

SYNTHESE D'INTERVENTIONS PROBANTES POUR REDUIRE LA CONSOMMATION NOCIVE D'ALCOOL ET SES CONSEQUENCES

SIPrev Alcool

Préambule

Le projet TC-REG

Ce document a été réalisé sur la base des travaux effectués par l'Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé (UIPES) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) ex-Picardie. Nous tenons particulièrement à les remercier pour la réalisation et l'autorisation d'utiliser ces données au bénéfice du projet de recherche TC-REG « Exploration de l'efficacité et des conditions d'efficacité de modalités de transfert de connaissances à l'échelle régionale »¹, mené par la Chaire de Recherche en prévention des cancers INCA/IReSP/EHESP.

Les objectifs de TC-REG sont de :

- Evaluer, dans les régions, l'impact d'un processus d'accompagnement à l'utilisation des données probantes en prévention sur la modification des pratiques préventives dans la décision - en Agences Régionale de Santé (ARS) – et dans la pratique - en Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)
- Caractériser les mécanismes, processus et conditions d'efficacité mis en place, dans chaque région, pour assurer le transfert de connaissances.

Dans ce cadre, des dispositifs différenciés d'accompagnement sont proposés à différentes ARS et associations volontaires et comparés avec une diffusion de synthèses de revues de la littérature sur les interventions probantes en prévention, objets des SIPrev.

L'objet de SIPrev

SIPrev (Stratégies d'Interventions Probantes en prévention) est un document qui constitue un socle commun de connaissances scientifiques sur les actions probantes en prévention portant sur un thème de prévention, ici celui de la consommation d'alcool.

Il s'adresse aux acteurs décisionnaires et opérationnels de la prévention et la promotion de la santé en région.

Ce document a été réalisé sur la base de « revues de revues de littérature »² conduites par l'Union International de Promotion et d'Education pour la Santé (UIPES), partenaire de ce projet et présenté dans la deuxième partie de ce document. Une revue de revue de littérature se fait, non pas sur des études primaires publiées, mais sur des revues de littérature réalisées antérieurement et publiées. Ce choix a été fait afin d'augmenter la transférabilité des interventions et leviers interventionnels repérés par la réunion d'un maximum de données multi-contextuelles. Par ailleurs ont été privilégiées pour inclusion les revues dites « systématiques » en raison de leur haut niveau de preuve.

Ces revues de revues ont été élaborées avec le soutien financier de l'ARS ex-Picardie. Ces travaux ont été traduits en français par Marie-Cécile Wouters, Yuri Cartier et Marie-Claude Lamarre.

La composition de SIPrev

SIPrev est composé de deux parties :

¹ Ref : CAMBON-AAP16-Prev-11 : cette recherche a bénéficié de l'aide des partenaires financeurs de l'IRESP dans le cadre de l'AAP Général 2016 – Volet Prévention

- une partie intégralement effectuée par les membres de l'UIPES détaillant l'ensemble des stratégies repérées comme probantes dans la littérature scientifique, adossées s'il y a lieu aux recommandations et/ou référentiels internationaux sur la thématique.
- une partie introductive réalisée par l'équipe de projet TC-REG mettant en évidence les éléments clés extraits des revues de littérature.

La partie introductive de SIPrev constitue une extraction de la deuxième partie permettant d'en guider la lecture en précisant les stratégies d'intervention repérées comme étant les plus probantes (consensus ou haut niveau de preuve) dans la littérature. Pour chaque stratégie, lorsque l'information était disponible, un travail d'extraction des éléments clés a été réalisé. Ainsi, dans cette introduction, sont colligés et rassemblés quand elles existaient dans les revues de littérature :

- les composantes clés d'efficacité ; définies ici comme des conditions ou éléments de l'intervention reconnus comme particulièrement influençant sur l'efficacité.
- les conditions contextuelles d'efficacité ; définies ici comme des facteurs contextuels reconnus comme favorisant une meilleure efficacité de l'intervention.
- les conditions d'efficacité liées aux caractéristiques de la population ; définies ici comme des particularités de la population auprès de laquelle la stratégie est particulièrement reconnue comme efficace (ce qui ne vaut pas dire qu'elle ne l'est pas sur d'autres).
- les types de résultats auxquels s'attendre ; définis ici comme les résultats observés de ces stratégies dans les études.

Ces données clés sont fondamentales dans une logique de transfert d'intervention, c'est la raison pour laquelle nous avons souhaité insister dessus dans cette partie introductive. En effet, de ces dernières dépendent l'efficacité et donc la transférabilité dans un nouveau contexte. Ce sont les conditions d'efficacité des stratégies décrites dans la revue de la littérature. Or, ces informations ne sont pas toujours disponibles dans les publications.

Limites de SIPrev

Il convient de rappeler que ces stratégies sont issues de la littérature internationale, rassemblées sur la base d'études réalisées dans d'autres pays, d'autres environnements, d'autres cultures.

Elles ne sont par conséquent pas toujours applicables (faisabilité), ni transférables (produit le même résultat), même si un tri a été réalisé par l'UIPES.

Néanmoins, le fait d'avoir colligé des données issues de revues systématiques plutôt que d'études primaires renforce leur transférabilité car ces revues systématiques rassemblent déjà de nombreuses études primaires expérimentées dans différents contextes. Il reste néanmoins un travail d'adaptation et de mise en contexte français à réaliser en veillant à maintenir les conditions clés d'efficacité.

En effet, ce document n'a pas vocation à modifier les pratiques des acteurs mais à les éclairer au regard de la littérature scientifique. Il peut ainsi être le support d'une légitimation de certaines interventions déjà réalisées sur le terrain ou le support d'une réflexion dans le cadre de la construction de nouveaux projets ou nouvelles politiques.

L'équipe de Recherche TC-REG

Éléments clefs issus de la synthèse des données probantes

SOURCES ET METHODE D'ELABORATION

Les travaux ayant permis de repérer les stratégies plus probantes sont issus de revues de revues, de référentiels de bonnes pratiques et de revues systématiques de la littérature.

On peut distinguer quatre stratégies probantes :

- Stratégie 1 : interventions sur l'alcool en milieu scolaire
- Stratégie 2 : programmes de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB)
- Stratégie 3 : thérapies cognitivo-comportementales et médicamenteuses
- Stratégie 4 : actions collectives pour appliquer les lois existantes concernant la vente d'alcool et contrôles aléatoires de l'alcoolémie

STRATEGIE 1 : INTERVENTIONS SUR L'ALCOOL EN MILIEU SCOLAIRE

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie est efficace à long terme si :

- La question est abordée avec une approche pluri-thématique (habitudes favorables à la santé).
- La stratégie est alliée avec des interventions sur le développement et les compétences psychosociales, dès le jeune âge.
- La stratégie est conduite tout au long de la scolarité et non pas de manière ponctuelle ou parcellaire.

STRATEGIE 2 : PROGRAMMES DE REPERAGE PRECOCE ET D'INTERVENTION BREVE (RPIB)

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie est efficace si :

- Les séances sont mises en œuvre selon les conditions suivantes :
 - o Une attitude des professionnels favorisant le développement d'une relation de confiance avec les patients, un travail réalisé de manière encourageante et empathique, sans jugement.
 - o Dispensées dans des lieux qui respectent la confidentialité, la vie privée et la dignité.
 - o Dispensées sur la base d'informations adaptées au niveau de compréhension de la personne, à la nature et au traitement des troubles liés à l'usage d'alcool, disponibles dans une langue appropriée et dans un format accessible.
- Une formation et un soutien des professionnels est assuré par l'organisation : disponibilité et respect de directives cliniques disponibles sur les lieux d'exercice, formation appropriée pour le repérage et la possibilité d'apporter une intervention brève en matière de consommation excessive d'alcool, disponibilité des matériels nécessaires pour le RPIB, incitations financières ou autres auprès des professionnels.
- Au cours de visites médicales ou à la première rencontre d'un patient (moins menaçant).

La littérature met en évidence que des données prometteuses sont en cours d'évaluation sur l'efficacité des applications en ligne et pour téléphones mobiles si elles mêmes sont fondées sur des données probantes (théories d'intervention éprouvées).

Il est précisé dans la littérature que dans les services de traumatologie et des urgences, le RPIB est peu faisable et par conséquent peu efficace, le fait de donner une brochure d'information aux patients repérés comme étant à risque est tout aussi efficace.

Conditions contextuelles d'efficacité

Il est précisé dans la littérature qu'en services de premiers recours, le RPIB est plus efficace dans les équipes fonctionnant de manière pluridisciplinaire. Il est également précisé que plus les seuils

de repérage sont hauts, plus les professionnels participent (peur des faux positifs d'où le conseil d'augmenter le seuil).

Conditions d'efficacité liées aux caractéristiques de la population

Cette stratégie est plus particulièrement efficace sur les adultes lorsqu'il s'agit de repérage. Lorsqu'il s'agit de traitement, elle est particulièrement efficace sur des adultes qui présentent une hypertension, les hommes âgés de 45 à 64 ans (peu de preuves sur des populations plus jeunes ou plus âgées), les personnes qualifiées de « gros buveurs » (des propositions émergent d'ailleurs pour augmenter le seuil déclenchant une intervention pour les cibler plus particulièrement et éviter les faux positifs).

Types de résultats observés

Dans la littérature, il est démontré que cette stratégie permet de :

- Réduire la consommation d'alcool, la morbidité et la mortalité liées à l'alcool.
- Réaliser des économies : on observe une réduction des coûts des soins de santé qui dépasse les coûts de mise en œuvre.

Cette stratégie est donc reconnue comme cout-efficace.

STRATEGIE 3 : THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALE ET MEDICAMENTEUSE

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie est particulièrement efficace lorsque qu'elle est couplé avec une thérapie médicamenteuse.

Conditions d'efficacité liées aux caractéristiques de la population

Cette stratégie est plus particulièrement efficace sur les personnes qualifiées de « Gros buveurs » (tels que définis par l'Agence européenne des médicaments : *60/40 g d'alcool par jour pour les hommes/femmes*) présentant des atteintes des organes cibles ainsi que les « très gros buveurs » (tels que définis par l'Agence européenne des médicaments : *100/60 g d'alcool par jour pour les hommes/femmes*).

Types de résultats

Dans la littérature, il est démontré que cette stratégie permet de traiter les troubles liés à la consommation d'alcool, y compris pour réduire la consommation excessive d'alcool.

STRATEGIE 4 : ACTIONS COLLECTIVES POUR APPLIQUER LES LOIS EXISTANTES CONCERNANT LA VENTE D'ALCOOL ET CONTROLES ALEATOIRES DE L'ALCOOLEMIE

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie est particulièrement efficace quand :

- Elle mobilise de manière combinée le public, les associations et les autorités autour du sujet.
- Elle s'appuie sur une surveillance des débits de boisson pour appliquer l'interdiction de vente aux mineurs ou aux personnes en état d'ivresse.
- Elle organise le plaidoyer pour une application plus stricte des contrôles aléatoires d'alcoolémie.

Pour ce qui concerne le sujet particulier des contrôles aléatoires, ils sont efficaces lorsque :

- Ils sont relayés par les médias.
- Ils s'appuient sur une approche d'équipe, impliquant plusieurs organismes, dans une démarche productive d'augmenter les activités de contrôle.
- Les équipements (éthylomètres, etc.) sont fournis aux petites équipes de manière efficace (accroît la motivation).

- Les services de police sont formés à ces contrôles et doivent rendre des comptes sur cet exercice aux autorités supérieures.

Types de résultats

Il est démontré que cette stratégie permet de diminuer la vente d'alcool aux mineurs, la consommation d'alcool en général, les conséquences liées à la consommation excessive d'alcool.

CONSEILS GENERAUX

Il s'agit pour plus d'efficacité d'offrir **une combinaison complète de politiques** nécessaires pour réduire les dommages liés à l'alcool au bénéfice de la société dans son ensemble :

- o Des **taux minimums de taxation** au moins proportionnels à la teneur en alcool, avec des **augmentations régulières** alignées sur l'inflation.
- o Des **monopoles d'Etat** pour la vente au détail d'alcool, avec un **âge minimum d'achat d'entre 18 et 21 ans**, ou un système de **licence** avec des restrictions sur la densité des points de vente et sur les jours et les horaires de vente.
- o Une **interdiction sur la publicité** directe ou indirecte en faveur des boissons alcoolisées.
- o Un **taux légal d'alcool dans le sang** pour tous les conducteurs avec une application visible par les contrôles aléatoires et systématiques.
- o Une **aide simple et facilement accessible** doit être mise à disposition par les établissements de **premiers recours**, renforcée par un **accompagnement** plus intensif pour l'alcool-dépendance.
- o En termes de politique en matière d'alcool, les **interventions éducatives ne doivent pas être mises en œuvre de manière isolée**, ni avec le seul objectif de réduire les méfaits causés par l'alcool. Elles doivent servir comme une mesure pour renforcer la sensibilisation par rapport aux problèmes générés par l'alcool et pour préparer le terrain dans la perspective de stratégies spécifiques et de changements politiques.

