **consommation déclarée** et repose sur un questionnaire qui **évalue le risque encouru** du consommateur. L'objectif est de repérer les consommations à risque de dommages, à l'aide de seuils quand ils existent.

1.1.1 La consommation déclarée

Elle s'évalue à partir de 1 ou 2 questions, à poser si possible à l'ouverture d'un dossier médical, sinon à un moment opportun dans l'année qui suit l'ouverture du dossier.

L'évaluation du risque peut être facilitée par la notion de **seuils**. Ces seuils sont relativement standardisés en ce qui concerne la consommation d'alcool, à partir des recommandations de l'OMS, mais actuellement « adaptées » selon les continents voire les pays.

L'évaluation d'un risque de consommation est à réévaluer en fonction du **risque individuel** et d'un **risque situationnel** variables dans le temps.

L'interprétation des **scores** permet d'évaluer le risque encouru et d'adapter la prise en charge.

1.1.2 L'évaluation du risque encouru repose sur des questionnaires spécifiques par type de consommation.

Un grand nombre de questionnaires existe, ils ont été testés dans des études dont les résultats nous ont permis de retenir ceux qui sont validés en France et dont la mise en œuvre est assez facile. Cependant ils sont différents selon le type de consommation : alcool, tabac, ou cannabis.

L'OMS a conçu un questionnaire unique « ASSIST », multiproduit (9 substances psychoactives), de 8 questions, portant sur les consommations des 3 derniers mois : http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf

Un score permet d'évaluer le risque et d'adapter le mode d'intervention (aucune, intervention brève, évaluation approfondie et traitement plus intensif).

1.2 Intervention brève

Définition et durée

La notion d'intervention brève en alcoologie existe depuis 2005 : <http://www.anpaa.asso.fr/>

La durée de l'intervention brève est très variable en fonction de son contenu :

- 1 minute suffit à recueillir l'information concernant la consommation déclarée d'une substance ;
- 5 minutes permettent de délivrer une information sur les résultats du questionnaire, sur la corrélation entre consommation et conséquences, et de demander au consommateur s'il envisage de réduire sa consommation et comment.

Une durée de 15 à 20 minutes, voire plus, ne peut correspondre à une intervention brève en médecine générale au vue de la durée habituelle de 15 minutes d'une consultation. Cette durée nécessite un rendez-vous spécifique qui permettra de cerner le problème, poser des objectifs avec le patient, apporter des conseils pour réduire la consommation, proposer un suivi.

Check-list de l'intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance psychoactive (en référence à celle proposée par l'Anpaa pour la consommation d'alcool) :

- Restituer les résultats des questionnaires de consommation.
- Informer sur les risques concernant la consommation de substance.
- Évaluer les risques personnel et situationnel.
- Identifier les représentations et les attentes du patient.
- Échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- Proposer des objectifs et laisser le choix.
- Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation.
- Remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum...

Une posture partenariale faisant référence à l'alliance thérapeutique favorise la confiance et les échanges entre un consommateur et un professionnel de santé.

L'entretien de l'intervention brève s'appuie sur « l'entretien motivationnel », fondé sur une écoute réflexive et une attitude empathique qui visent à conforter le patient dans son désir de changement, à renforcer sa motivation, en lui apportant des informations et des aides tout en respectant ses choix et son ambivalence (8).

Un changement de comportement résulte d'un intérêt à modifier la consommation d'alcool en raison des risques existants (9).

Erreurs à éviter (4).

- Argumenter en faveur du changement : c'est au patient de trouver ses propres arguments, tout argument rationnel proposé par le professionnel de santé a peu de chance d'être entendu.
- Critiquer, culpabiliser ou blâmer.
- Cataloguer le patient, rester sur les actions et les décisions.
- Être pressé : ne pas se précipiter pour poser les questions.

- Affirmer sa prééminence ne servirait qu'à renforcer les résistances au changement.

Le professionnel de santé peut proposer au consommateur des échelles concernant sa motivation, sa confiance dans la réussite du projet, l'amenant à choisir le bon moment pour réduire ou arrêter sa consommation.

La diminution d'une consommation est d'autant mieux acceptée que le consommateur pourra constater un mieux-être et des effets bénéfiques sur sa santé tels qu'une amélioration du sommeil, de la mémoire et de l'attention ou une diminution de l'hypertension artérielle.

Le consommateur peut choisir un ou plusieurs objectifs adaptés à sa situation personnelle : me sentir mieux ; protéger ma santé ; avoir plus d'énergie ; ne plus me disputer avec mes proches ; faire des économies ; avoir un enfant ; faire plaisir à mes proches ; ne plus être dépendant d'un produit ; mieux dormir ; aider un proche à réduire sa consommation ; contrôler mes colères ; mieux travailler ; profiter plus longtemps de la vie ; réussir ce que j'entreprends ; ne plus me sentir coupable ; mieux assumer mes responsabilités ; refaire du sport ou une autre activité.

Analyser ses habitudes de consommation (pendant les repas, à la maison, au travail, seul ou avec les amis, etc.) et se fixer des limites précises (nombre de verres par occasion, un joint par mois) va l'aider à choisir le bon moment.

1.3 Repérage précoce et intervention brève en alcoologie (RPIB)

Un repérage précoce par un professionnel de santé ne se conçoit pas sans une intervention.

C'est dans le thème de la consommation d'alcool que le RPIB a été étudié et diffusé en France.

Plusieurs méta-analyses ont conclu que le RPIB avait un impact sur la mortalité liée à l'alcool, mais n'en avait ni sur la mortalité totale ni sur la morbidité, bien que la majorité des essais ait montré une diminution plus importante de la consommation déclarée d'alcool (CDA) dans le groupe intervention brève que dans le groupe témoin (4, 10).

1.3.1 Les 6 étapes du RPIB (7) <http://reseaux-sante-ca.org/?reseau=addica>

- Évaluation de la consommation.
- Information sur le verre d'alcool.
- Échange sur le risque alcool.
- Explications concernant les avantages d'une réduction.
- Proposition de méthodes de réduction.
- Proposition d'objectifs et laisser le choix.

1.3.2 Les différentes options du RPIB en fonction du risque (11)

En moyenne nationale, chaque MG voit environ 600 patients de plus de 16 ans par an.

Chez les 495 consommateurs à risque faible (ou abstinents) un repérage de la consommation déclarée d'alcool (CDA), accompagné d'une explication sur les seuils et d'un encouragement à poursuivre, est suffisant et prend 2 à 3 minutes, au cours d'une consultation habituelle.

Chez les 105 consultants dont la consommation est à risque ou nocive, 47 ont une consommation à risque, 30 une consommation nocive et 22 consommateurs sont dépendants. L'intervention brève durera avec son accord entre 10 et 15 minutes et comporte les 8 points de la *check-list*.

Le médecin et le consultant doivent analyser et commenter les résultats de la consommation et partager la décision autour d'objectifs atteignables (7).

Au Canada et aux États-Unis un outil analogue existe concernant l'ensemble des substances psychoactives (SBIRT : *Screening, brief intervention and referral to treatment* (12, 13).

1.4 Accompagnement d'une réduction ou d'un arrêt de consommation de substance psychoactive en premier recours

1.4.1 Modalités d'accompagnement

Le questionnement sur la consommation de substances psychoactives est le premier temps d'un suivi. Le suivi peut se résumer à une réévaluation périodique de cette consommation et un renforcement des conduites favorables à la santé, quand la consommation est nulle ou à faible risque.

Les professionnels de santé soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.).

- Un changement de type de consommation doit être repéré, afin de prévenir l'apparition de dommages physiques, psychiques ou sociaux ou une dépendance.
- Un soutien de l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux doit être apporté, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances. La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé (14).

En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposés.

1.4.2 Résultats des études RPIB

Concernant la consommation d'alcool, des réponses sont apportées par les résultats de l'évolution de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes (5) et à partir de plusieurs méta-analyses (4).

- Le RPIB a apporté des preuves d'efficacité concernant la mortalité liée à l'alcool et sur un critère intermédiaire concernant la diminution de consommation d'alcool ; pas d'efficacité cependant sur la morbi-mortalité générale.
- Les femmes sont moins réceptives au RPIB que les hommes.
- Le RPIB semble faisable en premier recours sous condition de formation préalable.
- Le questionnaire FACE a été retenu dans la phase expérimentale française.

Concernant les substances psychoactives, des études récentes randomisées aux États-Unis (15, 16) ont montré que l'intervention brève ne semblait pas efficace sur la réduction de la consommation de drogues, ni sur la sévérité de la dépendance, ni sur la fréquence des hospitalisations ou des passages aux urgences, ni sur les comportements à risque. À la lecture plus approfondie de ces études, il apparaît que les populations d'adultes retenues étaient à consommation problématique de substances psychoactives (score ASSIST supérieur à 4, dépendance, ou 1 dommage avéré) et que seulement 15 % de cette population avait un problème de consommation d'alcool.

Il semble difficile de transposer ces conclusions à la situation française où :

- les substances les plus consommées sont le tabac, l'alcool et le cannabis ;
- les modalités du repérage précoce et de l'intervention brève sont bien codifiées, notamment pour la consommation d'alcool ;
- si toute la population est concernée par la déclaration des consommations de substances psychoactives, le repérage est précoce, avant la survenue de dommages physiques, psychiques ou sociaux ;
- l'intervention brève n'est pas adaptée à la dépendance ni aux dommages avérés.

1.4.3 Préconisations du plan

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (1) préconise la promotion du RPIB auprès des professionnels de santé de premier recours.

2 Analyse de la littérature concernant le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB)

Les articles retenus concernent aussi bien les outils du repérage que les modalités d'intervention brève, ainsi que les résultats d'études concernant leur mise en œuvre en médecine générale (5, 4).

2.1 Revues de la littérature et méta-analyses récentes disponibles concernant le RPIB en alcoologie

Le repérage précoce accompagné d'interventions brèves a été défini et évalué tout d'abord en alcoologie (depuis 2002 en France).

Nous avons retenu la traduction française (et l'adaptation européenne des seuils de consommation d'alcool) des recommandations de l'OMS (7) ; les récentes recommandations de l'Inserm (17) ; les guides de l'Inpes : guide pratique patient (18) et guide pratique médecin (19).

- L'intervention brève a été démontrée comme étant une méthode efficace et transférable sur la consommation d'alcool.
- L'effet est plus important chez les hommes que chez les femmes, chez lesquelles l'efficacité à long terme pour la réduction d'alcool est non concluante.
- Son efficacité sur la morbi-mortalité générale n'est pas démontrée.

Une seule séance d'intervention brève ou d'entretien motivationnel peut avoir des effets significatifs et durables sur la consommation d'alcool.

Revues de la littérature et méta-analyses récentes

- *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations; Cochrane* EF Kaner ; 2007 (20) : hétérogénéité des études : 1 à 5 séances d'une durée de 5 à 15 min ; résultats significatifs chez l'homme uniquement : diminution de la consommation de 57 g par semaine en moyenne (25-89) consommation moyenne initiale 306 g/sem (30 verres), à 1 an 250 g/sem (25 verres). Soit une consommation initiale à risque ou nocive qui diminue mais reste cependant à risque à 1 an (> 21 verres).
- *Can simply answering research questions change behaviour? Systematic review and meta-analyses of brief alcohol intervention trials; J McCambridge, 2011 (21)* : rôle d'une intervention brève en alcoologie : résultats d'un questionnaire de consommation, information et entretien. Questionnaires différents : quantité par jour, par semaine, AUDIT, MAST, TLFB ; effets à 1 mois, 5, 12 mois. Dix essais. Une baisse de consommation non significative en moyenne de 1,3 verre standard/semaine chez les consommateurs à risque (> 210 g alcool/sem), et d'1 point au questionnaire AUDIT.
- *Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force; Daniel E Jonas ; 2012 (22)*. Chez les adolescents et les adultes une intervention, plus ou moins brève et plus ou moins répétée, de 10 à 15 minutes réduit en moyenne la consommation à 6 mois de 3,6 verres standard par semaine (2,4-4,8), consommation moyenne initiale de 32 verres standard par semaine (v s/sem) et une diminution des alcoolisations massives. À 12 mois, 11 % d'adultes de plus sont passés en dessous du seuil de consommation à risque. Diminution moins nette chez les adolescents, les jeunes adultes et les personnes de plus de 65 ans (1,7 v s/sem). Pas d'efficacité chez les femmes enceintes. Pas de réduction de la morbi-mortalité. Une possible réduction du nombre d'hospitalisations. Aucune différence entre les interventions très variables (uniques/répétées, plus ou moins brèves).