Synthèse des données probantes sur l'efficacité des interventions pour réduire la consommation nocive d'alcool et ses conséquences

Peter Anderson¹ et David McQueen²

PROPRIETE DE L'ARS NORD PAS DE CALAIS PICARDIE
(réf : *Cahier des clauses administratives particulières*)

1. Professeur, Institute of Health and Society, à l'Université de Newcastle, en Angleterre ; et à la Faculty of Health, Medicine and Health Sciences, à l'Université de Maastricht, aux Pays-Bas

2. Consultant indépendant en Santé mondiale (ex-Directeur associé aux Centres américains de Contrôle et de Prévention des Maladies), aux Etats-Unis d'Amérique

Version originale en langue anglaise

Traduction : Marie-Cécile Wouters, Yuri Cartier et Marie-Claude Lamarre

Les éléments présentés dans ce document ont été produits dans le cadre d'un marché public de prestations intellectuelles attribué par l'ARS Picardie à l'UIPES, et dont l'objet porte sur la réalisation de synthèses de revues de la littérature en promotion de la santé et sur la production de recommandations pour l'action sur des thématiques prioritaires en Picardie. Les livrables produits sous la responsabilité de l'UIPES ne représentent pas nécessairement l'avis de l'ARS Nord Pas de Calais Picardie. Ce document est établi à titre indicatif.

Note de l'équipe TC-REG :

La présentation de cette partie est le produit de ses auteurs et libre dans la forme qu'ils ont choisie.

Conformément aux ententes entre l'UIPES, la Chaire et l'ARS Ex Picardie, aucune modification n'a été effectuée sur cette partie.

Conclusions

Les dommages causés par l'alcool

1. L'alcool étant un facteur causal pour plus de 200 maladies et troubles pathologiques différents, notamment les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies gastro-intestinales, les troubles mentaux et comportementaux, et les maladies transmissibles, il affecte inévitablement le travail des prestataires de soins de santé primaires.
2. L'alcool étant un facteur causal pour les blessures et traumatismes, il affecte inévitablement le travail des services des accidents et des urgences.
3. L'alcool étant un facteur contributif de l'absentéisme et du présentéisme, il affecte inévitablement les employeurs.
4. L'alcool étant un facteur contributif de la criminalité, des infractions routières et de la violence domestique, il affecte inévitablement le travail des travailleurs sociaux et des agents de probation.
5. Comme il fait supporter des coûts sociaux aux systèmes de santé et aux systèmes de justice pénale, et qu'il contribue à une perte de productivité, l'alcool est inévitablement une préoccupation des services régionaux de santé, de la justice pénale et du travail, de même que pour une action conjointe des administrations régionales dans leur ensemble.

Soins de santé primaires

6. Dans les services de soins de santé primaires, sur 20 patients qui sont des consommateurs à risque, 1 seul environ est dépisté pour sa consommation excessive d'alcool ou se voit proposer une intervention brève.
7. Il existe des preuves solides de l'efficacité et du rapport coût-efficacité des programmes de dépistage et d'interventions brèves dispensés dans les soins de santé primaires afin de réduire la consommation d'alcool à risque chez l'adulte. De telles interventions peuvent réduire la consommation d'alcool ainsi que la morbidité et la mortalité liées à l'alcool, et peuvent permettre de réaliser des économies avec une réduction des coûts de soins de santé qui dépasse les coûts de mise en œuvre.
8. Les principaux obstacles à la mise en œuvre de programmes de dépistage et d'interventions brèves dans les soins de santé primaires, tels qu'ils ont été exprimés par les prestataires eux-mêmes, sont le manque de temps, le manque de formation, le manque de matériel simple à utiliser, et le manque de services spécialisés vers lesquels référer les patients qui présentent des troubles plus graves de consommation d'alcool.
9. Il existe des données probantes qui suggèrent que les programmes de formation et de soutien, l'accès à des programmes de dépistage et d'interventions brèves, et les mesures incitatives sont efficaces pour accroître les programmes de dépistage et d'interventions brèves dispensés dans le cadre des soins de santé primaires.
10. Dans les pays disposant de données longitudinales relativement comparables, les données probantes suggèrent que les attitudes des prestataires de soins de santé primaires et la mise en œuvre de programmes de dépistage et d'interventions brèves en matière de consommation d'alcool à risque ne se sont pas améliorées au cours des dix à vingt dernières années.
11. La base de données probantes est insuffisante pour déterminer si oui ou non les programmes devraient être adaptés aux buveurs à risque plus jeunes et plus âgés.
12. La base de données probantes est insuffisante pour déterminer si oui ou non les programmes d'interventions brèves sont efficaces, en ce qui concerne la consommation d'alcool à risque chez les femmes enceintes.

En pharmacie

13. Des recherches sont menées pour déterminer si oui ou non les programmes de dépistage et d'interventions brèves sont efficaces lorsqu'ils sont dispensés en pharmacie.

Services des accidents et des urgences

14. Il existe des données contradictoires mais dans l'ensemble, les programmes de dépistage et d'interventions brèves sont probablement efficaces et ont un bon rapport coût-efficacité lorsqu'ils sont mis en œuvre dans les services des accidents et des urgences. Une

étude a suggéré que le fait de donner une brochure d'information à un patient était aussi efficace qu'un conseil bref et étendu.

Hôpitaux généraux

15. Il existe des preuves que les programmes de dépistage et d'interventions brèves sont efficaces lorsqu'ils sont dispensés dans les services hospitaliers généraux.

Traitement pour les troubles liés à l'usage d'alcool

16. Il existe des preuves que la thérapie cognitive comportementale et la pharmacothérapie sont efficaces pour traiter les troubles liés à la consommation excessive d'alcool.

Lieux de travail

17. La base de données probantes est insuffisante pour déterminer si les programmes de conseils brefs sont efficaces ou pas, en ce qui concerne la consommation d'alcool à risque, lorsqu'ils sont mis en œuvre par les services de santé au travail.
18. Les politiques concernant l'alcool sur le lieu de travail, intégrées aux politiques de bien-être au travail qui traitent aussi des déterminants structurels de la consommation d'alcool à risque sur le lieu de travail, sont probablement efficaces et ont un bon rapport coût-efficacité pour réduire les dommages et les coûts causés par l'alcool, et accroître la productivité.

Services sociaux et services de justice pénale

19. La base de données probantes est insuffisante pour déterminer si les programmes d'interventions brèves sont efficaces ou pas, en ce qui concerne la consommation d'alcool à risque, dans les services sociaux et les services de justice pénale. Une étude a suggéré qu'il était aussi efficace de donner une brochure d'information à un client que de lui dispenser une intervention brève et étendue.

Santé en ligne et mobile

20. Il existe une base de données probantes croissante qui suggère que les programmes de dépistage et de interventions brèves mis en œuvre au moyen de plateformes en ligne et par téléphonie mobile sont efficaces pour réduire la consommation d'alcool à risque.

Politiques en matière d'alcool

21. Il existe une base de données probantes solide et conséquente qui démontre que les politiques environnementales, notamment les hausses du prix de l'alcool, les restrictions de la disponibilité d'alcool, de même que les restrictions et les interdictions de communications commerciales destinées à promouvoir l'alcool, sont hautement efficaces et ont un bon rapport coût-efficacité pour réduire la morbidité et la mortalité ainsi que la criminalité et la violence liées à l'alcool, et pour accroître la productivité.

Réduction de l'alcool au volant

22. Il existe des preuves solides que la diminution du seuil d'alcoolémie à 0,2 g/L réduit de manière efficace les méfaits et les décès liés à l'alcool au volant.
23. Il existe des preuves solides qu'une application renforcée des lois contre l'alcool au volant, notamment à travers une augmentation des contrôles aléatoires d'alcoolémie, réduit de manière efficace les méfaits et les décès liés à l'alcool au volant.

Actions collectives

24. Il existe des preuves que l'action et la mobilisation au niveau d'une collectivité peuvent renforcer l'impact des mesures contre l'alcool au volant en réduisant les accidents de la route et le nombre de morts liés à l'alcool, et en réduisant la vente des produits alcooliques aux jeunes mineurs.

Vente responsable de boissons alcoolisées

25. Il existe des preuves qu'une application soutenue des lois relatives à la vente responsable de boissons alcoolisées peut réduire la vente d'alcool à des clients en état d'ivresse et à ceux qui sont en dessous de la limite d'âge autorisée pour la vente d'alcool.

1. Contexte et concepts clés

1.1 Impact sur la santé

La consommation d'alcool est une cause intégrale ou contributive de plus de 200 maladies, blessures, traumatismes ou autres problèmes de santé (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Pour la plupart des maladies et des blessures, il existe une relation dose-effet avec l'alcool. Il n'y a pas que le volume d'alcool consommé qui risque de créer des dommages, mais également le mode de consommation dans le temps. Les modes de consommation de l'alcool sont liés aux accidents et aux blessures (à la fois intentionnelles et non intentionnelles) et entraînent un risque de maladies cardiovasculaires (principalement cardiopathie ischémique et accident vasculaire cérébral ischémique). L'effet cardio-protecteur des habitudes de consommation d'alcool à faible risque disparaît complètement en cas d'alcoolisation massive épisodique (Roerecke & Rehm, 2010).

L'âge, le sexe et le statut socioéconomique ont un impact sur la relation entre la consommation d'alcool et les dommages causés. Les enfants, les adolescents et les personnes âgées sont plus vulnérables que d'autres groupes aux dommages liés à l'alcool causés par un volume d'alcool donné. Un fardeau croissant de maladies liées à l'alcool chez les hommes s'explique largement par le fait que, comparativement aux femmes, les hommes sont moins souvent abstinents, boivent plus fréquemment et en plus grandes quantités. Lorsque l'on considère le nombre de conséquences sanitaires et sociales pour une consommation d'alcool donnée, ou un mode de consommation particulier, les différences entre hommes et femmes en termes de résultats sociaux diminuent de manière significative ou même s'inversent. Cela expliquerait la prévalence plus élevée de blessures chez les hommes; cependant, en ce qui concerne les résultats de santé tels que les cancers, les maladies gastro-intestinales ou les maladies cardiovasculaires, le même niveau de consommation aboutit à des résultats plus marqués chez les femmes. En outre, les femmes qui boivent durant leur grossesse peuvent accroître le risque de troubles causés par l'alcoolisme fœtale et d'autres problèmes de santé évitables chez leurs nouveaux-nés.

Une étude européenne a estimé le risque de décès dû à l'alcool, avant l'âge de 70 ans, lié à une consommation quotidienne d'alcool chez les hommes et les femmes en Europe, Figure 1 (Rehm et al, 2014). En combinant le risque de décès par maladie et le risque de décès par accident, blessures ou traumatismes, le risque de décès augmente en fonction du niveau d'alcool consommé à la fois chez les hommes et les femmes, avec, au-delà de 30 grammes d'alcool par jour, un risque plus élevé pour les hommes que pour les femmes à tous les niveaux de consommation donnés.

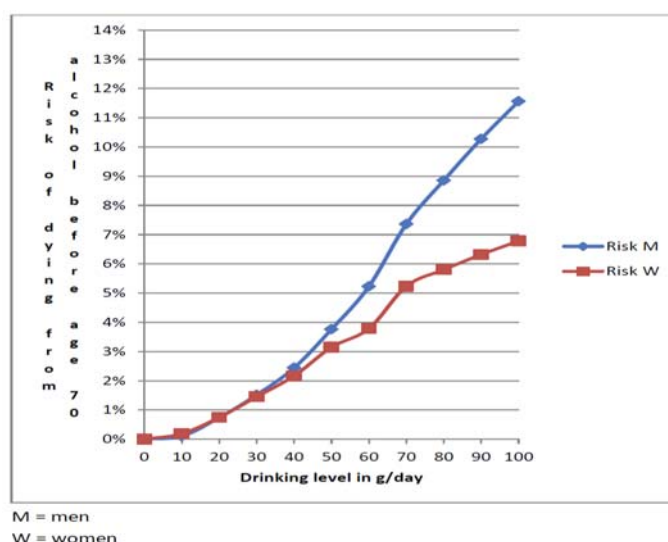


Figure 1 Risque de décès prématuré (avant l'âge de 70 ans) dû à la consommation d'alcool par niveau de consommation en grammes d'alcool pur par jour (moyenne pour 6 pays de l'UE sur la base du profil de mortalité pour 2012). Source : (Rehm et al, 2014).

Ce qu'implique la relation entre la consommation d'alcool et les dommages causés est que toute réduction de la dose d'alcool consommée, de même que de la fréquence des occasions de boire et la quantité bue en une seule occasion, aura un impact immédiat en réduisant les blessures liées à l'alcool et les accidents cardiovasculaires qui sont liés à une alcoolisation massive épisodique (Rehm et al, 2011). Même certaines pathologies chroniques, comme la mortalité due à la cirrhose du foie, démontrent également un impact immédiat des réductions de la consommation. D'autres maladies, telles que des cancers liés à l'alcool, demanderont des périodes de temps plus longues avant que les interventions puissent montrer leurs effets, avec certaines réductions du risque survenant peu après les changements de consommation, mais avec la pleine étendue des réductions du risque ne survenant pas avant 15 à 20 ans après les réductions de consommation d'alcool (Rehm et al, 2007).

Les gros buveurs qui réduisent leur consommation réduisent leur risque de mortalité comparativement à ceux qui continuent à boire beaucoup (Fillmore et al, 2003 ; Emberson et al, 2005). Le groupe de comparaison est important ici. Dans la population générale des pays à revenus élevés, un grand nombre de personnes qui arrêtent de boire le font en raison de maladies dues à leur consommation d'alcool - par exemple, si leur médecin le leur a dit. Bien entendu, ces personnes ont des risques de mortalité plus élevés que celles qui n'ont jamais bu de leur vie ou que les anciens petits buveurs. L'effet d'une réduction de la consommation d'alcool ne peut être déterminé qu'en comparaison avec ceux qui continuent à boire beaucoup.

Des études portant sur les interventions brèves de conseils pour réduire la consommation excessive d'alcool ont également trouvé des réductions de la mortalité toutes causes confondues d'en moyenne 43 % (IC à 95 % : 12–63 %) dans le groupe expérimental comparativement au groupe de contrôle (McQueen et al, 2011). Dans l'ensemble, une différence de réduction de 18,3 g d'alcool pur par jour entre le groupe expérimental et le groupe de contrôle était associée à une réduction de la mortalité de 43 %.

Plus le niveau de consommation est élevé, plus les effets d'une réduction donnée sont forts. Par exemple, si on imagine un homme français de 40 ans qui boit 96 g d'alcool pur par jour, une réduction de 36 g d'alcool pur par jour va entraîner une réduction de son risque de mortalité à un an de 119 pour 10.000 ; cependant, une réduction similaire de 36 g à partir d'un niveau de 60 g par jour va entraîner une réduction du risque de mortalité à un an de 38 pour 10.000 (Rehm & Roerecke, 2013).

2. Soins de santé primaires

2.1 Efficacité des interventions en milieu de soins de santé primaires

D'après les résultats d'au moins 26 revues publiées (O'Donnel et al, 2013), il existe des données solides qui attestent de l'efficacité et du rapport coût-efficacité des réponses en milieu de soins de santé primaires pour réduire la consommation d'alcool à risque (Kaner, 2012 ; Schmidt et al, 2013 ; Elzerbi et al, 2013). Il a été démontré que l'intervention brève dans le cadre des soins de santé primaires réduisait de manière conséquente la quantité, la fréquence et l'intensité de la consommation d'alcool, de même que la morbidité et la mortalité liées à l'alcool. Bien que l'intervention brève ait montré qu'elle réduisait les coûts de santé dans leur ensemble, on ne sait pas exactement si elle réduit vraiment l'utilisation des services de santé en hospitalisation ou en ambulatoire.

La Figure 1 synthétise les résultats du projet AMPHORA qui démontre que les interventions brèves fonctionnent, et c'est le cas pour les études européennes tout autant que pour celles réalisées dans le reste du monde (Elzerbi et al, 2013). Dans des études européennes, les interventions brèves ont entraîné la consommation d'environ 20 grammes d'alcool en moins

(deux boissons) par semaine comparativement à des groupes n'ayant pas bénéficié d'une intervention brève 12 mois après l'intervention. Cela fait une grande différence.

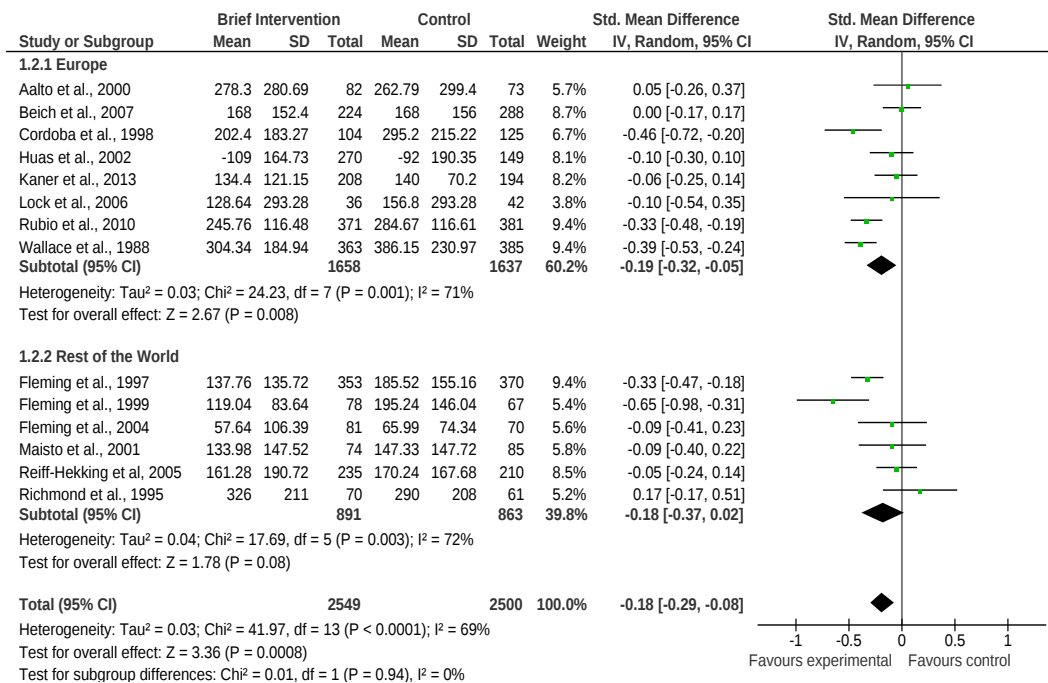


Figure 1 Graphique en forêt issu de la méta-analyse des soins primaires. Différence moyenne standardisée estimée (avec déviation standard) de la valeur de quantité finale en matière de consommation d'alcool en grammes par semaine à 12 mois de suivi entre l'intervention brève et les groupes de contrôle dans les essais inclus en région européenne et dans le reste du monde. Source : Elzerbi et al (2013).

Intensité du conseil.

Un résultat récurrent est qu'il existe peu de données suggérant que des interventions plus longues ou plus intensives procurent un bénéfice supplémentaire par rapport aux interventions plus courtes et plus simples. Par conséquent, si le contact personnel peut être important, la longueur, la complexité et l'intensité du conseil le sont probablement moins. Le repérage ou l'évaluation en eux-mêmes peuvent être des éléments importants des effets positifs d'une intervention brève. Dans l'essai britannique appelé "SIPS", mené en milieu de soins de santé primaires, il n'y avait pas de différence de résultat à 6 et 12 mois de suivi entre les patients qui recevaient une brochure d'information, ceux à qui l'on dispensait une intervention brève ou ceux qui recevaient des conseils en termes de mode de vie par rapport à la consommation d'alcool à risque, les trois options aboutissant à une réduction de la consommation d'alcool à risque (Kaner et al, 2013).

Les clients qui ne cherchent pas de traitement.

Un autre thème récurrent est qu'une intervention brève en matière d'alcool a un impact plus grand sur les patients qui ne recherchent pas de traitement, le plus souvent parce qu'ils ne sont pas conscients de leur problème d'alcool ou de leur consommation à risque, par rapport à ceux qui recherchent un traitement auprès de spécialistes et sont bien conscients de leur problème d'alcool. La mise en œuvre par différents praticiens a des effets bénéfiques, bien que l'importance de ces effets soit plus grande quand ce sont les médecins qui s'en chargent.

Les clients plus jeunes et plus âgés.

La plupart des données probantes sur l'intervention brève portent principalement sur les adultes plutôt que sur les jeunes et les personnes âgées. Par conséquent, il n'est pas possible de conclure que l'intervention brève fonctionne aussi bien pour les jeunes et les personnes âgées qu'elle ne le fait pour les adultes.

Soins anténataux.

L'impact des programmes d'intervention brève dans les soins anténataux a peu été étudié et il n'existe pas de données concluantes suggérant un impact des programmes d'intervention brève mise en œuvre en milieu de soins anténataux (Kaner, 2012).

En pharmacie.

Une base de données probantes est en train de se constituer par rapport à la faisabilité et à l'efficacité de la mise en place du repérage et de l'intervention brève sur la consommation d'alcool à risque dans les pharmacies, bien que ces données ne soient pas suffisantes à ce jour pour pouvoir proposer un déploiement à grande échelle.

Les patients hospitalisés.

Une revue a rapporté les résultats d'interventions brèves auprès de patients hospitalisés (McQueen et al, 2011). Bien que 14 essais randomisés contrôlés aient été identifiés, principalement au Royaume-Uni et aux États-Unis, seul un certain nombre d'entre eux ont contribué aux méta-analyses des différentes mesures de résultats (série d'essais 1 à 7). La méta-analyse primaire incluait quatre essais et a trouvé que les patients ayant bénéficié d'interventions brèves présentaient des réductions plus importantes de leur consommation d'alcool comparativement aux groupes de contrôle à six mois (différence moyenne -69 g ; IC à 95 % : -128 – -10) mais pas à un an. Il y avait aussi significativement moins de décès suite aux interventions brèves à six mois (risque relatif : 0,42 ; IC à 95 % : 0,19–0,94) et un an (risque relatif : 0,60 ; IC à 95 % : 0,40–0,91). Ainsi, bien qu'une revue précédente ait rapporté qu'il n'y avait aucun effet des interventions brèves auprès des patients hospitalisés, cette revue mise à jour a revu ses conclusions en indiquant qu'il y avait des effets bénéfiques mais limités dans le temps. Néanmoins, on ne sait pas exactement combien parmi les participants à l'essai étaient en demande de traitement pour alcoolisme (en étant conscients de leur problème d'alcool avant l'hospitalisation) ou n'étaient pas en demande de traitement et ont pris conscience de leur problème d'alcool suite à leur hospitalisation.

Les personnes alcoolodépendantes.

Des revues systématiques ont démontré les bienfaits sans équivoque des thérapies cognitives comportementales et des traitements pharmacologiques pour soigner la dépendance à l'alcool, qui peuvent aussi apporter d'autres résultats positifs sur la santé lorsqu'elles sont largement mises en œuvre (Kaner, 2012 ; Rehm et al, 2012).

Santé en ligne et mobile

Il existe un nombre croissant de données qui attestent de l'impact des applications en ligne, sur ordinateur et téléphone portable (Portnoy et al, 2008 ; Murray et al, 2009 ; Buhi et al, 2012 ; Donoghue et al. 2014) également dans le domaine de l'alcool (Cunningham et al, 2011) pour soutenir le changement comportemental. Une caractéristique essentielle de ces interventions électroniques est qu'elles peuvent aider à cibler les jeunes qui ont tendance à ne pas fréquenter les services de santé, et qu'elles peuvent être utilisées dans des contextes où les services de santé ne sont pas pleinement développés. Neuf revues systématiques ont considéré ces interventions électroniques (voir Kaner, 2012) et ont rapporté qu'elles produisaient généralement des résultats bénéfiques comparativement aux groupes de contrôle qui ne recevaient aucune intervention, mais rarement comparativement à d'autres interventions actives. Par conséquent, des interventions brèves dispensées de manière directe et individuelle sont susceptibles d'entraîner des effets plus positifs comparativement à des interventions électroniques dispensées de manière indirecte. Ces dernières ont cependant une portée prometteuse dans les groupes qui sont difficiles d'accès et coûtent relativement peu cher une fois le travail initial de développement de l'intervention accompli.

2.2 Facteurs entravant et facilitant la mise en œuvre

En dépit d'efforts considérables au fil des années pour persuader les praticiens de dispenser des interventions brèves dans leur pratique, la plupart ne le font pas encore. La mise à disposition du repérage précoce et d'interventions brèves (RPIB) en matière de consommation d'alcool à risque et de traitements des troubles liés à la consommation d'alcool (TCA) a été

étudiée dans six pays européens dans le cadre du projet AMPHORA (www.amphoraproject.net) (Autriche, Angleterre, Allemagne, Italie, Espagne et Suisse) au cours des années 2009-2012 (Drummond et al, 2013). Il existe des variations considérables entre les six pays au niveau de l'organisation et de l'exécution des interventions en matière d'alcool, Tableau 2.

Tableau 1. Coûts, impact et rapport coût-efficacité de différentes options politiques en Europe. Source : Anderson (2009).

Domaine cible Intervention(s) spécifique(s)	Couverture (%)	Sous-région de l'OMS (exemples de pays)								
		Eur-A (par ex. Espagne, Suède)			Eur-B (par ex. Bulgarie, Pologne)			Eur-C (par ex. Hongrie, Lettonie)		
		Coût annuel par million d'habitant s ^a	Effet annuel par million d'habitan ts (DALY sauvées)	\$i par DALY sauvé e ^b	Coût annuel par million d'habita nts ^a	Effet annuel par million d'habitan ts (DALY sauvées)	\$i par DALY sauvée ^b	Coût annuel par million d'habita nts ^a	Effet annuel par million d'habitan ts (DALY sauvées)	\$i par DALY sauvé e ^b
Éducation en milieu scolaire	80	0,84	–	N/A ^c	0,70	–	N/A ^c	0,34	–	N/A ^c
Interventions brèves auprès de buveurs excessifs	30	4,20	672	625 6	0,77	365	2100	1,78	667	2671
Campagne médiatique de masse	80	0,83	–	N/A ^c	0,95	–	N/A ^c	0,79	–	N/A ^c
Législation sur l'alcool au volant et son application (contrôles aléatoires de l'alcoolémie grâce aux alcootests)	80	0,77	204	376 2	0,74	160	4625	0,72	917	781
Accès réduit aux points de vente	80	0,78	316	247 5	0,56	414	1360	0,47	828	567
Interdiction globale de la publicité	95	0,78	351	222 6	0,56	224	2509	0,47	488	961
Augmentation de la taxe d'accise (de 20 %)	95	1,09	2301	472	0,92	726	1272	0,67	1759	380
Augmentation de la taxe d'accise (de 50 %)	95	1,09	2692	404	0,92	852	1083	0,67	1995	335
Application de la taxe (20 % en moins non comptabilisés)	95	1,94	2069	939	1,26	706	1780	0,87	1741	498
Application de la taxe (50 % en moins non comptabilisés)	95	2,21	2137	103 4	1,34	790	1692	0,93	1934	480

^a Coût de mise en œuvre en dollars internationaux de 2005 (millions).