- *The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews.* A O'Donnell; 2014 : UK (23). À partir de 24 revues systématiques de la littérature. Alors que l'intérêt des interventions brèves, pour réduire la consommation d'alcool en premier recours, semble acquis, la résistance au changement des professionnels de santé est importante, liée au manque de temps, de formation et de financement. Le challenge actuel est de favoriser l'adoption de l'intervention brève!
- Revue *Prescrire* : juin 2014 (24) : la réduction de l'alcoolisation excessive par les interventions brèves est modeste. Les méta-analyses ont les limites des essais qu'elles rassemblent : pas de distinction des types de consommations et des patients différents, cependant une intervention comportementale telle qu'une intervention brève éventuellement répétée semble un déclencheur de réduction de consommation chez certains patients.

2.2 Revues de la littérature et méta-analyses récentes disponibles concernant le RPIB dans le cadre de la consommation de substances psychoactives

- *Effectiveness of brief interventions as part of the screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) model for reducing the non-medical use of psychoactive substances: a systematic review.* 2014. M Young. (25)
- Cible essentiellement l'utilisation non médicale de substances psychoactives : cannabis, ecstasy, cocaïne, benzodiazépines, opioïdes (consommations illégales, donc sans alcool, nicotine et caféine). Les consommations avec dommages sont concernées, chez les adultes et les adolescents. Critères d'évaluation : fréquence, quantité, consommation d'autres substances, dommages, changements positifs pour la santé.
- Sur 9 631 documents analysés, 5 études ont été retenues. Deux études concernent l'intervention brève (IB) *versus* sans IB, et 3 études avec IB *versus* information écrite. Les IB sont hétérogènes, mais limitées en durée (5 à 30 min), personnalisées (face à face), pour donner une information et accroître la motivation de réduction de consommation.
- Conclusion : pas de différence significative entre intervention et remise de document concernant la réduction de la consommation de substances psychoactives ; mais le risque de biais est important, d'autres études sont nécessaires.

Des essais récents, français et anglais, n'ont pu mettre en évidence une différence significative de réduction de la consommation d'alcool ou de tranquillisants en France, de drogues psychoactives aux États-Unis entre intervention brève et remise de document d'information.

- Consommation nocive d'alcool et usage de tranquillisants : dépistage et intervention brève en médecine générale ; N Rizzioli, 2014 (26).
Conclusion : la réalisation du RPIB est difficile à mettre en œuvre en médecine générale, mais il est pertinent d'explorer systématiquement la consommation d'alcool chez les hommes prenant des tranquillisants.
Le questionnaire FACE a une excellente sensibilité, mais une mauvaise spécificité, car 22 % des 392 questionnaires FACE ont un score > 5 ; alors que par le questionnaire AUDIT en 2000 auprès d'une population analogue on ne décelait que 18 % de consommateurs à risque (27).
- *Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPStrial) : pragmatic cluster randomized controlled trial.* E Kaner, 2013 (28). En Angleterre, 3 562 patients ; 3 interventions différentes : remise d'une brochure au patient dans le groupe contrôle, 5 min d'intervention brève, 20 min d'éducation en santé. Questionnaire AUDIT à 6 et 12 mois. Tous les patients ont reçu les résultats de leur questionnaire, aucune différence significative entre les 3 groupes pour les consommations à risque ou nocives.

- *Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial* (16). À Boston le Dr Saitz et ses collègues ont élaboré un essai randomisé auprès de 528 adultes, présentant une consommation problématique de drogues illicites les 3 derniers mois (résultat > 4 au test ASSIST ou un score moins élevé avec une conséquence sur la santé (*alcohol, smoking and substances involvement screening test*)).

Cette étude, menée sur 6 mois, avait pour objectif de comparer l'efficacité de 2 types d'intervention brève, l'interview brève négociée (BNI) et une adaptation de l'entretien motivationnel (Motiv), en les comparant à un groupe témoin sans intervention brève.

Les patients des 3 groupes ont tous reçu des informations sur les groupes (*alcoholics ou narcotics anonymous*), les sites appropriés, une ligne téléphonique dédiée, et une équipe d'urgence. Le groupe BNI comporte un unique entretien bref de 10 à 15 min, mené par un éducateur en santé, avec des questions « pour ou contre » cette consommation, et un plan de changement de comportement. Le groupe Motiv comporte 2 entretiens : un premier entretien de type motivationnel adapté de 30 à 45 min par un conseiller en santé (master), et un deuxième de 20 à 30 min.

Les principales substances consommées sont la marijuana 63 %, la cocaïne 26 %, les opioïdes 24 %, l'alcool 15 % ; 32 % des consommateurs consomment plus d'une drogue.

45 % ont eu recours au service de l'addiction et 54 % ont suivi une session motivationnelle.

Les résultats ne montrent aucune différence à 6 semaines ni à 6 mois entre les 3 groupes concernant leur consommation (ni en déclaratif ni en résultat de test dans les cheveux) ou leur comportement (rapports sexuels protégés, hospitalisation ou passage aux urgences).

Dans la discussion proposée il apparaît que les consommateurs d'alcool ou de cannabis qui ne connaissent pas le risque alcool ou le risque cannabis sont davantage motivés pour changer de comportement et ce quand le risque est léger.

Plus de 50 % des consommateurs de cannabis rapportent des conséquences, une intervention contextualisée sur ces effets secondaires aurait plus de chance de réussir ; chez les autres, déjà conscients des risques encourus, il apparaît que ce n'est pas une intervention brève qui va les inciter à changer.

Les interventions motivationnelles sont plus efficaces chez les patients qui recherchent de l'aide.

3 Typologie des consommations d'alcool

Le repérage précoce en alcoologie consiste en la définition du type de consommation d'alcool d'un patient (en termes de quantité et de fréquence), avant l'apparition de troubles liés à l'alcool. Il est à réaliser au plus tôt, si possible à l'ouverture d'un dossier médical, sinon à un moment opportun mais au plus tard au cours de l'année qui suit l'ouverture du dossier.

3.1 Repérage précoce : questionnaire FACE (annexe 3)

Plusieurs questionnaires sont disponibles, validés à l'étranger, ils ont des objectifs différents et un nombre de questions allant de 2 à 10 pour les plus utilisés (AUDIT C, AUDIT, CAGE, MAST).

En France, le **questionnaire FACE** a été retenu dans le cadre du RPIB en alcoologie, les 2 premières questions portent sur la fréquence de la consommation et les quantités d'alcool consommé.

3.1.1 Consommation déclarée d'alcool

Quantité/fréquence, en 2 questions

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais (= 0) ; 1 fois par mois (= 1) ; 2 à 4 fois/ mois (= 2) ; 2 à 4 fois/semaine (= 3) ;
au moins 4 fois/semaine (= 4).
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
0, 1 ou 2 (= 0) ; 3 ou 4 (= 1) ; 5 ou 6 (= 2) ; 7 ou 8 (= 3) ; 10 ou plus (= 4).

Interprétation du score (voir « Actualisation », fiche descriptive page 51).

Les 2 réponses associées permettent simplement d'estimer la consommation déclarée et de la situer en dessous ou au-dessus du seuil estimé à faible risque :

- 14 verres standard par semaine chez la femme ;
- 21 verres standard par semaine chez l'homme ;
- 4 verres standard par occasion.

Principes de l'intervention brève, *check-list* en 8 points (Anpaa) concernant la consommation d'alcool :

1. restituer les résultats du questionnaire de consommation ;
2. expliquer le risque alcool, et restituer le résultat du risque personnel ;
3. expliquer le verre standard ;
4. discuter l'intérêt personnel de la réduction ;
5. expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation ;
6. proposer des objectifs et laisser le choix ;
7. donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation ;
8. remettre une brochure.

Son **efficacité** porte sur 2 critères, à savoir la réduction de la consommation d'alcool (critère intermédiaire) et la mortalité liée à l'alcool.

3.1.2 Unité d'alcool standard et boissons alcoolisées couramment consommées

La consommation d'alcool est exprimée en grammes d'alcool pur ou en nombre de verres standard ou encore d'unités standard d'alcool.

Les verres standard retenus par l'OMS et les pays anglo-saxons correspondent à environ 13 g d'alcool, soit 14 cl de vin à 12°, ou 33 cl de bière.

En France, un **verre standard** (servi dans les bars) correspond à **10 g d'alcool pur**, soit :

- 10 cl de vin (ou de champagne) à 12° ;
- 7 cl d'apéritif (vin cuit) à 18° ;
- 25 cl de bière ou de cidre ou de soda alcoolisé (alcopops ou prémix) à 5° ;
- 3 cl de boisson alcoolisée à 40° (whisky ou digestif) ; 2,5 cl de boisson plus fortement alcoolisée à 45° (pastis ou autre alcool fort).

Pour évaluer la consommation courante à domicile ou entre amis il faut aussi aborder le conditionnement le plus fréquent par type de boisson. [Contenance en ml x pourcentage alcool x 0,8 (densité) = quantité d'alcool en g à diviser par 10 pour obtenir le nombre de verres ou d'unités].

- Une bouteille de 75 cl de vin à 12° ou de champagne = 7 verres ou unités d'alcool.
- Une bouteille ou canette de 25 cl de bière à 5° = 1 verre (mais 33 cl = 1,5 v).
- Une bouteille de 75 cl de porto à 20° = 12 verres.
- Une bouteille de 70 cl de whisky, pastis, digestifs à 45° = 22 verres.

Il faut aussi tenir compte du titrage en alcool parfois très variable selon la provenance :

- le vin de plus en plus titré à 13°5 voire 14°5 ;
- la bière habituellement à 5°, des bières fortes de 8 à 10 voire 12° ;
- le cidre du commerce à moins de 5°, le cidre artisanal jusqu'à 8° ;
- le rhum standard entre 40° et 55°, le rhum agricole jusqu'à 70°.

Il faut aussi réévaluer à la hausse les quantités servies à domicile ou entre amis, bien au-dessus de celles des verres standard, proches des unités standard OMS (vin 13,5 à 15 cl, bière 33 cl, alcool fort 5 cl). <http://www.inpes.sante.fr/>

Les nouvelles boissons ciblées jeunes

Les prémix (mélangé à l'avance) ou alcopops (mélange d'alcool et soda) sont des mélanges d'alcool fort et de soda prêts à la consommation qui ont attiré les adolescents dans les années 1990. La taxe « prémix » (11 € par décilitre d'alcool pur) a joué son rôle dissuasif auprès des jeunes consommateurs qui étaient ciblés. Mais les jeunes font souvent eux-mêmes ces mélanges lors de soirées arrosées (dites « soirée-cartables » entre autres).

3.1.3 Consommation d'alcool définie en fonction du retentissement de la consommation sur la santé du consommateur

La **consommation est dite « à risque »** quand l'habitude de consommer de l'alcool risque de retentir sur la santé, physique et/ou psychique, et/ou d'avoir des répercussions dans le domaine social ou relationnel, on parle alors de **dommages** physiques, psychiques ou sociaux.

La **consommation est dite « nocive »** quand elle s'accompagne de dommages physiques, psychiques ou sociaux (29, 30).