^b Rapport coût-efficacité, exprimé en dollars internationaux par DALY sauvée.

^c Non applicable parce que l'importance de l'effet n'est pas significativement différente de zéro (le rapport coût-efficacité approcherait alors l'infini).

Tableau 2 Systèmes de santé et traitement des troubles liés à la consommation d'alcool.

Source : Drummond et al, 2013

	Mise à disposition d'interventions brèves et de dépistage de la consommation d'alcool à risque/ nocive	Mise à disposition d'un traitement de la dépendance à l'alcool par un spécialiste	Sources de financement du système de santé	Systèmes de surveillance du traitement en place	Disponibilité d'une stratégie nationale par rapport à l'alcool (incluant les aspects de la prestation de services)	Existence d'une décentralisation du système de santé
Autriche	Non	Oui : principalement en interne (unités/ hôpitaux), bien qu'allant vers des soins ambulatoires	Assurance sociale, Gouvernement/ taxation (locale, régionale, nationale), assurance privée et co-paiements	Pas mentionné spécifiquement mais les données de sortie des hôpitaux sont disponibles	Non : des mesures sont prises pour la développer mais on est encore loin du compte	Oui : il y a 9 Länder et un système très décentralisé. Plus des systèmes de santé à plusieurs niveaux
Angleterre	Oui : soins de santé primaires, accidents et urgences, et hors des heures ouvrées	Oui : au niveau communautaire ou en résidentiel – soins psychosociaux, de désintoxication et progressifs - certains traitent aussi les comorbidités physiques et mentales	Gouvernement/ taxation : et paiements directs des particuliers/ co-paiements	Oui NATMS (Système national de surveillance du traitement de l'alcoolisme)	Oui : peu ou pas de prestation de services	Oui : autorités de santé stratégiques, et potentiellement plus avec de nouvelles structures prévues dans la réorganisation actuelle du Service national de santé (NHS)
Allemagne	Des programmes de l'Organisme subsidiaire de la mise en œuvre (SBI) existent mais sont rarement mis en application	Oui : en ambulatoire, en hospitalisation et en rééducation. La décennie écoulée a connu une évolution vers un programme de soins plus court et plus intensif	Assurance sociale	Oui	Non	Oui : les 16 Bundesländer
Italie	Oui : soins de santé primaires - médecins généralistes uniquement, mais rarement mis en œuvre	Oui : principalement en ambulatoire : cliniques, services ou hôpitaux spécialisés dans l'addiction - assistés sur le plan médical et psychosocial. En hospitalisation par des organisations à but non lucratif	Taxes nationales et régionales, et co-paiements. L'assurance privée ne joue pas un rôle significatif du fait de la couverture universelle du Service national de santé	Oui	Oui : incluant les aspects de la prestation de services	Oui : 21 régions et 145 Autorités sanitaires locales (ASL)

		reconnues par le Service nationale de santé				
Espagne	Oui : soins de santé primaires et de plus en plus dans les autres contextes médicaux, et les services internes et externes des unités de santé mentale	Oui : en ambulatoire et en hospitalisation. Communautés thérapeutiques. L'entraide et l'auto-assistance communiquent avec les institutions de soins de santé	Taxation	Oui	Oui : mais ne contient rien sur la prestation de services	Oui : 17 communautés autonomes
Suisse	Oui : répandu, entrepris par la plupart des disciplines, mais mené de façon non officielle	Oui : série de soins en hospitalisation, en ambulatoire, médicaux et psychosociaux. La demande pour des traitements à grande échelle a diminué et le système de soins s'est adapté au cours des 10 dernières années	Taxation, assurance santé, et un mélange d'autres sources de financement (selon le service et le contexte particulier) Accès pratiquement gratuit pour le patient	Dans certains cantons uniquement	Oui : sous la forme d'un programme national, précurseur d'une stratégie. Mais pas grand-chose en termes de prestation de services	Oui : 26 cantons C'est un facteur important dans la variation et la fragmentation du traitement proposé

Tableau 3 Échantillon démographique et patients vus et dépistés positifs pour une consommation excessive d'alcool par semaine. Source : Drummond et al, (2013).

Pays	Sexe des répondants (% d'hommes)	Moyenne d'âge des répondants	Patients par semaine	Patients dépistés positifs/4 semaines (%)
Autriche	46,5 %	55,2	285	6,54 (0,5 %)
Allemagne	53,4 %	53,8	203	7,76 (0,9 %)
Italie	74,2 %	56,2	117	5,18 (1,1 %)
Catalogne	23,3 %	47,3	149	4,14 (0,7 %)
Suisse	61,8 %	52,5	98	4,40 (1,1 %)
Angleterre	52,4 %	46,5	110	3,87 (0,8 %)
Moyenne de tous les pays	56,3 %	52,7	154	5,34 (0,8 %)

Le **Tableau 3** montre qu'à travers les six pays, sur les 154 patients vus par semaine, seuls cinq ont été repérés pour un trouble lié à une consommation excessive d'alcool quand ce n'était pas le problème pour lequel ils se présentaient, au cours d'une période de quatre semaines, ce qui ne représente que 0,8 % des patients vus. Ce taux est considérablement inférieur à la prévalence réelle des troubles liés à une consommation excessive dans les soins primaires.

La Figure 2 montre que les médecins généralistes avaient un niveau de connaissance et de compréhension assez élevé des outils de dépistage, mais l'utilisation réelle de ces outils était réduite à travers les six pays. Les généralistes ont rapporté les contraintes de temps et le risque de contrarier le patient comme étant les deux obstacles principaux au dépistage de troubles liés à une consommation excessive d'alcool, Tableau 4.

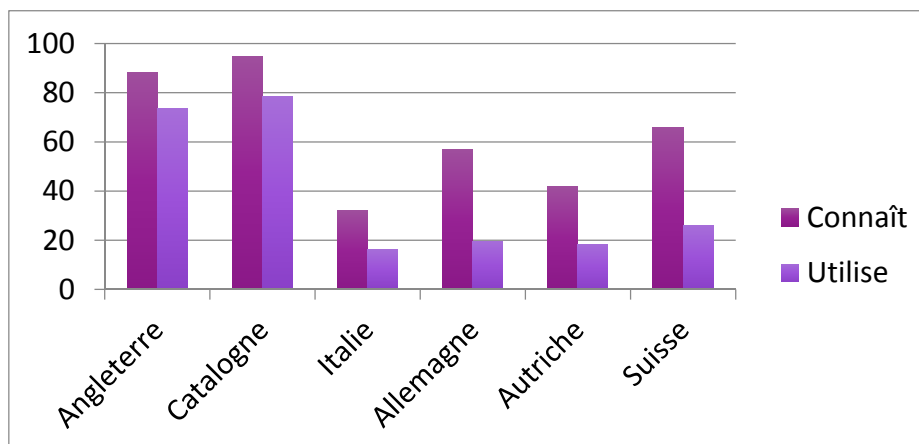


Figure 2 Les médecins généralistes connaissent-t-ils bien les outils standardisés de dépistage des problèmes liés à une consommation excessive d'alcool et les utilisent-ils ? Source : Drummond et al, (2013).

Tableau 4 Principaux obstacles au dépistage des problèmes liés à l'alcool dans les soins primaires. Source : Drummond et al, (2013)

Motif	Nombre de réponses	Pourcentage de cas
Contraintes de temps	209	70,6
Manque d'incitations financières	87	29,4
Risque de contrarier le patient	147	49,7
Manque de formation	60	20,3
Manque de services vers lesquels référer le patient	67	22,6
Autres motifs	81	27,4

La Figure 3 montre que les médecins généralistes avaient un niveau de connaissance et de pratique des interventions brèves assez élevé à travers les six pays. Les généralistes ont rapporté les contraintes de temps et le manque de formation comme étant les deux principaux obstacles à la mise en œuvre d'interventions brèves autour de l'alcool, Tableau 5.

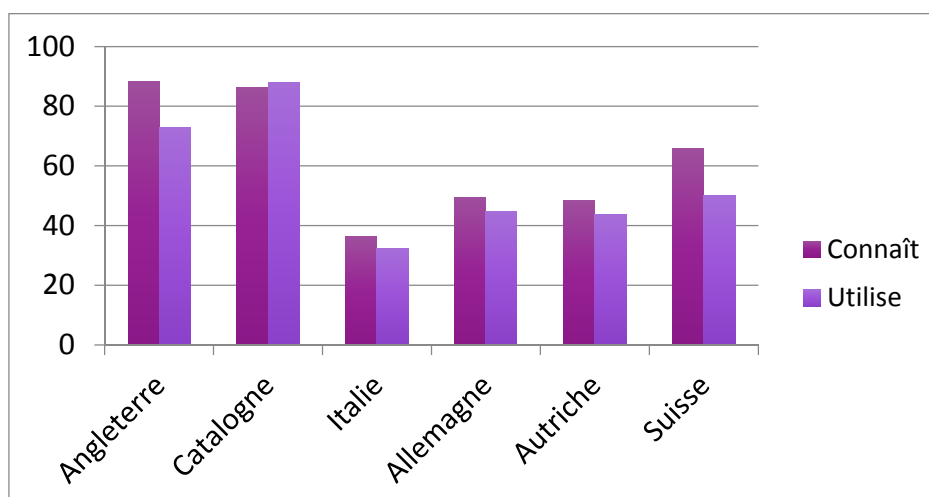


Figure 3 Les médecins généralistes connaissent-t-ils bien les interventions brèves et les utilisent-ils ? Source : Drummond et al, (2013)

Tableau 5 Principaux obstacles aux interventions brèves autour de l'alcool dans les soins primaires. Source : Drummond et al, (2013)

Motif	Nombre de réponses	Pourcentage de cas
Contraintes de temps	224	72,0
Manque d'incitations financières	97	31,2
Risque de contrarier le patient	87	28,0
Manque de formation	125	40,2
Manque de services vers lesquels référer le patient	68	21,9
Autres motifs	33	10,6
Total	634	

Une revue systématique plus récente et une analyse de méta-régression de 29 études portant sur les déterminants d'une mise en œuvre réussie du RPIB pour la consommation d'alcool à risque et nocive dans les soins de santé primaires ont trouvé que des stratégies de mise en œuvre professionnelles et orientées vers le patient pouvaient améliorer les taux de repérage (effet standardisé 0,53 ; IC à 95 % 0,28-0,78) et de conseil (effet standardisé 0,64 ; IC à 95 % 0,27-1,02) (Keuhorst et al. (2015). Dans l'ensemble, les stratégies de mise en œuvre qui incluaient les résultats des patients ne trouvaient aucun impact sur la consommation d'alcool des patients (effet standardisé 0,07 ; IC à 95 % -0,02–0,16).

La méta-régression a montré que l'application de composantes multiples de chaque catégorie de mise en œuvre, et la combinaison de stratégies de mise en œuvre professionnelles avec des stratégies orientées vers le patient était plus efficace que les stratégies uniques appliquées isolément portant sur la consommation d'alcool et les résultats du RPIB. De plus, en ciblant les stratégies de mise en œuvre avec des équipes de soins de santé primaires multidisciplinaires plutôt qu'avec les seuls médecins augmentait les taux de repérage en général.

On a trouvé des preuves de l'effet perçu et réel que la mise en œuvre du RPIB a sur la charge de travail d'un praticien, en particulier si tous les jeunes et tous les adultes sont dépistés dans la pratique courante. Le temps supplémentaire que requiert une telle mise en œuvre peut être un obstacle à l'acceptabilité et donc à la volonté de mettre effectivement en place un tel programme. La mise en œuvre de programmes de RPIB nécessite un travail d'équipe entre les médecins, les infirmiers et le personnel non clinique, avec une prise en considération de l'étendue de l'implication et des rôles spécifiques des membres de l'équipe.

Les visites dans les services de soins primaires pour des consultations spécifiques et les enregistrements de nouveaux patients sont considérés comme des occasions moins menaçantes pendant lesquelles il est possible d'aborder la consommation d'alcool dans le cadre d'une discussion plus générale autour de questions liées au mode de vie, telles que le régime alimentaire, la pratique de l'exercice et le tabagisme. D'autres données issues de trois études qualitatives réalisées au Royaume-Uni confirment que les praticiens et les usagers considèrent eux-aussi les consultations spécifiques, les rendez-vous d'enregistrement et les consultations de routine comme des occasions de discuter dans un environnement et un contexte moins menaçants.

Il existe des données attestant d'une sous-activité générale en matière de discussion sur l'alcool avec les usagers des services. Des données suggèrent que même lorsque la consommation d'alcool est excessive, les usagers des services ne sont pas interrogés à propos de leur consommation, et ils sont moins souvent conseillés en termes de comportements par rapport à la consommation d'alcool que pour d'autres comportements liés au mode de vie, comme l'exercice, le régime alimentaire et le tabagisme, et moins souvent que ce à quoi s'attendent ces usagers. Certaines raisons possibles à cela figurent dans une étude qualitative finnoise réalisée auprès de médecins généralistes ; ceux-ci ont rapporté qu'ils étaient réticents à interroger les usagers à propos de leur consommation d'alcool à moins de voir des signes évidents de comportement à risque lié à l'alcool.