L'abstinence complète de consommation d'alcool se caractérise par une consommation nulle, elle concerne 30 % de la population française dont 15 % d'adultes.

Consommation d'alcool à faible risque (voir « Actualisation », fiche descriptive page 51) :

- pour les femmes : en dessous de 20 g par jour (OMS 20 à 30 g/j) ; soit 140 g par semaine ;
- pour les hommes : en dessous de 30 g par jour (OMS 40 g/j) ; soit 210 g par semaine.

Consommation d'alcool à risque (voir « Actualisation », fiche descriptive page 51) :

- pour les femmes : à partir de 20 g et jusqu'à 40 g par jour (même seuil que l'OMS) ; soit entre 140 et 280 g par semaine ;
- pour les hommes : à partir de 30 g et jusqu'à 60 g par jour (OMS : entre 40 et 60 g/j) ; soit entre 210 et 420 g par semaine.

Consommation d'alcool nocive ou à problème :

- pour les femmes : au-dessus de 40 g par jour (même seuil que l'OMS) ; soit au-dessus de 280 g par semaine ;
- pour les hommes : au-dessus de 60 g par jour (même seuil que l'OMS) ; soit au-dessus de 420 g par semaine.

La consommation épisodique massive (*binge drinking* ou encore alcoolisation aiguë, recherche d'ivresse, défonce, « cuite ») est définie comme une consommation de plus de 60 g (soit 6 unités standard) d'alcool en moins de 2 heures.

→ **La dépendance à l'alcool** est définie par la perte de contrôle de sa consommation d'alcool quand 2 des 6 points proposés sont présents (CIM-10 <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/V>) :

- tolérance accrue ;
- syndrome de sevrage en cas de diminution ou arrêt de consommation ;
- persistance de la consommation malgré les conséquences et les conseils ;
- obsession vis-à-vis de l'alcool ;
- consommation incontrôlable ;
- désir puissant ou compulsif de consommer de l'alcool.

Seuils à ne pas dépasser pour éviter de passer dans la consommation à risque (voir « Actualisation », fiche descriptive page 51) : <http://www.inpes.sante.fr/>

- 2 verres standard/jour pour les femmes (14 verres standard/semaine) ;
- 3 verres standard/jour pour les hommes (21 verres standard/semaine) ;
- par occasion : 4 verres standard.

3.2 Effets de l'alcool sur la santé

La consommation d'alcool entraîne de nombreuses complications hépatiques, cardiovasculaires et neuropsychiatriques, ainsi que des cancers.

L'alcool est en France responsable d'une **mortalité prématurée** élevée, de l'ordre de 49 000 décès par an.

Le foie et le cerveau sont les deux organes particulièrement touchés par une consommation excessive et chronique d'alcool.

L'addiction à l'alcool est une maladie chronique et hautement récidivante en dépit des traitements, notamment en cas d'association avec des symptômes d'anxiété ou de dépression.

3.2.1 L'alcoolémie, rappels physiologiques (31)

Chaque verre d'alcool standard fait monter l'alcoolémie de 0,20 à 0,25 g/l de sang ou 0,10 à 0,12 mg/l d'air expiré.

L'alcoolémie est variable selon le sexe, la corpulence, la consommation à jeun ou au cours d'un repas.

Le pic d'alcoolémie se situe, à jeun, 45 min après ingestion ; pendant un repas, 1 h 15 après ingestion.

L'élimination est lente, de 0,15 g d'alcool par heure à partir du pic ; plus lente de 30 min par unité chez la femme que chez l'homme ; ralentie de 15 min environ par un repas.

Exemples (31)

- Chez une femme de 60 kg, l'ingestion d'un verre standard et demi (15 g d'alcool) déclenche un pic d'alcoolémie à 0,30 g/l à jeun 45 min après ingestion, pic à 0,19 g/l avec un repas 1 h 15 après ingestion. L'élimination est de 2 h 45 à jeun, 2 h 30 avec un repas.
- Chez un homme de 75 kg, l'ingestion de 2 verres standard (soit 20 g d'alcool) déclenche un pic d'alcoolémie de 0,40 g/l, temps d'élimination 3 h 15 à jeun ; pic à 0,27 g/l avec repas, temps d'élimination 3 h.

3.2.2 Tolérance individuelle, conséquences variables

- La tolérance individuelle varie d'un individu à l'autre en fonction du poids, de l'âge, du sexe et de la fréquence de consommation. Poids faible, personne jeune ou âgée, consommation rare sont autant de facteurs qui diminuent la tolérance à l'alcool.
- Les doses tolérées, inférieures chez les femmes en comparaison aux hommes, sont liées à leur poids plus faible, à la quantité d'eau corporelle moindre et à une moindre quantité d'enzymes qui métabolisent l'alcool.
- Plus la consommation d'alcool débute jeune, plus le risque est grand d'effets nocifs et de dépendance.
- La quantité, la fréquence, la rapidité de consommation, le fait d'être à jeun, l'éventuelle association à d'autres psychotropes en majorent les effets.
- Les bienfaits de l'alcool sont limités à une faible consommation (à moins d'un verre par jour) et à la prévention de l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVC) et l'infarctus du myocarde (IDM) (7). La réduction du risque n'est pertinente que pour les adultes d'âge moyen ou avancé, qui sont à haut risque de cardiopathies.
- Chaque verre supplémentaire en une même occasion augmente les méfaits à court terme (blessures, intoxication alcoolique et maladies).
- Les méfaits à long terme commencent dès la première unité consommée quotidiennement, en particulier en cancérologie.
- Idées reçues : boire de l'eau ou du café, faire du sport, mélanger l'alcool à du jus de fruits ou du soda, ne diminue pas l'alcoolémie.

3.2.3 Effets somatiques

À court terme :

- Effet désinhibiteur qui peut amener à oublier sa contraception ou l'usage du préservatif (grossesse, MST).
- Effet neurotoxique de la consommation massive, surtout sur le cerveau de l'adolescent.
- Ivresse : nausées, vomissements, troubles de l'équilibre et de la mémoire, perte du contrôle de soi.
- Comas éthylique parfois mortel, risque majoré par une consommation massive expresse (*binge drinking*).
- Dépendance à l'alcool et syndrome de manque.
- Alcoolisation fœtale chez la femme enceinte qui consomme de l'alcool.

À plus long terme :

- Maladies cardio-vasculaires : HTA.
- Maladies du foie et pancréas.
- Diabète.
- Cancers.
- Impuissance, frigidité.
- Fœto.

3.2.4 Effets psychologiques

- Dépendance à l'alcool.
- Dépression, crise suicidaire.
- Agressivité, violences.

3.2.5 Effets comportementaux

L'alcool est à la fois calmant et excitant. À petite dose l'alcool désinhibe, procure des sensations recherchées d'évasion, d'apaisement, de détente. À partir d'une certaine dose, variable selon les individus, l'humeur peut s'inverser vers l'agressivité jusqu'à la violence et au passage à l'acte lors de violences physiques voire sexuelles (risque de viol), ou au contraire vers un état apathique ou une somnolence.

3.2.6 Effets sociaux

- Accidents de la route. L'alcool est la principale cause des accidents mortels touchant les jeunes de 18 à 24 ans. Le fait d'être sous l'emprise de l'alcool lors d'un accident ou d'un délit est un facteur aggravant.
- Accidents professionnels, en cause dans 10 à 20 % des cas.
- Perte de son travail.

Conseils (voir « Actualisation », fiche descriptive page 51)

- Retarder l'âge de la première expérience de consommation d'alcool.
- Arrêter 1 ou 2 jours par semaine (abstinence hebdomadaire).
- Limiter l'occasion de boire davantage à 1 fois/semaine et à 4 verres par occasion exceptionnelle.
- Limiter sa consommation. Adulte F : 2 verres/jour, adulte H : 3 verres/jour.
- 18-24 ans et à plus de 65 ans : éviter de boire 2 jours par semaine, soit un total maximum pour les femmes de 10 verres par semaine et pour les hommes un total maximum de 15 verres par semaine.
- Grossesse, allaitement : zéro alcool.
- Conduite d'engin ou de voiture : idéalement zéro alcool.

4 Typologie des consommations de cannabis

4.1 Repérage précoce : questionnaire CAST (annexe 4)

Objectif : repérer un usage nocif, en évaluant les facteurs de gravité d'une consommation de cannabis.

- Facteurs liés aux modalités de consommation comme la recherche de « défonce », ou une finalité autothérapeutique, antalgique, anxiolytique ou hypnotique.
- Facteurs de vulnérabilité individuelle en cas de troubles psychiques associés.
- Facteurs liés à une situation particulière comme la grossesse, la conduite automobile.

4.2 Effets du cannabis sur la santé

L'information sur les risques sera d'autant mieux perçue qu'elle sera contextualisée en relation avec les effets ressentis et que le consommateur n'est pas déjà averti de ces risques :

- problèmes de concentration, de mémoire, de vigilance ;
- conséquences respiratoires, cardiaques ;
- problèmes psychologiques.

4.2.1 Effets immédiats <http://www.droques.gouv.fr/>

Les effets de la consommation de cannabis sont variables : légère euphorie accompagnée d'un sentiment d'apaisement, légère somnolence. Mais elle peut entraîner aussi parfois un malaise, une intoxication aiguë (*bad trip*) qui peut se traduire par des tremblements, des vomissements, une impression de confusion, d'étouffement, une angoisse très forte.

Le cannabis diminue les capacités de mémoire immédiate et de concentration chez les consommateurs, tant qu'ils sont sous l'effet du cannabis. La perception visuelle, la vigilance et les réflexes sont également modifiés. Ces effets peuvent être dangereux en cas de conduite de véhicules ou d'utilisation de machines (machines-outils par exemple).

Selon la personne, la quantité consommée et la composition du produit, le cannabis peut avoir :

- des effets physiques comme : un gonflement des vaisseaux sanguins (yeux rouges) ; une augmentation de l'appétit (fringales) ; une augmentation du rythme du pouls (palpitations) ; une diminution de la sécrétion salivaire (bouche sèche) ; parfois une sensation de nausée ;
- une crise de paranoïa.

Certains effets révèlent un usage problématique, donc nocif :

- difficultés de concentration, difficultés scolaires ;
- préoccupations centrées sur l'obtention et la consommation du produit, isolement social et perte de motivation.

4.2.2 Effets d'une consommation régulière

- Risques pour l'usager et son entourage, liés aux contacts avec des circuits illicites pour se procurer le produit.
- Chez certaines personnes vulnérables, le cannabis peut engendrer ou aggraver un certain nombre de troubles psychiques comme l'anxiété, la panique, et favoriser la dépression. Il peut aussi provoquer l'apparition d'une psychose *cannabique* : il s'agit d'une bouffée délirante qui nécessite une hospitalisation dans un service spécialisé. Le cannabis

est également susceptible, chez les sujets prédisposés, de révéler ou d'aggraver les manifestations d'une maladie mentale grave, comme la schizophrénie.

- Il existe également un réel risque respiratoire. La fumée du cannabis contient des substances cancérigènes comme celle du tabac : elle est donc toxique pour le système respiratoire. L'association du tabac et du cannabis entraîne des cancers du poumon plus précoces que le tabac seul. Les risques respiratoires sont amplifiés dans certaines conditions d'inhalation (pipes à eau, « douilles »).
- Une dépendance psychique est parfois constatée lors d'une consommation régulière et fréquente : les préoccupations sont alors centrées sur la recherche, l'achat et la planification des consommations.

4.3 Intervention brève

Restituer le résultat du questionnaire

Le groupe de travail, devant l'absence de seuils quantitatifs à risque définis, a proposé de retenir la fréquence d'un joint/semaine comme étant significative et nécessitant une intervention brève.

Proposer un échange à partir des effets ressentis

- Que ressentez-vous quand vous consommez du cannabis ?
- Ressentez-vous des effets désagréables ?

Quels bénéfices pourriez-vous avoir à diminuer ou arrêter votre consommation ?

À partir des effets désagréables ressentis.

Repères pour la réduction

Aider en proposant quelques conseils :

- fumer moins en fréquence, en quantité ;
- réduire les occasions ;
- trouver d'autres moyens d'aller bien...

Proposer un suivi, des recours, des sites.

5 Typologie des consommations de tabac

5.1 Repérage précoce : questionnaire consommation de tabac (annexe 5)

Le tabac demeure un fléau inégalé de santé publique qui tue un fumeur régulier sur deux et fait perdre 20 à 25 ans d'espérance de vie.

C'est la première cause de mortalité évitable en France.

5.2 Effets du tabac sur la santé

La consommation de tabac est responsable de 81 % des décès par cancer broncho-pulmonaire en France.

5.2.1 Morbi-mortalité

La consommation de tabac est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers et de 81 % des décès par cancer broncho-pulmonaire en France.

La consommation de tabac favorise de manière significative de nombreux autres cancers : cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus et leucémie myéloïde.

Environ 85 % des BPCO surviennent chez des fumeurs ou des anciens fumeurs.

La consommation de tabac est un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire. Responsable d'un décès cardio-vasculaire sur 10 dans le monde, il représente la plus importante cause de mortalité cardio-vasculaire évitable. Présent dans plus de 80 % des cas d'infarctus du myocarde avant 45 ans, c'est le facteur essentiel et souvent isolé des accidents coronariens aigus des sujets jeunes. La consommation de tabac est le premier facteur de risque cardio-vasculaire de la femme non ménopausée. L'utilisation simultanée d'une contraception œstroprogestative augmente notablement ce risque.

La consommation de tabac joue aussi un rôle majeur dans la survenue et l'évolution de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs : 90 % des patients ayant cette localisation d'athérosclérose sont fumeurs.

Le risque de développer un anévrisme de l'aorte abdominale est significativement augmenté chez les fumeurs. La thromboangéite oblitérante ou maladie de Buerger, qui concerne essentiellement des hommes jeunes, survient uniquement chez des fumeurs.

Enfin, il existe une corrélation entre consommation de tabac et risque d'accident vasculaire cérébral aussi bien chez l'homme que chez la femme. La récente étude *Interstroke* (32) évalue la part attribuable à la consommation de tabac dans la survenue d'un accident vasculaire cérébral à 19 %.

5.2.2 Information contextualisée, risque individuel et situationnel

- La consommation de tabac représente la première cause de mortalité cardio-vasculaire évitable.
- La consommation de tabac est le premier facteur de risque cardio-vasculaire de la femme non ménopausée.
- La consommation de tabac réduit la fertilité de l'homme et de la femme et diminue les chances de succès en cas d'assistance médicale à la procréation du couple.

- La consommation de tabac allonge le délai de conception, potentialise l'effet négatif de l'âge, augmente le risque de fausses couches, de grossesses extra-utérines et de morbidité et mortalité périnatales.
- La consommation de tabac en début d'adolescence est prédictive de dépendance au tabac à l'âge adulte et du développement d'autres dépendances (alcool, cannabis, etc.).

5.3 Conseil d'arrêt

L'arrêt du tabac est recommandé systématiquement, à la différence des consommations d'alcool ou de cannabis, en raison de l'absence de seuil repérable et d'une dépendance régulière.

Le conseil d'arrêt* consiste pour un professionnel de santé à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer. Le conseil d'arrêt s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer.

*Le conseil d'arrêt ne doit pas être confondu avec ce que Slama *et al.* avaient défini en 1995 par « conseil minimal », qui consistait à poser deux questions : « Fumez-vous ? » et « Souhaitez-vous arrêter ? » et à remettre une brochure sur l'arrêt du tabac aux seuls fumeurs souhaitant arrêter (33). Dans cette étude, l'intervention ne prévoyait aucun conseil d'arrêt pour les fumeurs qui ne déclaraient pas souhaiter arrêter de fumer. Cette méthode n'avait pas montré d'efficacité sur l'abstinence à 12 mois (cf. argumentaire scientifique). Dans une perspective de santé publique, l'Afssaps en 2003 (Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique) (34), l'Anaes en 1998 (Arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus Paris 8-9 octobre) (35) et à nouveau en 2004 (Aide au sevrage tabagique. Référentiels d'évaluation) (36) recommandaient déjà que le conseil d'arrêt soit systématique (ces recommandations avaient utilisé à tort le terme « conseil minimal » bien qu'il s'agisse d'un conseil d'arrêt).

5.4 Accompagnement, suivi

Interlocuteur privilégié des patients, le médecin généraliste est le professionnel clé pour concrétiser leur souhait d'arrêter de fumer, accompagner et soutenir les fumeurs et empêcher les rechutes. Ce suivi doit faire l'objet de consultations dédiées permettant de délivrer un soutien psychologique, des conseils personnalisés et un suivi médical, conditions d'une plus grande réussite.

Une fois l'arrêt instauré, la prise en charge vise à prévenir les rechutes qui sont fréquentes car la dépendance persiste après l'arrêt. Elles peuvent être dues à une dose insuffisante de substituts nicotiques, des troubles anxio-dépressifs, une prise de poids, etc. Des stratégies sont élaborées pour prévenir les risques. Chaque situation incitant le patient à fumer est analysée, le « faux pas » dédramatisé et le patient déculpabilisé et averti que les rechutes font partie du processus d'arrêt.

Un suivi hebdomadaire est recommandé dans un premier temps, puis suivi mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants (B).

6 Synthèse de la première réunion du groupe de travail concernant le RPIB dans la consommation d'alcool

Le groupe de travail pluriprofessionnel est composé de 10 médecins - dont 4 experts addictologues, 1 pédiatre, 1 dentiste, 1 médecin du travail et 1 médecin de la santé scolaire - 3 infirmier(ère)s, 1 sage-femme, 1 pharmacien, 1 représentant de patients, la plupart (13/16) diplômés en addictologie.

Leurs attentes concernaient surtout les adultes, et l'application de la méthode RPIB.

Beaucoup d'entre eux ont exprimé le souhait de travailler sur la multiconsumation plutôt que sur l'alcool, notamment chez les adolescents.

6.1 Support retenu : fiche mémo

- Faire court, simple, générique et utilisable dans la pratique courante.
- Faire des liens vers les sites qui proposent de nombreux outils et proposer des adresses locales.

6.2 Objectif : promouvoir la méthode de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB)

- La méthode RPIB est utilisée en pratique courante par les professionnels de santé qui ont été formés à sa mise en œuvre. L'efficacité portant sur la diminution de la consommation est maintenant prouvée (5).
- Limites : un prérequis de formation avant la mise en œuvre du RPIB. Cette formation au RPIB tend à se généraliser en formation continue mais n'est pas toujours présente en formation initiale, rien la concernant dans l'examen classant validant. La réticence des professionnels de santé à suivre cette formation se traduit dans les chiffres : 5 % des MG français formés en 10 ans et notamment quand les ARS soutiennent ce projet.
- De nombreux documents concernant le RPIB sont à disposition des professionnels (Anpaa, Inpes, OFDT, médecine du travail, etc.), mais aussi des patients (Inpes, notamment).
- Le groupe de travail n'a pas souhaité proposer d'autres outils tant que le RPIB n'est pas encore assez mis en œuvre alors qu'il est la référence actuelle en France en alcoologie pour repérer les consommations à risques ou à dommages physiques, psychiques ou sociaux.
- Une reprise du contenu de la saisine et les conclusions de cette première réunion ont été soumises aux demandeurs qui ont soutenu la proposition de passer aux 3 consommations les plus courantes en France.
- Ce nouveau projet a nécessité une recherche documentaire ciblée sur l'intérêt du RPIB dans la consommation de substances psychoactives et une deuxième réunion du groupe de travail.

7 Propositions soumises lors de la deuxième réunion du groupe de travail : outil d'aide à la mise en œuvre du RPIB alcool, cannabis, tabac

Sources

- *Guideline for alcohol and substance use screening brief intervention, referral to treatment (SBIRT)*; 2011 (12)
- Repérage précoce du risque alcool, cannabis et interventions brèves, A Hersztkowics ; 2012 Bichat (38)
- RBP HAS 2013 : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours (37)
- Le rapport de l'*United Nations Office on Drugs and Crime* (2)

L'intitulé de la saisine de la DGOS stipule bien que le travail doit porter sur le repérage précoce et l'intervention brève en alcoologie. La référence au rapport de l'ONDUC porte sur l'intérêt du RPIB dans l'usage de drogues, alcool et tabac notamment.

La multiplicité des supports concernant la consommation d'alcool, la réticence du groupe de travail d'introduire des notions de prévention primaire (dans le cadre du faible risque) ou de traiter la consommation d'alcool de l'adolescent, ont fait émerger l'intérêt de conserver la méthode RPIB en l'élargissant aux substances psychoactives les plus consommées en France : l'alcool, le tabac et le cannabis.

7.1 Pourquoi l'alcool ?

Même si la consommation d'alcool a été divisée par 2 depuis les années 1970 (48 g d'alcool pur par jour) (39), la consommation française reste élevée (26 g/j) et pose problème pour la santé des individus et pour la société en termes de troubles du comportement et de coût. Cette consommation est supérieure de 30 % à la moyenne européenne (7).

Le RPIB a fait l'objet d'un nombre important d'études et a fait la preuve de son efficacité dans la réduction de la consommation d'alcool à 6 mois, moindrement à 12 mois. Le maintien de cette réduction de consommation nécessite de soutenir la motivation des consommateurs par des contacts réguliers et de réitérer les messages auprès des professionnels de santé.

7.2 Pourquoi le tabac ?

Première cause de mortalité évitable en France où le tabac tue un fumeur régulier sur deux et fait perdre 20 à 25 ans d'espérance de vie (37).

La quasi-totalité (97 %) des fumeurs qui essaient d'arrêter sans aide d'un professionnel de santé échouent.

Deux des 4 étapes clés vers le sevrage correspondent au RPIB : dépister la consommation de tabac, évaluer la dépendance et la motivation à l'arrêt. Elles sont complétées par les 2 étapes suivantes : accompagner l'arrêt de manière efficace et proposer le meilleur suivi pour prévenir les rechutes.

À la différence de l'alcool, un conseil sur la réduction de la consommation ne suffit pas, seul l'arrêt complet du tabac réduit les risques de morbi-mortalité.

7.3 Pourquoi le cannabis ?

C'est la substance illicite la plus consommée en France (2).

Le cannabis, dont on estime que 3,8 millions de personnes en ont consommé au cours de l'année écoulée et que 1,2 million d'entre elles en consomment plus de dix fois par mois (usagers réguliers), demeure la première substance illicite consommée en France métropolitaine, tant en population adulte qu'adolescente.

Les niveaux de consommation observés en France sont parmi les plus élevés d'Europe. Les effets de l'usage fréquent ou régulier de cannabis, troubles du comportement et répercussions sur la santé, sont aujourd'hui bien documentés, alors que les consommateurs ne connaissent pas vraiment les risques encourus.