Il existe des données probantes issues des points de vue des praticiens des soins primaires indiquant une insuffisance dans les connaissances perçues en termes de détection des individus à risque. Il existe aussi des données probantes indiquant une confusion à propos des directives actuelles relatives au comportement en matière d'alcool et des bénéfices connus de la consommation avec modération. Cela peut affecter la confiance et la motivation des praticiens par rapport à la mise en œuvre efficace de programmes de dépistage et d'interventions brèves. Il existe des données probantes qualitatives issues de trois études qui se sont penchées sur les points de vue des usagers, et qui rapportent qu'une discussion à propos de la consommation d'alcool est facilitée par une bonne relation avec le professionnel de santé. En outre, des données prouvent que les praticiens se préoccupent de ne pas offenser les usagers en abordant le sujet de l'alcool par crainte de perturber la relation thérapeutique.

2.3 Conclusions de la base de données probantes

La base de données probantes est conséquente et solide, et justifie un déploiement à grande échelle et la mise en œuvre à tous les niveaux juridictionnels de programmes de RPIB pour les consommateurs adultes. Les programmes de RPIB sont efficaces pour réduire les niveaux de consommation d'alcool et les dommages liés à l'alcool. Les programmes d'interventions brèves ont un rapport coût-efficacité élevé et permettent éventuellement, dans certaines circonstances, de faire des économies. Les données sont insuffisantes pour savoir si les programmes de RPIB sont aussi efficaces pour les plus jeunes et les personnes plus âgées. On ignore si les programmes de RPIB sont efficaces auprès des femmes enceintes. Malgré les preuves de leur efficacité, la mise en œuvre des programmes de RPIB dans les soins de santé primaires est très faible. Les contraintes de temps, le manque de formation et un soutien inadéquat sont les raisons avancées par les prestataires pour expliquer cette mauvaise prestation. Par conséquent, malgré des progrès réalisés dans la diffusion de données probantes à l'appui de ces programmes et dans le développement de directives nationales sur le RPIB, le manque de temps et de rémunération restent des obstacles récurrents pour ce travail. Ainsi, il est nécessaire d'encourager les responsables politiques nationaux et locaux à trouver des moyens d'inciter à ce travail et de l'intégrer dans les services déjà très chargés de soins de santé primaires.

2.4 Conseils pour la pratique clinique

Population cible :

Des adultes qui ont été identifiés au moyen d'un outil de repérage validé comme étant des cas positifs pour lesquels une intervention est indiquée. Les données ne soutiennent pas que les jeunes ou les personnes âgées soient des groupes cible spécifiques. Les données sont insuffisantes pour recommander la mise en œuvre de programmes systématiques spécifiques durant les soins anténataux.

Repérage :

Les praticiens peuvent utiliser tous les contacts avec les clients pour réaliser le repérage, sur une base à la fois universelle (par exemple, lors de l'enregistrement de nouveaux patients) et ciblée (par exemple, en se concentrant sur des groupes pouvant présenter un risque accru de dommages causés par l'alcool et/ou sur ceux atteints d'une maladie liée à l'alcool, comme les personnes d'âge moyen ou atteintes d'hypertension). L'instrument de repérage recommandé est soit le questionnaire AUDIT complet en 10 questions, soit le questionnaire AUDIT-C en 3 questions. La valeur seuil recommandée pour les adultes pour le questionnaire AUDIT complet en 10 questions est de 8 (le test est positif si un score de 8 ou plus est obtenu) et de 5 ou 4 pour le questionnaire AUDIT-C en 3 questions (5 ou plus pour les hommes et 4 ou plus pour les femmes).

Interventions brèves :

Lorsque les clients sont dépistés positifs avec un instrument de repérage, tous les praticiens devraient intervenir et effectivement délivrer une intervention brève structurée au sujet de l'alcool à l'aide de ressources reconnues, basées sur des données probantes, et fondées sur les

principes FRAMES et les Cinq A décrits plus loin dans ce document. Si cela ne peut être proposé tout de suite, un rendez-vous doit être envisagé dès que possible. Une intervention brève structurée doit prendre entre 5 et 10 minutes et doit : aborder les dommages potentiels causés par le niveau de consommation d'alcool et les raisons pour lesquelles ces patients doivent changer de comportement, en mettant en avant les bénéfices en termes de santé et de bien-être ; aborder les obstacles au changement ; décrire des stratégies pratiques d'aide à la réduction de la consommation d'alcool ; aborder la consommation (la composante "menu" de FRAMES) ; et parvenir à une série d'objectifs. Là où il existe une relation suivie avec le patient ou le client, les praticiens doivent surveiller de manière routinière les progrès que ceux-ci ont accomplis pour réduire leur consommation d'alcool jusqu'à ce qu'ils atteignent un niveau à faible risque. Lorsque cela est nécessaire, il faut proposer une séance supplémentaire d'intervention brève ou, s'il n'y a pas eu de réponse, proposer une intervention brève étendue. Les patients peuvent être dirigés vers des applications en ligne, sur ordinateur et sur téléphone mobile, qu'ils seront encouragés à utiliser pour les soutenir dans leur changement comportemental.

Interventions étendues :

Les adultes qui n'ont pas répondu à une intervention brève structurée sur l'alcool peuvent avoir besoin d'une intervention étendue de la part de praticiens spécifiquement formés. Cela peut prendre la forme d'entretiens motivationnels ou d'une thérapie d'amélioration de la motivation. Les séances doivent durer de 20 à 30 minutes et ont comme but d'aider les personnes à réduire la quantité d'alcool qu'ils consomment pour atteindre un niveau de risque moindre, à réduire les comportements de prise de risque dus à la consommation d'alcool, ou à envisager l'abstinence. Les personnes qui ont bénéficié d'une intervention brève étendue doivent être suivies et évaluées. Il peut s'avérer nécessaire de proposer jusqu'à quatre séances supplémentaires, ou de référer les patients vers un service spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme.

Orientation vers un spécialiste :

Il faut envisager d'orienter les patients vers un traitement spécialisé si une ou plusieurs des circonstances suivantes sont avérées : les patients montrent des signes de dépendance à l'alcool modérée ou sévère ; l'intervention brève et brève étendue ne leur ont pas apporté les bénéfices attendus, et ils souhaitent recevoir une aide plus importante pour un problème avec l'alcool. Ils peuvent aussi montrer des signes d'altération grave de leur état de santé ou avoir des problèmes de comorbidité dus à leur consommation d'alcool (par exemple, une maladie hépatique ou des troubles de la santé mentale liés à l'alcool).

2.5 Conseils pour les organismes gouvernementaux et les bailleurs de fonds des systèmes de soins de santé

Les gouvernements peuvent soutenir les programmes de RPIB dans les services de soins de santé primaires en garantissant que les lignes directrices cliniques pour ces interventions soient largement disponibles ; que les prestataires reçoivent la formation, le matériel et le conseil dont ils ont besoin pour établir de tels programmes ; et qu'ils soient correctement rémunérés pour ces interventions, soit dans le cadre d'initiatives d'amélioration de la qualité, soit avec des paiements à l'acte.

Les prestataires de soins de santé primaires trouvent plus facile d'entreprendre ces interventions lorsqu'ils sont soutenus par des services spécialisés vers lesquels référer les cas difficiles à gérer. Dans la gestion des troubles liés à la consommation excessive d'alcool, la transition des soins primaires vers les soins spécialisés devraient idéalement se faire sans rupture.

Possibilités d'action par les organismes gouvernementaux et les bailleurs de fonds des systèmes de soins de santé

Préserver le statu quo en présumant que les buveurs à risque reçoivent déjà, par la force des choses, des conseils de la part de leurs prestataires de soins de santé primaires, et que les personnes atteintes de troubles liés à une consommation excessive d'alcool reçoivent déjà un

traitement approprié, principalement auprès de services spécialisés. Cependant, toutes les données suggèrent que cette hypothèse est fortement improbable. Et en l'absence d'enquêtes ou d'estimations fiables du rapport prestations-besoins, il est impossible de savoir avec exactitude quelle est la situation actuelle. On pourrait penser que préserver le statu quo est une option qui ne coûte rien, mais il s'agit d'une fausse supposition. En investissant dans les programmes de RPIB non seulement on améliore la santé et on sauve des vies, mais cela permet également d'économiser l'argent des systèmes de santé. De plus, on peut mettre en avant le fait que les personnes qui souffrent de troubles liés à une consommation excessive et nocive d'alcool, et d'une dépendance, ont un droit moral si non légal de recevoir un traitement approprié.

Se fixer pour objectif de mettre des programmes de RPIB à la disposition d'au moins 30 % de la population à risque de consommation excessive d'alcool. Cet objectif pourrait être atteint en mettant en place les systèmes appropriés, y compris la formation des prestataires, de façon à ce que l'on propose ces interventions à chaque patient qui s'enregistre auprès d'un nouveau prestataire de soins, qui passe un bilan de santé, qui consulte un prestataire pour des catégories particulières de maladies (telles que l'hypertension ou la tuberculose), ou qui se rend dans des types particuliers de cliniques.

Se fixer pour objectif de mettre des programmes d'identification précoce et d'intervention brève à la disposition d'au moins 60 % de la population à risque. Cet objectif plus ambitieux nécessiterait que l'on offre ces interventions à chaque patient bénéficiant des services de soins de santé primaires, indépendamment du motif de sa consultation. Cela nécessiterait aussi un investissement plus important dans la formation et le soutien des prestataires de soins de santé primaires.

3. Soins d'urgence

3.1 Efficacité des interventions mises en œuvre dans les services des accidents et des urgences

Comparativement aux soins de santé primaires, la base de données probantes disponible est beaucoup moins importante concernant l'impact d'une intervention brève entreprise dans les services de soins d'urgence (Kaner, 2012). Sur 34 essais randomisés contrôlés individuels identifiés dans la revue entreprise pour le projet BISTAIRS, seules neuf études ont pu déterminer un effet systématique de l'intervention brève sur les niveaux de consommation d'alcool, et 3 d'entre elles seulement un effet persistant à 12 mois de suivi (Schmidt et al, 2013). La majorité des études ont rapporté des améliorations comparables dans les groupes de contrôle, ou la supériorité de l'intervention brève dans certaines mesures uniques (secondaires) de résultats ou des effets de l'intervention brève sur des sous-groupes spécifiques. Une revue systématique entreprise pour le projet AMPHORA a comparé les résultats d'études entreprises en Europe avec ceux d'études entreprises dans le reste du monde (Drummond et al, 2013). La Figure 4 synthétise les résultats et prouve que les interventions brèves fonctionnent, et c'est le cas pour les études européennes tout autant que pour celles réalisées dans le reste du monde. Dans les études européennes, les interventions brèves ont entraîné une consommation d'environ 9 grammes d'alcool en moins (une boisson) par semaine comparativement à des groupes n'ayant pas bénéficié de l'intervention brève 12 mois après l'intervention.

Dans l'essai britannique appelé "SIPS", mené dans les services de soins d'urgence, il n'y avait pas de différence de résultat à 6 et 12 mois de suivi entre les patients qui recevaient une brochure d'information, ceux à qui l'on dispensait une intervention brève ou ceux à qui l'on dispensait une intervention brève sur le mode de vie par rapport à la consommation d'alcool à risque, les trois options aboutissant à une réduction de la consommation d'alcool à risque (Drummond et al, 2014).

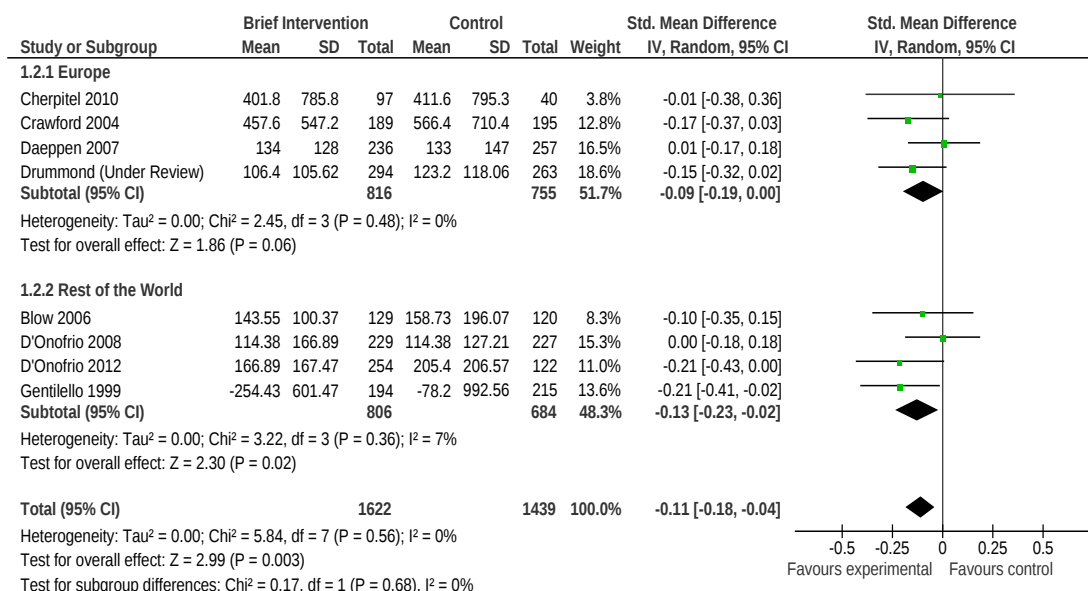


Figure 4 Graphique en forêt issu d'une méta-analyse des services d'urgence. Différence moyenne standardisée estimée (avec déviation standard) de la valeur de quantité finale pour la consommation d'alcool en grammes par semaine à 12 mois de suivi entre les groupes d'intervention brève et les groupes de contrôle dans les essais inclus pour la région européenne et le reste du monde. Source : Drummond et al, (2013).