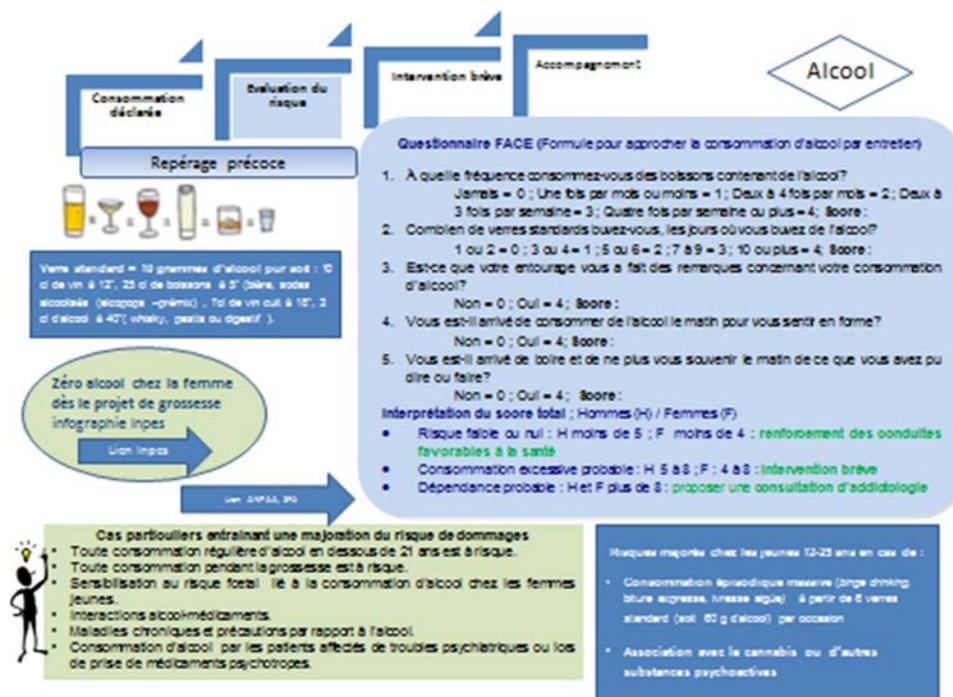
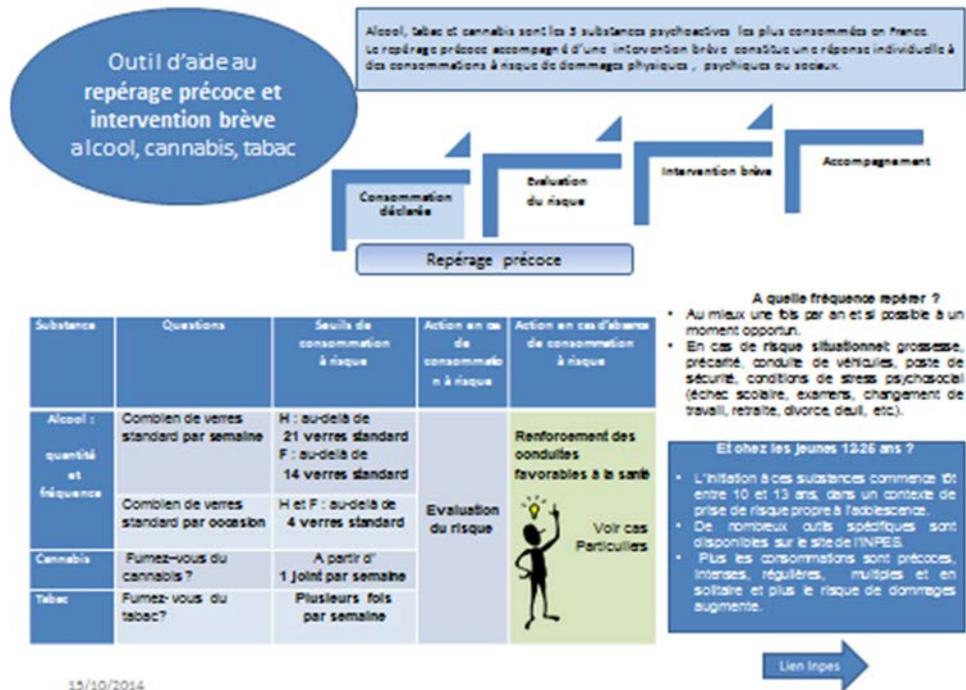
7.4 Pourquoi associer alcool, cannabis et tabac dans le repérage précoce et l'intervention brève ?

En France, les consommations de substances psychoactives, en particulier alcool, tabac et cannabis, sont élevées, en dépit des campagnes « grand public ». Les effets de la consommation fréquente ou régulière de ces substances sont aujourd'hui bien documentés et font partie des priorités sanitaires françaises. L'initiation à ces substances commence tôt, entre 10 et 13 ans, dans un contexte de prise de risque propre à l'adolescence.

Parce que le repérage précoce, accompagné d'une intervention brève, représente une réponse individuelle adaptée auprès des consommateurs à risque.

Le rapport de l'*United Nations Office on Drugs and Crime* (2) « *International Standards on drug use prevention* » promeut « **les interventions brèves et les entretiens motivationnels qui peuvent réduire de manière significative l'usage de drogues, de l'alcool et du tabac, à court et à long terme** ». Le niveau de preuve est élevé et montre que ces interventions réussissent à réduire l'usage de substances à court terme (immédiatement à la suite des interventions, avec une différence moyenne standardisée 0,79), mais également 1 an plus tard.

8 Messages clés : version soumise aux parties prenantes (groupe de lecture)





Accompagnement des consommateurs ayant réduit ou arrêté leur consommation de substance psychoactive

- Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.
- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
 - Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
 - En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposés.

15/10/2014

9 Avis des parties prenantes

Les avis des parties prenantes ont été pris en compte dans le document définitif qui est à disposition sur le site de la HAS.

COMMENTAIRES SUR LA FORME DU DOCUMENT QUI AU FINAL SERA SOUS UN FORMAT RECTO VERSO DE TYPE « A4 »	
Éléments (+)	Éléments (-)
COMMENTAIRES SUR LE TITRE ET LE PRÉAMBULE EN ENCADRÉ DIAPO 1	
<i>Commentaires :</i>	
COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 1 REPÉRAGE PRÉCOCE : CONSOMMATION DÉCLARÉE	
<i>Commentaires :</i>	
COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 2 LE REPÉRAGE PRÉCOCE : ÉVALUATION DU RISQUE ALCOOL	
<i>Commentaires :</i>	
COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 3 LE REPÉRAGE PRÉCOCE : ÉVALUATION DU RISQUE CANNABIS	
<i>Commentaires :</i>	
COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 3 LE REPÉRAGE PRÉCOCE : ÉVALUATION DU RISQUE TABAC	
<i>Commentaires :</i>	
COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 4 INTERVENTION BRÈVE	
<i>Commentaires :</i>	
COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 5 ACCOMPAGNEMENT	
<i>Commentaires :</i>	
Autres commentaires	

Parties prenantes	Commentaires sur la forme	
	Éléments (+)	Éléments (-)
SFA - Société française d'alcoologie	Synthétique et bien présenté	Petite contradiction entre l'IB diapo 4 et le questionnaire tabac avec conseil d'arrêt diapo 3
SFMT, AMETIF - Société française des médecins du travail	Lier 3 substances psychotropes sur un même support.	Médicaments psychotropes déconnectés de ces modes de consommation à risques.
AFSSU - Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire	diapo très bien fait et bien conçu pour des médecins en situation de rencontres avec des adultes ou de jeunes adultes	N'est pas adapté aux adolescents, N'est pas adapté pour les professionnels travaillant auprès des jeunes l'approche de consommation doit être plus globale pour un adolescent. les ado n'aiment pas qu'on leur applique des vérités toutes faites
CMG - Collège de la médecine générale	Simplicité Principales addictions regroupées	Un peu dense (il faudra voir le R°V°. Faire plus ressortir les messages les plus forts.
ADF - Association dentaire française	Facile à lire Compréhensible Didactique 1 page 1 thème c'est très bien.	Un peu « catalogue » de solution Manque de lien entre les parties Pourquoi ce document pas d'intro ? Le schéma en haut sur toute les diapo prend de la place et n'apporte rien ! Pourquoi la même couleur sur tout le document ? Mettre le temps sur la fiche (en minutes)
GEGA - Groupe d'étude grossesse et addiction	Les encadrés améliorent la lisibilité	Document très touffu, les 5 pages vont se retrouver sur un seul A4 ?
DGS Bureau des addictions - Direction générale de la santé	Prise en compte des trois principaux produits psychoactifs consommés.	Les outils de repérage proposés n'ont pas le même niveau de validité scientifique. Les outils de RPIB alcool ont été évalués et validés en France, ce n'est pas le cas pour le cannabis. Le document ne précise pas : -à qui s'adressent ces outils : MG ou autres professionnels de santé, non médecins ? -quelle population est concernée : adultes ? jeunes ? tous ? Il semble impossible de préconiser les mêmes outils pour le repérage en population adulte et en population adolescente/jeune. Si nous comprenons le souci de mettre à disposition des documents courts, le choix de rassembler en un seul document ramassé nous semble

		impraticable.
SFP - Société française de pédiatrie	Travail intéressant pour le repérage des consommations des adultes. Intérêt du soutien de démarche des médecins généralistes et des pédiatres de premier recours en les incitant à pratiquer l'intervention brève et l'entretien motivationnel..	Peu adapté à l'adolescence. Les consommations auraient dû être différenciées entre adolescent et jeune adulte. La période 12 -25 correspond à des problématiques complètement différentes de consommation et de risques entre les 12-16 ans et les 18-25. Diapo 5 trop imprécise. Les diapos sont pour le moment dans une présentation assez difficile à lire. Le format sera sans doute modifié ? L'abord des situations dans lesquelles le repérage doit être amélioré serait souhaitable en particulier les suites de traumatologie
CMG - Collège de la médecine générale	Parcours de l'information très intuitif, fluide	Attention pour un format A4 si toutes les infos restent le risque est que cela soit « tassé » Une remarque générale : j'insisterais plus sur le côté systématique du dépistage, sans attendre un point d'appel ou une situation à risque
Parties prenantes COMMENTAIRES SUR LE TITRE ET LE PRÉAMBULE EN ENCADRÉ DIAPO 1		
SFA - Société française d'alcoologie	OK	
SFMT, AMETIF - Société française des médecins du travail	le RPIB n'est pas une « réponse » mais un mode d'approche des consommations, un outil censé ouvrir systématiquement ou le plus souvent possible la possibilité d'un dialogue non jugeant et non confrontant avec les consommateurs.	
AFSSU - Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire	les documents sont très bien conçus pour des médecins en situation de rencontres avec des adultes ou de jeunes adultes c'est le cas de généralistes ou des médecins du travail. Aborder ce problème de conduites à risques auprès d'une population de jeunes c'est une approche très spécifique qui nécessite une relation de confiance et de crédibilité de la part du professionnel de santé mais aussi des circonstances (entretien imposé par des tiers ou entretien libre) en milieu scolaire	
CMG - Collège de la médecine générale	l'ordre alphabétique dans le titre, et l'ordre par prévalence de la consommation dans le préambule sont pertinents. Le préambule a été longuement réfléchi. OK pour centrer sur le risque de dommages. Réponse individuelle intègre le RPIB comme une approche centrée patient. OK. Exercice difficile. Le titre mériterait d'être un peu plus mis en valeur	
ADF - Association dentaire française	«qu'est-ce que le « repérage précoce » qu'est-ce que l'intervention brève ? sinon quand on connaît très bonne synthèse. Pour le CD (dentiste) il faudrait des explications	
GEGA - Groupe d'étude grossesse et addiction	Dans le 1er encadré, préciser comme décrit dans le document joint que la simple IB peut provoquer une diminution des consommations. Titre OK	
DGS Bureau des addictions - Direction générale de la santé	Le titre devrait préciser les professionnels concernés, la population concernée.	