3.2 Conclusions de la base de données probantes

Pour les soins d'urgence, la base de données probante est mitigée bien que dans l'ensemble, elle suggère un impact possible sur la réduction de la consommation d'alcool à risque, même si le simple fait de remettre au patient une brochure d'information semble aussi efficace que l'intervention brève ou brève étendue. Les interventions ont un bon rapport coût efficacité, mais pas autant que celles mises en place dans les soins de santé primaires. La mise en œuvre de programmes de RPIB dans les services des accidents et des urgences est très mauvaise. Les contraintes de temps et le manque de formation sont les motifs avancés par les prestataires pour expliquer cette mauvaise prestation.

3.3 Conseils pour les cliniciens

Si l'on tient compte des coûts d'opportunité et des coûts financiers liés à la délivrance de programmes d'intervention brève, les services de soins de santé d'urgence devraient vraiment envisager la mise en place de ces programmes.

Population cible :

Les adultes qui ont été identifiés au moyen d'un outil de repérage validé comme étant des cas positifs, pour lesquels un conseil est indiqué.

Identification :

Le personnel des soins de santé d'urgence peut utiliser tous les contacts avec les patients pour mener à bien l'identification. Il est possible que l'on atteigne jusqu'à deux cinquièmes de cas déclarés positifs parmi tous les patients dépistés. L'instrument d'identification recommandé est soit le questionnaire AUDIT complet en 10 questions, soit le questionnaire AUDIT-C en 3 questions. La valeur seuil recommandée pour les adultes pour le questionnaire AUDIT complet en 10 questions est de 8 (le test est positif si un score de 8 ou plus est obtenu) et de 5 ou 4 pour le questionnaire AUDIT-C en 3 questions (5 ou plus pour les hommes et 4 ou plus pour les femmes). Étant donné les contraintes de temps élevées du personnel des services d'urgence, un questionnaire en une question pourra être utilisé (le M-SASQ). Cette question est simple : "À

quelle fréquence consommez-vous X boissons ou plus en une seule occasion ?" avec X = 5 pour les femmes et 6 pour les hommes, une fréquence mensuelle ou plus élevée étant considérée comme un dépistage positif. Les professionnels doivent travailler en ayant à l'esprit qu'il vaut toujours mieux proposer une intervention, peu susceptible de causer des dommages que de ne rien faire lorsqu'il y a un vrai problème.

Intervention brève :

Lorsque les consommateurs excessifs d'alcool sont repérés à l'aide d'un instrument d'identification, les praticiens devraient fournir une intervention brève structurée au sujet de l'alcool en utilisant des ressources reconnues, basées sur des données probantes, et selon les principes FRAMES décrits plus loin dans ce document. Une intervention doit durer entre 5 et 15 minutes et doit : aborder les dommages potentiels causés par le niveau de leur consommation d'alcool et les raisons pour lesquelles ils devraient changer de comportement, y compris les bénéfices qu'ils pourraient en tirer en termes de santé et de bien-être ; aborder les obstacles au changement ; mettre en avant des stratégies pratiques pour aider à réduire la consommation d'alcool ; aborder la consommation (la composante "menu" de FRAMES) ; et parvenir à une série d'objectifs. Si les ressources ou le temps sont insuffisants pour dispenser une telle intervention structurée, une alternative possible est de simplement remettre au patient une brochure d'information lui conseillant de réduire sa consommation. Les patients peuvent être dirigés vers des applications en ligne, sur ordinateur et sur téléphone mobile, qu'ils seront encouragés à utiliser pour les soutenir dans leur changement comportemental.

Orientation vers un spécialiste :

Il faut envisager d'orienter les patients vers un traitement spécialisé si une ou plusieurs des circonstances suivantes sont avérées : les patients montrent des signes de dépendance à l'alcool modérée ou sévère ; l'intervention brève structurée et brève étendue ne leur ont pas apporté les bénéfices attendus, et ils souhaitent recevoir une aide plus importante pour un problème avec l'alcool ; ils peuvent aussi montrer des signes d'altération grave de leur état de santé ou avoir des problèmes de comorbidité dus à leur consommation d'alcool (par exemple, une maladie hépatique ou des troubles de la santé mentale liés à l'alcool).

3.4 Conseils pour les organismes professionnels et les systèmes de santé

Les organismes professionnels et les systèmes de santé qui représentent et sont responsables des prestataires de soins de santé travaillant dans les services des accidents et des urgences devraient développer et diffuser des lignes directrices cliniques et opérationnelles pour la mise en œuvre de programmes de RPIB en matière de consommation d'alcool à risque dans les services des accidents et des urgences.

4. Lieux de travail

4.1 Efficacité des interventions

Huit essais randomisés contrôlés menés sur des lieux de travail ont été identifiés lors de la revue entreprise dans le cadre du projet BISTAIRS (Schmidt et al, 2013). Les résultats étaient équivoques et il y avait une hétérogénéité dans les populations incluses, les mesures de résultats et les intensités des interventions. Il n'était pas possible de conclure si oui ou non l'intervention brève était efficace sur le lieu de travail.

Une revue entreprise dans le cadre du projet européen EWA (Le monde du travail en Europe et l'alcool), cofinancé par la Commission européenne (Anderson, 2011), a identifié une revue systématique des interventions sur les lieux de travail pour les problèmes liés à l'alcool (Webb et al, 2009) qui incluait seulement dix études d'interventions, parmi lesquelles cinq étaient des interventions basées sur le conseil, et quatre des études d'intervention brève/avec rétroaction/avec envoi de courrier. La dixième étude était un programme de soutien par les pairs. Le conseil et les interventions associées comprenaient deux grands types de stratégies : la formation aux compétences psychosociales ; l'intervention brève, notamment un feedback des résultats de la consommation telle que rapportée par le patient, les facteurs liés au mode de vie et des bilans de santé généraux ; enfin de l'éducation par rapport à l'alcool dispensée

via un site Web sur Internet. Les interventions psychosociales comprenaient l'orientation vers des pairs, le renforcement de l'esprit d'équipe et la gestion du stress, et des compétences dérivées du modèle d'apprentissage social. Pour les bilans de santé, les sujets couverts, en plus de l'alcool, étaient le tabagisme, l'exercice, le régime alimentaire, le poids, le stress, la dépression, la tension artérielle, le cholestérol, le diabète, le cancer, la sécurité, les risques pour la santé et les soins préventifs. Les interventions basées sur le conseil soit n'ont eu aucun effet, soit leurs effets ont été restreints, rapportés par les patients uniquement, qui ont exprimé l'envie de changer plutôt que de montrer un changement de comportement réel. Les quatre études d'intervention brève/avec rétroaction/avec envoi de courrier étaient des interventions pratiques et potentiellement durables qui ont atteint des résultats assez comparables aux interventions de conseil plus intensives. Cependant, les résultats étaient rapportés par les patients eux-mêmes.

Programmes dispensés sur ordinateur :

Une méta-analyse de 75 essais randomisés contrôlés ayant inclus plus de 35.000 participants et évalué 82 interventions séparées de promotion de la santé dispensées sur ordinateur a conclu que les interventions dispensées sur ordinateur pouvaient aider les personnes à améliorer différents comportements de santé, y compris leur consommation d'alcool et de substances nocives (onze études) (Portnoy et al, 2008). Une dose d'intervention plus importante renforçait l'impact sur la réduction de l'usage de substances nocives. Une étude a évalué l'efficacité d'un programme d'évaluation personnalisée en ligne sur la consommation d'alcool, dispensé à de jeunes adultes sur leur lieu de travail (Doumas & Hannah, 2008). Les résultats indiquaient que les participants du groupe d'intervention rapportaient des niveaux de consommation d'alcool significativement plus faibles que ceux du groupe de contrôle à 30 jours de suivi. Cela était plus particulièrement vrai pour les participants classés comme étant des consommateurs à haut risque au moment de l'évaluation de référence. Le fait d'ajouter une séance d'entretien motivationnel de 15 minutes n'augmentait pas l'efficacité du programme d'évaluation en ligne.

Dépistage obligatoire :

Une revue systématique réalisée par Cochrane pour évaluer l'effet du dépistage obligatoire des conducteurs professionnels en matière d'alcool et par rapport à l'usage de substances nocives pour prévenir des accidents, ou des effets en lien avec le travail comme les congés de maladie dus à des blessures (Cashman et al, 2009), n'a identifié que deux études de séries chronologiques interrompues (Swena, 1999 et Spicer, 2005). Spicer (2005) a rapporté l'évaluation d'un programme de prévention de l'abus de substances nocives axée sur les pairs sur le lieu de travail et d'un programme d'intervention précoce (appelé PeerCare) déjà mis en œuvre dans le contexte de contrôles aléatoires sur la consommation d'alcool et de substances nocives à l'échelle fédérale dans un concept de séries chronologiques interrompues, entre 1983 et 1996. Swena (1999) a rapporté l'évaluation de contrôles aléatoires en matière de consommation de substances nocives, qui sont obligatoires à l'échelle fédérale, par rapport aux accidents de camion mortels à travers le pays dans un concept de séries chronologiques interrompues, entre 1983 et 1997. L'étude basée sur le lieu de travail au sein de la compagnie de transport a trouvé que bien que les contrôles de l'alcoolémie soient associés à une diminution des accidents tout de suite après l'intervention (-1,25 accidents/100 personnes-années, IC à 95 % -2,29 à -0,21), il n'y avait pas de changement significatif dans la tendance à long terme déjà à la baisse (-0,28 accidents/100 personnes-années/an, IC à 95 % -0,78 à 0,21). Par rapport aux contrôles aléatoires obligatoires à l'échelle fédérale pour les substances nocives, les deux études n'ont trouvé aucun effet bénéfique immédiat, mais ont trouvé en revanche des diminutions significatives des taux annuels d'accidents en plus de la tendance dans le temps déjà à la baisse, -0,19 accidents/100 personnes-années/an, IC à 95 % -0,30 à -0,07 pour la compagnie de transport (Spicer, 2005), et -0,83 accidents mortels/100 millions de véhicules-kilomètres/an, IC à 95 % -1,08 à -0,58 pour l'étude nationale (Swena, 1999). Une revue systématique des interventions destinées à prévenir les accidents dans l'industrie de la construction n'a identifié que cinq études (van der Molen et al, 2007), dont l'une d'elles a évalué si les programmes pour des lieux de travail sans substances nocives, incluant l'alcool, prévenaient les accidents au travail (Wickizer et al, 2004). Globalement, dans les industries de services, manufacturières et de la construction, les sociétés qui ont des programmes favorisant

un lieu de travail sans substances nocives présentaient une nette réduction de 3,33 accidents par 100 personnes-années, comparativement aux sociétés dépourvues de tels programmes, avec une réduction plus importante pour les industries de services que pour celles de la construction et manufacturières.

Les interventions qui se concentrent sur la promotion de la santé et des modes de vie différents plutôt que sur les troubles pathologiques ont obtenu une meilleure participation et ont permis une réduction plus importante de la consommation d'alcool à risque au contraire de celles qui se sont concentrées sur des sanctions punitives (Sieck & Heirich, 2010). Un modèle inclusif de prévention minimise la probabilité pour les employés de se sentir isolés du fait de leur consommation excessive d'alcool ou de leur participation à un programme d'intervention dans un contexte punitif. Cependant, les données sur l'impact des programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail sont limitées. Dans une revue systématique, Kuoppala et al (2008) ont identifié 46 études suggérant que la promotion de la santé sur le lieu de travail pouvait améliorer les aptitudes au travail (risque relatif (RR), 1,4 ; valeurs de 1,2 à 1,7), bien qu'elle ne diminue pas l'absence-maladie. Globalement, il n'y avait pas d'impact sur le bien-être mental et physique. Les programmes d'activité physique étaient efficaces pour accroître le bien-être global (RR, 1,25 ; valeurs de 1,05 à 1,47) et les capacités de travail (RR, 1,38 ; valeurs de 1,15 à 1,66), mais les méthodes d'éducation et psychologiques ne l'étaient pas. Dans une autre revue systématique de 27 articles identifiés, Kuoppala et al (2008) ont trouvé des données prouvant que le leadership au travail peut améliorer le bien-être au travail (RR, 1,40, valeurs de 1,36 à 1,57), et diminuer l'absence-maladie (RR 0,73, valeurs de 0,70 à 0,89) et les prestations d'invalidité (RR 0,46, valeurs de 0,42 à 0,59).