SFP - Société française de pédiatrie	Aucun commentaire.
FFMPS - Fédération française des maisons et pôles de santé	je l'écrirais : Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : Tabac, Alcool, cannabis Dans cet ordre parce que l'expérience montre que le RPIB tabac est le plus facilement abordable en MGale
Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	pas de commentaires
Parties prenantes	COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 1 REPÉRAGE PRÉCOCE : CONSOMMATION DÉCLARÉE
SFA - Société française d'alcoologie	OK
SFMT, AMETIF - Société française des médecins du travail	CDA et questionnaires (FACE et CAST) sont des outils de repérage qui permettent d'évaluer le risque. Il n'y a pas lieu de les déconnecter en termes d'utilité. Ce sont des modes d'approche différents qui conviennent plus ou moins aux pratiques des intervenants santé. Pourquoi préciser dans le champ « alcool » quantité et fréquence ?
AFPSSU - Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire	Pour les ados le repérage ne prend pas en cause un point spécifique important: l'effet groupal de la consommation avec en parallèle la capacité individuelle de résister à la pression (confiance en soi, estime de soi). Dans les actions de terrain nous avons pu observer l'effet positif de recours à des dynamiques de groupe par rapport à la seule approche individuelle
CMG - Collège de la médecine générale	Je me demande si pour bien comprendre que « l'escalier » montre les étapes de la démarche, il ne faudrait pas mettre l'étape en cours en une autre couleur, le simple fait de remplir le cadre me semble insuffisant. A quelle fréquence repérer : je mettrais volontiers « devant tout changement négatif sur le plan bio-psycho-social », car rien n'apparaît sur les dommages qui doivent enclencher le repérage. Je ne comprends pas les seuils à risque. OK alcool, mais tabac ce devrait être dès la première cigarette, message plus simple, et idem pour le cannabis. Pourquoi compliquer ? De plus ces seuils sont connus, pourquoi en changer ? On sait que ces seuils sont imparfaits et discutables, le seul intérêt de les fixer est en termes de communication pour un message simple. Voir cas particuliers dans le tableau réfère à quoi ???Est-ce nécessaire ? Je ne sais pas si c'est que la police change en cours de route, mais pour la colonne « action en cas de consommation à risque » : le mot consommation est coupé ;
ADF - Association dentaire française	tableau clair et bonne synthèse. Mais quand en parler ? peut-être préciser les « bons moments »
GEGA - Groupe d'étude grossesse et addiction	Il faudrait spécifier dans le tableau que le seuil à risque pour l'alcool n'est pas applicable chez la femme enceinte chez il est recommandé 0 alcool. la quantification de la consommation d'alcool en verres par semaine - 14 verres par semaine n'a pas la même signification si c'est un verre au déjeuner et 1 au dîner en cours de repas ou si c'est 14 verres en 2 heures.
DGS Bureau des addictions - Direction générale de la santé	<u>Encadré alcool/tabac/cannabis</u> : Question sur alcool "Combien de verres standard par occasion" : => commentaire : donner un exemple de ce que l'on entend par "occasion" (une soirée, une

	<p>fête.. par exemple) pour faciliter l'explication par le professionnel.</p> <p><u>Paragraphe A quelle fréquence repérer ?</u></p> <p>"Au moins une fois par an si possible et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psycho-social)"</p> <p>=> commentaire :</p> <p>Pourquoi "si possible " ? cela affaiblit la recommandation, nous suggérons de supprimer.</p> <p>"Changement bio-psycho-social" : on comprend l'intention, mais une formule plus simple , par exemple, changement marquant dans la situation personnelle, nous paraît plus directe et facile à appréhender.</p> <p>Encadré "L'initiation à ces substances commence tôt entre 10 et 13 ans,(etc) "</p> <p>=> Est-il pertinent de conserver cet encadré qui évoque les jeunes, dès lors que l'outil est recentré sur les adultes?</p>
SFP - Société française de pédiatrie	<p>Terrains particuliers très peu explicites sur cette première diapo en particulier la grossesse. (cf. diapo 2)</p> <p>Dans l'encadré concernant le jeune 12-25 ans on parle de consommation débutant entre 10 et 13 ans ... (jeune de 10-25 pour être logique ??)</p> <p>Le risque c'est aussi le lien démontré entre la consommation précoce et la dépendance alcoolique chez l'adulte jeune (10 ans après)</p>
FFMPS - Fédération française des maisons et pôles de santé	<p>Inverser l'ordre des SPA : 1) Tabac, 2) Alcool, 3) Cannabis</p>
Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	<p>Pour être cohérent, puisqu'on écrit « L'initiation à ces substances commence tôt entre 10 et 13 ans », il faudrait que le titre soit : « Et chez les jeunes 10-25 ans ? »</p>
Parties prenantes	<p>COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 2</p> <p>LE REPÉRAGE PRÉCOCE : ÉVALUATION DU RISQUE ALCOOL</p>
SFA - Société française d'alcoologie	<p>Binge Drinking : à partir de 6 verres <u>en moins de deux heures</u></p>
SFMT, AMETIF - Société française des médecins du travail	<p>risque de confusion entre les 2 repères d'âge donnés : 21 ans en bas à gauche et 12-25 ans en bas à droite.</p> <p>Majoration du risque de dommages : préciser aussi d'autres circonstances : conduite de véhicules ou d'engins, postes de sécurité...</p>
AFSSU - Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire	<p>Il semble difficile d'aborder ces problèmes avec des adolescents sans se préparer à gérer l'entretien dans l'empathie avec des échanges et une écoute attentive</p>
CMG - Collège de la médecine générale	<p>Sans doute un peu tard pour reprendre la question du choix du questionnaire. L'AUDIT-C n'est pas mal et permettrait d'explorer les consommations épisodiques excessives, mais avec la confusion sur les 4 verres ou 6 verres par occasion. Je pense que ceci a été discuté. Donc OK pour le FACE. Il manque le cas particulier de la personne âgée, avec l'augmentation du risque de chutes, de troubles cognitifs, de confusion, l'association avec les psychotropes. Pour elle les seuils doivent être diminués. Je comprends que ça puisse noyer le message. Peut-être revoir la dernière ligne des cas particuliers : « consommation d'alcool par les personnes fragiles : âgées, affectées de troubles psychiatriques, prenant des psychotropes.... »</p> <p>Pour le FACE, il doit y avoir moyen de le rendre encore plus lisible (cf.</p>

	http://www.alcoolassistance.net/files/FACE.pdf) afin que les items sautent plus aux yeux
ADF - Association dentaire française	questionnaire très clair pas de remarques sur cette partie
GEGA - Groupe d'étude grossesse et addiction	Dans l'encadré du bas : « la sensibilisation du risque foetal... chez les femmes jeunes » ne convient pas dans les cas particuliers. Peut-être irait-il mieux dans la page 1 dans « Et chez les jeunes 12-25 ans »
DGS Bureau des addictions - Direction générale de la santé	<p>L'encadré « Risques majorés chez les jeunes de 12-25 ans » porte à confusion. En effet, il évoque des risques majorés en cas de consommation épisodique massive à partir 6 verres et plus. Cela n'est pas cohérent avec les seuils de consommation à risque habituellement repris et cités dans la diapo 1 (4 verres en 1 occasion). Cet indicateur de 6 verres en plus est en fait utilisé dans des enquêtes épidémiologiques.</p> <p>Encadré « Cas particuliers... » : la phrase « sensibilisation au risque foetal chez les femmes jeunes » ne se situe pas au même niveau</p> <p>L'encadré sur le questionnaire FACE tend à écraser les autres qui sont tout aussi importants ; nous proposons donc d'en réduire le format.</p> <p>Encadre "Cas particuliers entraînant une majoration du risque de dommages" => commentaire :</p> <p>Nous suggérons de remonter en haut de la liste les deux points sur alcool et grossesse, vu l'importance du sujet.</p> <p>Pour le titre "Situations particulières..." nous parait plus adapté que cas particuliers,</p> <p>Encadré "Risques majorés de dommages" : => commentaire:</p> <p>pour le titre, nous proposons "Pratiques à risques majorés de dommages" et supprimer l'expression de "biture expresse" qui n'apporte rien malgré son caractère officiel.</p>
SFP - Société française de pédiatrie	Le terme « risque majoré » en cas de binge drinking » est-il le bon terme ? La majorité des adolescents consomment sous la forme de binge drinking et non sous la forme de consommation régulière. Le risque est dans ce cas plus spécifique à ce type de consommation et à cet âge plutôt que majoré.
FFMPS - Fédération française des maisons et pôles de santé	<p>Insister sur la notion du verre standard qui est un verre bar. Les consommations dans le cadre intime sont souvent doublées ou davantage par rapport aux verres standard+++. Idem sur le pb du titrage.</p> <p>Un mot sur : avez-vous déjà pris le volant après avoir consommé plus de trois verres standard ?</p>
Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	Idem, si on fait référence, et cela me parait bien aux risques majorés selon l'âge, il faut écrire : « Risques majorés chez les jeunes 10-25 ans en cas de : » et dans le carré de gauche, il faudrait écrire par souci de cohérence : Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque » ce qui est cohérent par rapport à l'âge de maturation du cerveau
Parties prenantes	COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 3 LE REPÉRAGE PRÉCOCE : ÉVALUATION DU RISQUE CANNABIS
SFA - Société française d'alcoologie	OK
SFMT, AMETIF - Société française des médecins du travail	<p>intérêt de pointer l'utilisation médicale de marijuana ???</p> <p>Positionner pavé « tabac » avant pavé « cannabis » pour être en cohérence avec le titre de la diapo 1 et la fréquence des pratiques</p>
AFSSU - Association française de promotion de la santé dans	L'accroche avec les ados doit être dans l'entretien motivationnel : aider le jeune avec empathie à repérer l'ambivalence qui l'anime, à faire émerger son degré de motivation et à renforcer son sentiment d'efficacité personnelle quand on sent qu'il est prêt à engager une démarche. Pour avoir testé différentes approches avec des ados, je peux vous affirmer que celle-ci est

l'environnement scolaire et universitaire	très porteuse et permet beaucoup plus facilement d'entrer en relation avec l'adolescent que quand on l'informe des risques de consommation (il recherche justement la prise de risques et est capable de vous les énoncer quand vous lui demandez). Médicinal n'est pas encore autorisé en France est ce opportun de le noter sur ces flyers ?
CMG - Collège de la médecine générale	utilisation médicale de marijuana ? Soit il y a un médicament ayant l'AMM, soit on est dans l'illégalité ? Poser une vignette comme cela en cas particulier me pose problème. Pour le CAST juste mentionner peut être qu'une réponse positive est cotée 1 et négative 0, et du coup mettre plus en évidence le score final aussi : préférer mettre « >3 » que « supérieur à 3 »
ADF - Association dentaire française	RAS
GEGA - Groupe d'étude grossesse et addiction	RAS
DGS Bureau des addictions - Direction générale de la santé	Le CAST n'est pas un questionnaire de repérage. mais un questionnaire à visée épidémiologique. Sur quelle argumentation scientifique repose le choix du seuil de risque de 1 joint par semaine ?
SFP - Société française de pédiatrie	Pourquoi avoir inclus l'encadré « utilisation thérapeutique de la Marijuana » qui paraît complètement hors sujet ici,
FFMPS - Fédération française des maisons et pôles de santé	le mettre en 3
Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	On regrette que ne soit pas repris le titre Evaluation du risque Dans Cas particulier : Remplacer « Utilisation médicale de marijuana » par « utilisation médicale de principes actifs du cannabis »
Parties prenantes	COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 3 LE REPÉRAGE PRÉCOCE : ÉVALUATION DU RISQUE TABAC
SFA - Société française d'alcoologie	OK
SFMT, AMETIF - Société française des médecins du travail	Cf. plus haut
AFSSU - Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire	Pas de possibilité d'aborder ces problèmes sans se préparer à gérer l'entretien dans l'empathie avec des échanges et une écoute attentive
CMG - Collège de la médecine générale	Pour le tabac, la colonne « si oui » ne me paraît pas logique et donne un sentiment de relative passivité. Il faut inciter à être plus pro-actif. « avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? » - Si non, brochures.....et « le jour où vous envisagerez d'arrêter, je serais à votre disposition pour vous aider ». – si oui, « voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler maintenant ou lors d'une prochaine consultation ? » - si oui, conseil à l'arrêt et proposition d'accompagnement. Il me paraît important que la proposition d'accompagnement figure +++et non seulement le