Une revue systématique des effets des programmes de promotion de la santé sur le présentéisme sur le lieu de travail a identifié 14 études, parmi lesquelles dix sont décrites comme présentant des données probantes préliminaires en termes d'effets prometteurs sur le présentéisme dans leurs groupes d'employés et leurs lieux de travail respectifs (Cancelliere et al, 2011). Deux études sont décrites comme présentant les données probantes les plus solides, l'une incluant l'exercice sur le lieu de travail (Nurminen et al, 2002), l'autre, l'impact d'un programme d'éducation de superviseurs concernant la promotion de la santé mentale (Takao et al, 2006). Cependant, même dans ces deux études, les données probantes sont soit absentes, soit très faibles. Dans l'étude de Nurminen et al (2002), des femmes effectuant des travaux de blanchisserie exigeants sur le plan physique ont été randomisées individuellement dans un groupe d'intervention ou un groupe de contrôle, les sujets du groupe d'intervention participant à une formation sur la pratique de l'activité physique au travail animée par un physiothérapeute. Ces femmes ont été suivies à 3, 8, 12 et 15 mois. Même si à 12 mois, le nombre d'employées ayant une bonne capacité de travail perçue a davantage augmenté dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle (11,0 %, IC à 95 % 0,2–21,9), de même que le pronostic d'aptitude au travail par rapport à la santé à 8 mois (8,1 %, IC à 95 % 0,5–16,3), il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes concernant la satisfaction par rapport à leur emploi, l'indice de capacité de travail ou l'absence-maladie.

4.2 Rapport coût-efficacité des interventions

Malgré des données probantes limitées en matière de programmes de promotion de la santé efficaces sur le lieu de travail, plusieurs méta-analyses ont rapporté des retours sur investissement positifs concernant des programmes pour le bien-être au travail (Chapman, 2003 ; 2005 ; Baicker et al, 2010). Dans leur revue systématique des études réalisées aux États-Unis, Baicker et al (2010) ont identifié 22 études faisant état des coûts des soins de santé des employés, et 22, des coûts de l'absentéisme. Il faut rappeler ici qu'aux États-Unis, plus de 60 % des personnes obtiennent leur assurance santé par le biais d'un plan basé sur l'emploi. La méthode d'intervention sur le lieu de travail la plus fréquemment utilisée était de loin l'évaluation du risque pour la santé, une enquête auprès des employés, qui collecte d'abord des données de santé rapportées par les personnes elles-mêmes. Ces données sont ensuite utilisées par l'employeur pour adapter l'intervention qui va suivre. Le second dispositif d'intervention pour le bien-être le plus couramment utilisé était la mise à disposition de matériel pédagogique d'aide personnelle, le conseil individuel avec des professionnels de soins de

santé, ou des activités de groupe sur le lieu de travail sous la direction d'un personnel qualifié. L'utilisation de mesures incitatives pour motiver la participation a été observée dans 30 % des programmes. Les sujets les plus couramment abordés dans les programmes concernaient l'obésité et le tabagisme. Soixante-dix pour cent des programmes portaient sur plusieurs facteurs de risque, notamment la gestion du stress, les soins du dos, la nutrition, la consommation d'alcool, la tension artérielle et les soins préventifs, en plus du tabagisme et de l'obésité. On a trouvé que les coûts médicaux sont tombés de 3,27 \$ pour chaque dollar dépensé sur les programmes de bien-être, et les coûts des jours d'absence sont tombés de 2,73 \$ pour chaque dollar dépensé. Bien entendu, il y a un certain nombre de réserves par rapport à la validité de ces résultats : premièrement, les firmes qui mettent en œuvre des programmes pour le bien-être de leurs employés sont vraisemblablement celles avec les bénéfices attendus les plus élevés ; deuxièmement, il est difficile de mesurer l'étendue des biais de publication, les programmes qui ont un retour sur investissement élevé étant les plus susceptibles d'être publiés ; et troisièmement, presque toutes les études ont été mises en œuvre par de grosses entreprises, qui ont plus de chances que d'autres d'avoir les ressources et les économies d'échelle nécessaires, à la fois pour mettre en œuvre des programmes pour le bien-être de leurs employés et pour parvenir ainsi à de larges économies.

Concernant **les lieux de travail**, les données qui apportent les preuves de l'impact des interventions brèves basées sur la santé au travail sont très limitées et n'apportent pas de conclusions claires pour la pratique. Cependant, les services de santé au travail pourraient envisager de proposer une intervention brève aux employés qui sont considérés comme des consommateurs d'alcool à risque. Le plus important pour ce milieu - le lieu de travail, ce sont les politiques globales sur l'alcool au travail, intégrées dans des politiques globales favorisant des modes de vie sains et des actions sur le lieu de travail qui prennent en compte les environnements structurels et professionnels qui accroissent en premier lieu la consommation d'alcool à risque (Anderson, 2011).

4.3 Conseils aux employeurs

Bien que les données qui apportent les preuves de l'impact des programmes d'intervention brève basés sur la santé au travail soient très limitées et n'apportent pas de conclusions claires pour la pratique, les services de santé au travail peuvent envisager de les proposer. De tels programmes doivent être mis en œuvre dans le cadre d'initiatives pour le bien-être au travail.

5. Services sociaux

5.1 Efficacité

Sept essais randomisés contrôlés menés dans des services sociaux ont été identifiés dans la revue entreprise dans le cadre du projet BISTAIRS (Schmidt et al, 2014). Trois études ont été menées dans des services de justice pénale, dans un contexte d'infractions pour conduite en état d'ivresse ou d'infractions avec violence en état d'ivresse. Deux études incluaient des personnes sans domicile fixe : soit des vétérans de guerre, soit des adolescents. Les deux études restantes ont été menées dans le cadre d'une thérapie communautaire : l'une dans un centre de conseil sur l'alcool et la drogue, et dans l'autre, une intervention brève sur l'alcool était intégrée dans le cadre d'un traitement pour sevrage tabagique. Les résultats étaient équivoques et les populations incluses, les mesures de résultats et les intensités des interventions étaient hétérogènes. D'après ces études publiées, il n'est pas possible de conclure que l'intervention brève est efficace dans les services sociaux.

5.2 Conclusion de la base de données probantes en termes d'impact

La base de données probantes est réellement inexistante et bien que certaines revues (Moyer et al, 2002) et certains essais (Organisation mondiale de la Santé, 1992) aient inclus les services sociaux, il est difficile d'identifier un impact positif clair des interventions brèves. L'essai "SIPS"

réalisé au Royaume-Uni dans le système de justice pénale, qui se rapproche le plus du style des interventions brèves comprises dans le projet BISTAIRS, a trouvé des preuves d'impact lorsqu'un patient reçoit une brochure d'information, une intervention brève et des conseils brefs de mode de vie, sans aucune différence entre les trois interventions. Du fait de la rareté des données probantes, plutôt que de suggérer un déploiement global de programmes d'interventions brèves dans les services sociaux, il vaudrait mieux rassembler les données utiles en faveur de l'acceptabilité et de la faisabilité de l'intervention brève, en générant des données utiles sur la préparation du système, jusqu'à ce que l'on dispose de plus de preuves d'efficacité.

5.3 Conseils aux praticiens

Aucune base de données probante ne suggère un déploiement global de programmes d'intervention brève dans les services sociaux. Au lieu de cela, il vaut mieux focaliser l'action sur la collecte de données utiles en faveur de l'acceptabilité et de la faisabilité de l'intervention brève, en générant des données utiles sur la préparation du système, jusqu'à ce que l'on dispose de plus de preuves d'efficacité. La mise en œuvre des programmes doit être adaptée aux structures spécifiques des services sociaux de chaque pays.

6. Dans les milieux scolaires

Tout d'abord, on pourrait penser que le milieu scolaire est le lieu où il est logique de mettre en place des interventions en rapport avec la consommation d'alcool. Le cadre éducatif sous-jacent pourrait potentiellement conduire à des comportements appropriés à long terme en ce qui concerne la consommation d'alcool. Une littérature étendue s'est accumulée sur les interventions réalisées en milieu scolaire. Malgré les nombreux efforts réalisés pour susciter des changements comportementaux dans ce contexte par rapport à la consommation d'alcool, il existe malheureusement assez peu de données prouvant un effet en termes de changements de comportements. Les données en fait ne permettent pas de trancher sur la question de l'efficacité à long terme de ces interventions auprès de jeunes élèves, c'est-à-dire sur leurs comportements à l'âge adulte.

Ci-après sont notés les efforts des revues les plus systématiques réalisées à ce jour.

La revue systématique la plus prometteuse est celle sur les programmes de prévention universels à l'école en matière d'abus d'alcool, réalisée auprès des jeunes pour la collaboration Cochrane par le Groupe Cochrane sur l'alcool et les drogues (Foxcroft and Tsertsvadz, 2011a). Cette revue systématique a divisé 53 études expérimentales en deux groupes majeurs : 1) les programmes ciblant spécifiquement la prévention ou la réduction de l'abus d'alcool et 2) les programmes généraux avec une focalisation sur la prévention en général, plus large (par ex. incluant d'autres consommations addictives et des comportements antisociaux). La revue a trouvé des études qui n'indiquaient aucun effet du programme préventif, de même que des études qui ont démontré des effets statistiquement significatifs. Malheureusement, il n'y avait aucune tendance évidente dans les caractéristiques des programmes permettant de distinguer les études ayant des résultats positifs de celles sans effets. Les résultats positifs les plus souvent constatés à travers tous les programmes étaient ceux concernant l'ivresse et la consommation ponctuelle excessive d'alcool. Pour conclure, les données probantes actuelles indiquent que certains programmes de prévention basés sur les compétences psychosociales et le développement (Life Skills Training Program, Unplugged, et le Good Behaviour Game) peuvent être efficaces et sont des options de politique et de pratique à prendre en considération.

Des remarques un peu plus encourageantes dans ce domaine proviennent des revues réalisées par le NICE (l'Institut national britannique pour la santé et l'excellence clinique) sur les interventions en milieu scolaire.

Il existe des données issues d'une revue systématique de haute qualité (++) qui démontrent que trois programmes : Strengthening Families (renforcer les familles), Botvin's life skills (la formation de Botvin sur les compétences de vie) et un programme culturellement ciblé pour les étudiants amérindiens, peuvent amener des réductions à long terme (au-delà de 3 ans) de la consommation d'alcool.

Il existe des données issues de deux programmes se déroulant en classe sous la direction de l'enseignant, et ciblant des enfants âgés de 12 à 13 ans, qui suggèrent que les interventions utilisant l'approche des compétences de vie (trois ERC [+]) ou ciblant la réduction des dommages à travers des activités basées sur les compétences (Projet SHAHRP [Santé à l'école et réduction des préjudices dus à l'alcool]) (un ECNR [+]) peuvent produire des réductions à moyen et long terme de la consommation d'alcool et en particulier, des comportements d'alcoolisation à risque tels que l'ivresse et la consommation ponctuelle excessive d'alcool. Cependant, l'applicabilité et la transférabilité de ces programmes nécessiteraient une étude plus poussée.

Des données (un ERC [+]) suggèrent qu'une intervention d'acquisition de compétences culturellement adaptée pour des étudiants amérindiens peut avoir des effets à long terme sur leur consommation d'alcool. Cependant, étant donné les spécificités culturelles de ce programme, il a une applicabilité limitée pour les pratiques et les politiques d'autres pays.

Il existe des données qui suggèrent que les programmes d'intervention brève impliquant des consultations dirigées par des infirmiers à propos de la consommation d'alcool des jeunes, comme le programme STARS for Families (deux ERC [++], sept ERC [+]), qui ciblent des enfants âgés de 12 à 13 ans, peuvent produire des réductions de la consommation massive d'alcool à court terme mais pas à moyen terme. Cependant, ces types de programmes peuvent avoir une applicabilité limitée dans la mesure où ils sont basés sur une approche d'abstinence.

Il existe des données probantes qui suggèrent que les programmes commençant tôt dans l'enfance, combinant une intervention dans le cadre du programme scolaire et d'éducation parentale, comme le projet de développement social de Seattle (SSDP, Seattle Social Development Project) (un ERC [+]) et le projet Relier les intérêts des familles et des enseignants (LIFT, Linking the Interests of Families and Teachers) (un ERC [-]), qui ciblent une série de comportements problématiques incluant la consommation d'alcool, peuvent avoir des effets à long terme sur les comportements de consommation excessive d'alcool et ceux façonnés par les habitudes. En outre, le projet École en santé et addictions (Healthy School and Drugs Project) (un ECNR [+]), qui ciblait les élèves d'établissements secondaires, a eu des effets à court terme sur la consommation d'alcool.

En ce qui concerne l'école en tant que lieu de vie, on s'aperçoit que les données probantes sur les interventions sont limitées. Les nombreuses revues systématiques et les efforts réalisés par les principales institutions de recherches systématiques ont constaté les lacunes significatives suivantes :

- Il existe un manque important d'études bien conçues. Il y a un manque en particulier au niveau de l'évaluation des implications économiques. Il s'agit d'un inconvénient majeur lorsqu'on considère les approches en milieu scolaire, car la budgétisation de l'école est une considération essentielle.
- La validité des études est un problème majeur, en particulier concernant la randomisation dans le contexte scolaire.
- Un problème principal est celui de la consommation d'alcool rapportée par les participants eux-mêmes, dans une population mineure qui peut craindre la stigmatisation. D'autres problématiques psychosociales affectent également la validité et la qualité des données recueillies.
- Un problème central, commun à de nombreuses études rapportées, a été l'incapacité à considérer l'effet auprès de populations d'élèves minoritaires et des élèves économiquement défavorisés.

- A travers les nombreuses études, la standardisation est un problème significatif.
- Il est nécessaire d'examiner de quelle manière la consommation et l'abus d'alcool sont combinés dans les programmes plus généraux autour des compétences de vie.
- Le type d'établissement et ses caractéristiques démographiques sont rarement pris en compte.
- Les effets à long-terme sont rarement étudiés et restent difficiles à évaluer.

En résumé : Les établissements scolaires restent un milieu essentiel pour les interventions qui abordent la consommation et l'abus d'alcool. Une efficacité modérée est constatée dans les études auprès des élèves adolescents et ces derniers peuvent constituer une population cible importante. L'efficacité des interventions semble être liée à la complexité des approches, impliquant des bases théoriques bien développées et une forte interaction entre les pairs ainsi qu'avec les enseignants. De plus, l'adaptation culturelle et une mise en œuvre à long terme (sur plusieurs années) paraissent tout aussi importantes. Ceci implique également un financement pérenne à long terme pour l'intervention.

Quand on regarde la toxicomanie dans son ensemble, il semble que l'alcool soit la « drogue » de choix des adolescents. En outre, dans beaucoup de cultures occidentales, la consommation d'alcool chez les adultes est perçue comme normale et normative. Par conséquent, on ne peut s'attendre à un objectif à long terme de la plupart des interventions en milieu scolaire autre que la mitigation de l'abus d'alcool. En vue du caractère normatif de la consommation d'alcool dans la population générale, il semble vital que toute approche interventionnelle soit globale et qu'elle cherche à inclure d'autres milieux au-delà du milieu scolaire et en plus de l'établissement scolaire.

7. Réduction des accidents, des traumatismes et de la mortalité dus aux accidents de la route liés à l'alcool

7.1 Introduction

Les accidents de la route sont une cause importante de décès et un problème majeur de santé publique en Europe. Ils portent atteinte à la vie des jeunes et entraînent des coûts conséquents pour les familles, les services d'urgence et de santé, et la société au sens large (OMS 2009a ; OMS 2004). Dans la Région européenne de l'OMS, les accidents de la route sont la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes adultes entre 5 et 29 ans (OMS 2007a). La consommation d'alcool a été identifiée comme l'un des plus importants facteurs de risque dans la causalité et la gravité des accidents de la route. La consommation d'alcool, même à petites doses, accroît le risque d'être impliqué dans un accident de la route pour tous les usagers de la route, qu'il s'agisse d'automobilistes ou de piétons. Cela est dû au fait que l'alcool interfère avec les capacités de l'utilisateur de la route en altérant sa cognition, sa vision et son temps de réaction (OMS 2004). Il accroît aussi la probabilité d'adopter d'autres comportements à risque tels que la vitesse et la non utilisation des équipements de sécurité, comme la ceinture et le casque.

7.2 Synthèse des données probantes actuelles

Ce que l'on sait :

- On dispose de données probantes systématiques sur l'efficacité des éléments suivants :
 - o l'introduction (Mann et al. 2001) et/ou la réduction (Bernhoft et Behrendsdorff 2003 ; Bartl et Esberger 2000 ; Shults et al. 2001) des taux autorisés d'alcoolémie au volant réduisent les accidents de la route et les décès associés lorsqu'ils sont appliqués (Albalade 2006) ;

- o le recours à des points de contrôle de la sobriété et à des contrôles aléatoires au moyen d'alcootests réduit les accidents de la route et les décès associés (Shults et al. 2001) ;
- On dispose de certaines preuves qui montrent que :
 - o des taux autorisés d'alcoolémie au volant plus faibles pour les nouveaux conducteurs réduisent les accidents de la route et les décès associés (Shults et al. 2001 ; Hartling et al. 2004) ;
 - o la suspension de permis peut réduire les accidents de la route et les décès associés (Zobeck et Williams 1994) ;
 - o le traitement obligatoire par intervention brève des conducteurs ayant une dépendance à l'alcool peut réduire les accidents de la route ;
 - o les anti-démarrageurs éthylométriques peuvent réduire les accidents de la route (Willis, Lybrand et Bellamy 2004 ; Bjerre 2005 ; Bjerre et Kostela 2008 ; Bjerre et Thorsson 2008) ; et
 - o les campagnes médiatiques de masse favorisent l'efficacité des politiques contre l'alcool au volant (Elder et al. 2004)
- Il n'y a pas de preuves que :
 - o les programmes promouvant le recours à un conducteur désigné et une conduite en toute sécurité peuvent réduire les accidents de la route et les décès associés (Ditter et al. 2005).

Ce que l'on ne sait pas, c'est :

- quels sont les moyens les plus efficaces qui permettent de garantir l'existence de ressources adéquates et durables pour faire appliquer les taux autorisés d'alcoolémie au volant (OMS 2009b).

7.3 Décès et traumatismes dus aux accidents de la route et l'alcool comme facteur de risque

Des fractions de la mortalité attribuables à des accidents de la route causés par l'alcool ont été tirées de plusieurs études et synthétisées dans une publication de l'OMS en 2004, qui estime le fardeau des maladies attribuable à certains facteurs de risque majeurs sélectionnés (Rehm et al. 2004). D'après une revue de la littérature réalisée à l'échelle mondiale, on estime que pour les hommes, 33 % (Ridolfo et Stevenson 2001) des accidents de la route sont causés par l'alcool, contre 11 % pour les femmes (Ridolfo et Stevenson 2001). En ce qui concerne les piétons, on estime que 40 % des décès par accidents de la route chez les hommes sont causés par l'alcool (Ridolfo et Stevenson 2001), contre 17 % chez les femmes (Ridolfo et Stevenson 2001), tandis que pour les cyclistes, ces taux varient de 20 % pour les hommes (Single et al. 1999 ; Stinson et al. 1993) à 18 % pour les femmes (English et al. 1995).

Parmi les jeunes conducteurs impliqués dans des accidents, nombreux sont ceux qui sont sous l'emprise de l'alcool. Quelle que soit la concentration d'alcool dans le sang, les conducteurs âgés de 16 à 20 ans sont trois fois plus susceptibles d'avoir un accident que les conducteurs de plus de 30 ans (OMS 2004). Dans les pays de la Région européenne de l'OMS, les accidents de la route sont la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes adultes entre 5 et 29 ans (OMS 2007b). Cependant, bien que les jeunes aient un risque relativement plus élevé d'avoir un accident pour conduite en état d'ivresse, en termes absolus, la conduite en état d'ivresse et les accidents ainsi que les décès qui s'ensuivent sont plus fréquents chez les adultes d'âge moyen.

Depuis 2006, la Commission européenne a soutenu une série de projets ciblés sur l'alcool et la sécurité routière. Des résultats récents du projet Conduire sous l'emprise de drogues, d'alcool et de médicaments (DRUID, Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines) confirment que la conduite en état d'ivresse reste le risque principal pour la sécurité routière

en Europe. On a trouvé que les personnes conduisant avec une alcoolémie de 0,5 à 0,8 g/l de sang avait en moyenne de 2 à 10 fois plus de risques d'être gravement blessées ou d'être tuées que les conducteurs sobres. Le risque augmentait de manière exponentielle avec la concentration d'alcool et pour des concentrations d'alcool de 1,2 g/l et plus, le risque augmentait de manière extrême, de 20 à 200 fois plus que le risque des conducteurs sobres".

Le projet Pathways for Health a conclu que « chez la majorité de la population qui conduit, certaines compétences de conduite importantes sont altérées à des taux d'alcoolémie aussi faibles que 0,2 g/l, et celles-ci sont gravement diminuées pour environ quatre cinquièmes de cette population à des taux d'alcoolémie de 0,5 g/l » ; il n'existe pas de seuil dans la relation entre le risque d'accident et l'augmentation des taux autorisés d'alcoolémie au volant. Pour cette raison, un niveau maximum de 0,2 g/l est recommandé. Une série de recommandations ont été faites sur les systèmes d'information et de surveillance, sur la réglementation de la disponibilité et du marketing de l'alcool, sur la mise en application, l'éducation, les campagnes et les programmes communautaires (Anderson 2008).

En 2009, ont été publiés les résultats d'une collaboration de trois années entre l'OMS et la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne sur la mise en œuvre de la recommandation du Conseil européen au sujet de la prévention des accidents et de la promotion de la sécurité, et d'une résolution du Comité régional à propos de la prévention des accidents dans la Région européenne de l'OMS (OMS 2010a). Une enquête Eurobaromètre récente a trouvé que l'alcool au volant était perçu comme le principal problème en matière de sécurité routière par 94 % des citoyens de l'UE (Eurobaromètre 2010). Cela met encore davantage en évidence le besoin de plus d'efforts concertés par les responsables politiques et les praticiens pour répondre aux préoccupations des citoyens de l'UE.

7.4 Conclusions pour les politiques et les pratiques

Afin de réduire la mortalité, la morbidité et les pertes économiques dues à l'alcool au volant, les principaux points suivants pour l'action sont proposés (OMS 2010b ; OMS 2011) :

- pour tous les pays ayant un taux d'alcoolémie autorisé supérieur à 0,5 g/l, il serait bénéfique de le réduire à 0,5 g/l ;
- dans les pays ayant un taux d'alcoolémie autorisé de 0,5 g/l, des données probantes suggèrent qu'on obtiendrait un bénéfice supplémentaire si l'on réduisait cette limite à 0,2 g/l ;
- réduire le taux d'alcoolémie autorisé au volant pour les conducteurs débutants et professionnels à 0,2 g/l ou moins ;
- améliorer la couverture des contrôles de l'alcoolémie et renforcer leur application, car de nombreux pays peuvent encore apporter des améliorations ; et
- l'application pourrait être améliorée soit en accroissant l'utilisation des contrôles aléatoires au moyen d'alcootests, car il a été prouvé que cela avait un très bon rapport coût-efficacité, soit par des mesures destinées à accroître la peur d'être pris chez ceux qui boivent et conduisent; les données probantes montrent que les conducteurs doivent savoir qu'ils courent réellement le risque d'être arrêtés et contrôlés par alcootest à tout moment.

8. Action communautaire

En général, les interventions au sein des collectivités pour les problèmes liés à l'alcool comprennent : (a) l'information/ l'éducation, (b) l'application de règles restrictives prévues dans la législation existante, et (c) la mobilisation des résidents dans le cadre d'initiatives préventives. L'endroit de l'intervention peut être (a) un groupe d'établissements scolaires de la collectivité, (b) le secteur du commerce et de la restauration, (c) le secteur du trafic et les services de police locaux, (d) un centre de vacances, ou (e) la collectivité dans son ensemble.

Des programmes collectifs efficaces de prévention de l'alcoolisme ont été mis en œuvre aux États-Unis et au Canada dès les années 1970 (Giesbrecht et al. 1990 ; Greenfield et Zimmerman 1993). Une décennie plus tard, ils ont été mis en œuvre dans quelques pays européens (Holmila 1997 ; Larsson et Hanson 1997 ; OMS 1999). L'étude communautaire de Malmö, entreprise en Suède dans les années 1970, a été le premier projet européen d'action communautaire ; elle a pu démontrer que dans de bonnes conditions, les effets positifs sur la santé pouvaient être spectaculaires. Une intervention destinée aux buveurs excessifs comprenant un dépistage précoce et une intervention brève, appuyée par des contrôles sanguins périodiques, a abouti, après six années de suivi, à une réduction du nombre de décès équivalant à la moitié de ceux survenus dans le groupe de contrôle (Kristenson et al. 1983).

8.1 Actions de prévention de l'alcoolisme dans la collectivité

En général, les projets qui sont capables de mobiliser la collectivité et d'activer ses différentes composantes, de même que ses membres et ses organisations, et de promouvoir des initiatives de terrain, aboutissent à une amélioration des attitudes par rapport à la vente d'alcool aux mineurs, à une plus large acceptation des informations de santé publique, au partage d'initiatives locales pour promouvoir des modes de vie sains, à une réduction de la consommation d'alcool, et à une réduction de l'ivresse.

Par exemple, un programme dans un centre de vacances en Hollande en 2004, qui a impliqué un représentant de la municipalité ainsi que des représentants des parties prenantes qui ont un rôle dans la gestion de la consommation excessive d'alcool, a pu augmenter l'attention portée sur la vente aux mineurs et réduire les ennuis causés à des tiers (van De Luitgaarden et al. 2010) ; un projet collectif à composantes multiples à Scandicci, en Italie, qui a impliqué entre 2000 et 2003 plusieurs centaines de résidents (élèves des établissements scolaires et membres des organisations de la collectivité) pour produire et distribuer au niveau local du matériel informatif, a permis de davantage sensibiliser la population par rapport aux risques de l'alcool au fil du temps, au sein d'une culture qui, traditionnellement, a une attitude fortement positive par rapport à la consommation d'alcool (Allamani et al. 2007) ; une campagne de distribution de brochures d'informations sur la santé durant la mise en place d'un programme d'intervention brève auprès de professionnels de santé à Tampere, en Finlande, soutenue par une approche communautaire, s'est avérée fructueuse, du moins en termes de visibilité du matériel donné (Kääriäinen et al. 2008).

Le projet de Trelleborg, en Suède, entre 1996 et 2002, visant à soutenir la collectivité locale par le biais d'un comité local de coordination formulant et mettant en œuvre des interventions pour diminuer la consommation excessive, épisodique d'alcool et à retarder l'âge du début de la consommation d'alcool, a abouti à une diminution de cette consommation d'alcool chez les adolescents qui buvaient de manière excessive (Stafström et al. 2006 ; Stafström et Östergren 2008). Enfin, un programme quasi expérimental de prévention de l'