	conseil à l'arrêt qui donne l'impression du « ya qua –faut que ». Bref, être plus incisif, ce qui donne confiance au patient.
ADF - Association dentaire française	RAS (déjà utilisé dans les questionnaires médicaux des dentistes)
GEGA - Groupe d'étude grossesse et addiction	Court et efficace, adapté pour la périnatalité, manque juste 1 question pour explorer le tabagisme passif
SFP - Société française de pédiatrie	Pour le tabac, la diapo n'évoque pas les situations de dépendance pendant l'adolescence (risque plus important ??)
DGS Bureau des addictions - Direction générale de la santé	<p>Les principes de l'intervention brève et de l'approche motivationnelle abordés ici constituent à notre sens le coeur de cet outil, et devraient être mis plus en valeur.</p> <p>Nous recommandons vivement de prévoir d'inclure ici un lien vers le site www.intervenir-addictions.fr, site élaboré par la Fédération addiction, avec le soutien de la DGS. ce site est destiné aux acteurs de premier recours, il comprendra du matériel pédagogique en particulier des vidéos illustrant des mises en situation, sur le repérage, la prise en charge des usagers de produits psychoactifs dont cannabis.</p> <p>le site est en cours de finalisation et devrait être lancé très prochainement par la FA qui prévoit une diffusion de plaquettes de présentation aux professionnels, l'Inpes s'en fera aussi le relais.</p>
FFMPS - Fédération française des maisons et pôles de santé	le mettre en 1 pour des raisons pédagogiques
Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	on regrette que ne soit pas repris le titre Evaluation du risque
Parties prenantes	COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 4 INTERVENTION BRÈVE
SFA - Société française d'alcoologie	OK
SFMT, AMETIF - Société française des médecins du travail	insister sur l'intérêt ++ d'une approche globale « empathique » empreint d'un esprit « motivationnel ».
AFSSU - Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire	le principe global du RPIB dans cette diapo est bien décrit pour les médecins mais l'approche de consommation doit être à mon avis plus globale pour un adolescent. Par ailleurs : "Brève" prend tout son sens avec ce dernier et la phase 4 doit l'être.
CMG - Collège de la médecine générale	<p>Plutôt qu'évaluer les risques personnel et situationnel, je mettrais plutôt « explorer avec le patient ses risques personnel et situationnel » ou « aider le patient à explorer.... »</p> <p>Je mettrais « proposer des objectifs, renforcer la confiance et laisser le choix »</p> <p>Je sais que ça fait beaucoup de « confiance » mais c'est le levier fondamental.</p> <p>Peut-être faire plus ressortir les idées fortes de chaque items (police en gras par ex)</p>
ADF - Association dentaire française	combien de temps cela prend-il au professionnel de santé ? être plus clair sur le rôle attendu du Professionnel

GEGA - Groupe d'étude grossesse et addiction	Manque 2 « s » 3e ligne du 1er encadré. Contenu clair.
SFP - Société française de pédiatrie	Y a-t-il des adaptations à l'âge. ? aux terrains particuliers (grossesse,) ? Quelle est la place des parents pour les adolescents ?
FFMPS - Fédération française des maisons et pôles de santé	Le titre devrait être Intervention brève alors que vous l'intitulez encore repérage précoce : on repère puis on intervient. Le renvoi à l'ANPAA est réducteur car tous les CSAPA accueillent aujourd'hui les patients aux prises avec une consommation problématique, une majorité sont des CSAPA généralistes. Par ailleurs concernant le Cannabis chez les jeunes signaler qu'il existe des consultations jeunes consommateurs ('CJC et leur entourage)
Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	Sur cette diapo, je pose la question, mais ne peux apporter la réponse, de la pertinence d'inscrire au singulier « substance psychoactive ». La consommation de plusieurs substances en même temps étant fréquente, est-il exclu d'aborder en parallèle la réduction ou l'arrêt de plusieurs substances ? Dans tous les cas, je pense qu'il faut écrire dans le titre du rectangle bleu : « Intervention brève concernant la réduction ou arrêt de consommation de l'une ou de plusieurs de ces substances psychoactives »
Parties prenantes	COMMENTAIRES SUR LA DIAPO 5 ACCOMPAGNEMENT
SFA - Société française d'alcoologie	OK
AFSSU - Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire	l'outil est nécessaire mais ce qui importe c'est l'usage qu'on en fait d'où l'important de prévoir une formation dans cette perspective pour les futurs professionnels de santé l'utilisation d'un questionnaire doit être un outil de communication adapté au public jeune et accepté pour éviter tout blocage.
CMG - Collège de la médecine générale	Il ne s'agit pas seulement d'accompagner les consommateurs ayant réduit ou arrêté. Le suivi concerne tous les consommateurs. Il s'intensifie dans les périodes de changement pour s'espacer dans les périodes de stabilisation. Pourquoi ne pas rajouter un cadre avec les mentions : numéro du centre addicto référent régional ou du centre le plus proche : à pré-remplir pour chaque région ou à laisser libre et que chaque médecin puisse renseigner ces coordonnées à même la fiche
ADF - Association dentaire française	ok RAS mais il est dommage de ne pas utiliser la place pour mettre plus de chose et préciser les attentes ...
GEGA - Groupe d'étude grossesse et addiction	Cas particulier de la grossesse : « être vigilant et soutenant en post partum, dans les premiers mois et à l'arrêt de l'allaitement à cause du risque fréquent de reprise des consommations »
DGS Bureau des addictions - Direction générale de la santé	Le texte est général et donc peu concret. Le thème de l'accompagnement des consommateurs ayant réduit ou arrêté est hors sujet Même remarque que dans notre envoi précédent : nous ne percevons pas bien l'intérêt pratique de l'encadré "Accompagnement des consommateurs" . nous pensons qu'il peut être supprimé, au profit d'une mise en exergue du contenu de la diapo 4.-cf remarque ci-dessus L'encadré commençant par "La notion d'essai "etc serait mieux placé dans la diapo 4,
SFP - Société française de pédiatrie	Texte trop imprécis ressenti comme une succession de bonnes intentions (tout à fait justifiées bien sûr !!) On aurait pu ajouter que les professionnels de santé «soutiennent' » l'amélioration du dépistage et de l'accompagnement en particulier dans les situations de vulnérabilité (grossesse, adolescence etc..) et qu'ils peuvent profiter de situations qui peuvent évoquer un

	<p>lien avec des consommations en particulier la traumatologie (non abordée dans les situations particulières de repérage).</p> <p>Un souhait de formation aux entretiens motivationnels paraît indispensable en liaison avec le texte intégral qui rappelle le très faible nombre de médecins formés.</p>
Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	<p>idem pour le singulier de substance psychoactive.</p> <p>Dans la phrase suivante : ajouter le recours aux Consultations jeunes consommateurs : « En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie et pour les adolescents à une consultation jeunes consommateurs sont proposées.</p> <p>Pour l'ensemble de la diapo, le fait qu'elle soit moins « chargée » donne une impression de moindre importance de la partie Accompagnement, ce qui est dommage.</p> <p>Peut-être en profiter pour donner une information importante qu'on retrouve dans le rapport d'élaboration mais pas sur la fiche mémo : « La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances. La rechute est d'avantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé »</p>
Parties prenantes	AUTRES COMMENTAIRES
SFMT, AMETIF - Société française des médecins du travail	<p>Rappeler la nécessité pour chaque type d'intervenant santé de se former à la pratique du RPIB, formations non théoriques reposant quasi exclusivement sur des mises en situation. Véritable changement de paradigme pour les différents praticiens que nous sommes.</p>
AFSSU - Association française de promotion de la santé dans l'environnement scolaire et universitaire	<p>25 représentants du CA de l'AFSSU ont donné leur <i>avis</i> ; Les fiches sont très bien conçues mais devraient être réservées aux médecins en relation avec des adultes. Pour le public de jeunes (préadolescents, adolescents et jeunes adultes) en relation avec les professionnels intervenants en milieu scolaire il conviendrait de privilégier d'autres approches. Il y aurait nécessité de différenciation d'approche entre les jeunes et les adultes. On se pose des questions sur la façon de vraiment venir en aide aux adolescents ; leur appliquer des vérités toutes faites, qu'ils prennent comme une intrusion, ne les aide pas, bien au contraire. Il faut évidemment partir d'eux, de ce qu'ils sont et ressentent et les accompagner dans cette démarche...</p>
ANSFL - Association nationale des sages-femmes libérales	<p>Ce qui reste très intéressant c'est que cette fiche peut servir dans toutes consultations en dehors d'une grossesse (en tant que professionnels de premier recours). Quant à l'utilisation pendant la grossesse, cela reste difficile car nous devons tendre vers le zéro drogues, et donc en cas de consommation, il sera nécessaire d'orienter la patientes vers les spécialistes addicto.</p>
CMG - Collège de la médecine générale	<p>Bravo aux concepteurs, ce sera un très bon outil je pense.</p> <p>Challenge difficile, que les extrémistes trouveront caricatural de simplicité ou de complexité. Honnêtement, en l'état actuel des connaissances sur le sujet, ce n'est pas mal du tout.</p> <p>Je ne sais où le mettre, mais je trouve qu'il faut mieux faire ressortir le fait de s'appuyer sur les problèmes personnels de la personne, les dommages déjà ressentis pour lui ou dans son entourage propre, levier motivationnel fort. De même, le MG connaît bien son patient et ses valeurs (écologique, sportif,) et qu'il est important de repérer les divergences entre les consommations et les valeurs (un écologiste ou un sportif qui fume, même lui peut convenir du paradoxe....)</p>
ADF - Association dentaire française	<p>ok RAS mais il est dommage de ne pas utiliser la place pour mettre plus de chose et préciser les attentes ...</p>
GEGA - Groupe d'étude grossesse et addiction	<p>dans le rapport d'élaboration, p20 alinéa 3.2.2 il manque dans les vulnérabilités individuelles, les conséquences du polymorphisme génétique des enzymes du métabolisme de l'alcool. Dans le rapport, il manque les précisions suivantes : les effets nocifs de l'alcool chez le fœtus par ETCAF, RCIU, mortalité périnatale notamment par détresse respiratoire aiguë.</p>
DGS Bureau des addictions - Direction	<p>Avez-vous sollicité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la Fédération Addiction, qui fédère un grand nombre de structures d'addictologie de

générale de la santé	<p>proximité (CSAPA, consultations jeunes consommateurs) ?</p> <p>L'INPES qui a produit des outils RPIB alcool ?</p> <p>-l'Education nationale (santé scolaire) ? dans le rapport d'élaboration il n'est évoqué que l'outil s'adresse également aux médecins scolaires</p> <p>Les liens proposés renvoient vers la SFA et l'ANPAA : il faudrait renvoyer vers la Fédération addiction, cf. remarque ci-dessus.</p> <p>Remarque sur les liens proposés :</p> <p>S'agit-il de faire un lien vers la page d'accueil des sites mentionnés ? dans ce cas cela risque de ne pas être très opérationnel, voire décourageant pour le professionnel-</p> <p>Il est préférable de pointer vers une/des pages donnant des ressources directement en lien avec le sujet RPIB, alcool, tabac, cannabis.</p> <p>Vous mentionnez un lien vers www.drogues.info.service.fr, www.tabac.info-service.fr : il y a aussi www.alcool-info-service.fr</p>
Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	<p>Ajouter aux liens existants, le lien vers le nouveau site de la Fédération Addictions en cours de finalisation Intervenir Addictions www.intervenir-addictions.fr</p>

Annexe 1. Méthode de travail

La méthode d'élaboration de la fiche mémo comporte :

- un travail interne de consultation des sites Internet des institutions, organismes professionnels et réseaux de professionnels pour identifier, sélectionner et analyser les recommandations, articles scientifiques et documents d'information du grand public, en lien avec le thème ;
- un avis officiel auprès des parties prenantes dont les organismes professionnels en santé et les associations de patients et d'usagers concernés par le thème ;
- un travail d'analyse des commentaires des parties prenantes, puis de rédaction de la version finale de la fiche mémo ;
- une validation par le Collège de la HAS.

Au terme du processus, la HAS met en ligne les fiches mémo ainsi que les rapports d'élaboration sur son site (www.has-sante.fr).

Annexe 2. Recherche documentaire

1. Méthode

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec le chef de projet et a été limitée aux publications en langue anglaise et française. Méta-analyses et revues systématiques ont été privilégiées.

Elle a porté sur la période de janvier 2007 à août 2014.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données Medline ;
- pour la littérature francophone : la Banque de données en santé publique ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

2. Sites consultés

Bibliothèque médicale Lemanissier

Catalogue et index des sites médicaux francophones – CISMéF

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

Haute Autorité de santé - HAS

Institut national de la santé et de la recherche médicale

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

National Guideline Clearinghouse - NGC

National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

New Zealand Guidelines Group – NZGG

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN

Société française de médecine générale - SFMG

3. Critères de sélection

Une consultation des sites Internet des institutions et organismes professionnels a permis d'identifier et de sélectionner les recommandations qui ont été analysées par le chef de projet.

- Recommandations publiées par des organismes gouvernementaux ou des organismes professionnels.
- Population : tous les âges.
- Premier recours ou ambulatoire.

Annexe 3. Questionnaire FACE : formule pour apprécier la consommation d'alcool par entretien

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux ou 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**

- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**

- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total ; hommes (H)/femmes (F)

- Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 = **renforcement des conduites favorables à la santé**
- Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 = **intervention brève**
- Dépendance probable : H et F plus de 8 = proposer une **consultation d'addictologie**

Annexe 4. Questionnaire CAST : *Cannabis Abuse Screening Test*

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

- **Une réponse positive : information minimale sur les risques**
- **Deux réponses positives** au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : **intervention brève.**
- **Trois réponses positives** ou plus doivent amener le consommateur à demander de l'aide et le professionnel de santé à proposer **une consultation d'addictologie.**

Réf. : Legleye et *al.*, 2007 (40), OFDT Questionnaire CAST. Beck F, Legleye S. Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes - ESCAPAD 2002. Paris : Rapport OFDT, 2003 (41).

Annexe 5. Questionnaire concernant la consommation de tabac

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »	
<p style="text-align: center;">SI OUI</p> <p>« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »</p> <ul style="list-style-type: none">• Proposer un dépliant/brochure sur les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage.• « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler ? »• Conseil d'arrêt.	<p style="text-align: center;">SI NON</p> <p>« Avez-vous déjà fumé ? »</p> <ul style="list-style-type: none">• Si non : le patient n'a jamais fumé.• Si oui :<ul style="list-style-type: none">• « Pendant combien de temps ? »• « Depuis quand avez-vous arrêté ? »

Références bibliographiques

1. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) 2013-2017. <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/la-mildeca/plan-gouvernemental/plans-precedents/index.html>
2. United Nations Office on Drugs and Crime. International Standards on drug use prevention. 2013. http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards.pdf
3. Huas D, Rueff B. Abord clinique des malades de l'alcool en médecine générale. Paris : Springer, 2005.
4. Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *Exercer* 2010;90:20-3.
5. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Évaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. Principaux résultats. OFDT, 2009. http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=51691
6. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Conduites addictives chez les adolescents : usage, prévention et accompagnement, principes généraux et recommandations. Inserm, Mildt 2014. <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-l-inserm>
7. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. 2008. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
8. Becchio M. L'entretien motivationnel. HAS, 2008. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
9. Miller WR, Rollnic S. Entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris : InterEditions, 2006.
10. Haggerty JL. Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et counselling des buveurs à risque. In : Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Ed Guide canadien de médecine clinique préventive. Ottawa: Canada Communication Group Publishing, 1994.
11. Castera P. Repérage précoce et intervention brève : 5 minutes pour convaincre. *Addictions* 2008 ; 22 : 10-15.
12. National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Guideline for alcohol and substance use screening brief intervention, referral to treatment (SBIRT). 2011. <http://healthteamworks-dia.precis5.com/f8da71e562ff44a2bc7edf3578c593da>
13. Young MM, Stevens A, Porath-Waller A, Pirie T, Garrity C, Skidmore B, *et al.* Effectiveness of brief interventions as part of the screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) model for reducing the non-medical use of psychoactive substances: a systematic review protocol. *Systematic Reviews* 2012 1:22.
14. Fond G. Entretien motivationnel : quelques concepts simples pour la pratique. *Médecine* 2014 ;10(3) :127-30.
15. Roy-Byrne P, Bumgardner K, Krupski A, Dunn C, Ries R, Donovan D, *et al.* Brief intervention for problem drug use in safety-net primary care settings: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014 ;312(5):492-501.
16. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Alford DP, Bernstein JA, Lloyd-Travaglini CA, *et al.* Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312(5):502-13
17. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Conduites addictives chez les adolescents : usage, prévention et accompagnement, principes généraux et recommandations Inserm, Mildt 2014. <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-l-inserm>

- [lites-societe/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-l-inserm](#)
18. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Guide pratique : pour faire le point sur votre consommation d'alcool. 2005. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/861.pdf>
 19. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Guide pratique pour le médecin. 2006. http://www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/alcool2006/Livret_medecin.pdf
 20. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, *et al.* Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2.
 21. McCambridge J, Kypri K. Can Simply Answering Research Questions Change Behaviour? Systematic Review and Meta-Analyses of Brief Alcohol Intervention Trials. PLoS ONE 2011 ; 6(10): e23748.
 22. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL. Behavioral Counseling After Screening for Alcohol Misuse in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2012;157(9):645-54.
 23. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, *et al.* The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. Alcohol and Alcoholism 2014;49(1):66-78.
 24. Prescrire. Réduction modeste de l'alcoolisation excessive par les interventions brèves. Prescrire 2014 ;(368) :453.
 25. Young MM, Stevens A, Galipeau J, Pirie T, Garrity C, Singh K. *et al.* Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the non-medical use of psychoactive substances: a systematic review. Syst Rev 2014;24(3):50.
 26. Rizzoli N. Consommation nocive d'alcool et usage de tranquillisants : dépistage et intervention brève en médecine générale. 2014, in press.
 27. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête Alcool auprès des usagers du système de soins, novembre 2000. Drees, 2003. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat53.pdf>
 28. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, *et al.* Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ 2013;346:e8501.
 29. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Directives de consommation d'alcool à faible risque au Canada. Québec 2012. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2012-FAQs-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-fr.pdf>
 30. Michaud P, Dewost AV, Fouilland P. Boire moins c'est mieux. Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins ? Presse Med 2006;35(5Pt2):831-9.
 31. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Nos Limites ? MILDT, 2011. http://www.lecrips-idf.net/ressources/files/1/895,nos_limites_2011.pdf
 32. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, *et al.* Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet 2010;376(9735):112-23.
 33. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. Tob Control 1995;4:162-9.
 34. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique. Afssaps, 2003. http://www.tabac-info-ser-vice.fr/var/storage/upload/24.AfSSAPS_reco_de_bone_pratique.pdf
 35. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus Paris 8-9 octobre. Paris: Anaes; 1998.

36. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Aide au sevrage tabagique. Référentiels d'évaluation. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004.
37. Haute Autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. HAS, 2013. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours
38. Herszkowics A, Joannard N. RPIB. Repérage précoce du risque alcool, cannabis et interventions brèves. Entretiens de Bichat 2012. http://www.lesentretiensdebichat.com/Media/slides/2012/herszkowicz_albert_20120913_1000_salle_315_wmk.pdf
39. Moller L. L'alcool enjeu majeur de santé publique en France et en Europe. BEH 2013;(16-17-18) :161-2.
40. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. J Substance Use 2007;12(4): 233-42.
41. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes - ESCAPAD 2002. OFDT, 2003. http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epxfbj_a.pdf

Participants

La HAS tient à remercier les membres de la commission des recommandations de bonne pratique (CRBP) qui ont participé à la relecture de la fiche mémo.

Groupe de travail

Dr Claudie Locquet, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine

Dr Michel Laurence, chef du service des bonnes pratiques professionnelles, Saint-Denis La Plaine

Dr Ariane Andraud, médecin scolaire, Vincennes

Mme Marie-Josée Augé-Caumon, pharmacienne, Agde

Mme Clémentine Bigel, sage-femme, Roanne

M. Nicolas Brun, représentant des usagers, UNAF, Paris

Dr Lydia Caillaud, médecin généraliste, Pantin

Mme Régine Chesneau, infirmière, Champigny

Dr Patrick Daimé, médecin addictologue, Petit-Quevilly

Dr Hélène De Leersnyder, pédiatre, Paris

Dr Damien Duquesne, médecin du travail, Lille

Mme Déborah Guessab, infirmière, Cergy

Dr Benoît Fleury, médecin addictologue, Bordeaux

M. Philippe Jeoffre, infirmier, Sardent

Dr Shérazade Kinouani, médecin généraliste, Cestas

Dr Philippe Michaud, médecin addictologue, Clichy[#]

Dr Christian Michel, médecin généraliste et addictologue, Strasbourg

Dr Jacques Wemaere, chirurgien-dentiste, Floirac

(#) Expert en désaccord avec la version définitive de la recommandation de bonne pratique.

Parties prenantes concernées ou organismes professionnels et associations de patients et d'usagers

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour la relecture de cette fiche mémo :

- Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU) *
- Association dentaire française (ADF) *
- Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) *
- Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa)
- Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) *
- Collège de la médecine générale (CMG) *
- Direction générale de la santé (DGS) *
- Fédération française d'addictologie (FFA)
- Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) *
- Fédération nationale des centres de santé (FNCS)
- Groupe d'étude grossesse et addiction (GEGA) *
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (Ippsa)
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) *
- Société française d'alcoologie (SFA) *
- Société française de pédiatrie (SFP) *
- Société française des médecins du travail (SFMT, AMETIF) *
- Union nationale des associations familiales (UNAF)

* Ces organismes professionnels et associations ont transmis une réponse.

Fiche descriptive

Titre	Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte
Méthode de travail	Méthode fiche mémo
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - évaluer de façon précoce chez les adultes la consommation des 3 substances psycho-actives les plus utilisées (alcool, tabac, cannabis) et d'en évaluer le risque, - proposer une intervention brève chez les consommateurs à risque, - assurer un accompagnement de manière durable afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de ces consommations.
Professionnels concernés	Tous les professionnels de santé de premier recours : médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, pharmaciens d'officine, infirmier(ère)s, dentistes, médecins du travail et médecins scolaires.
Demandeur	Direction générale de la santé, DGOS
Promoteur	Haute Autorité de santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Claudie Locquet, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Catherine Solomon-Alexander
Recherche documentaire	Réalisée par Mme Emmanuelle Blondet (chef du service communication – information : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs du document de travail	Dr Claudie Locquet
Participants	Groupe de lecture composé de parties prenantes dont les organismes professionnels de santé et de membres de la commission des recommandations de bonne pratique (CRBP)
Conflits d'intérêts	Déclarations publiques d'intérêts consultables sur www.has-sante.fr
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en novembre 2014
Actualisation	<p>L'avis d'experts du 4 mai 2017 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 recommande pour limiter les risques sanitaires associés à la consommation d'alcool :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour ; - d'avoir des jours dans la semaine sans consommation. <p>https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti</p> <p>En conséquence, la fiche outil connexe au rapport d'élaboration a été actualisée en janvier 2021 de manière à prendre en compte les nouveaux repères de consommation d'alcool à moindre risque.</p>



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr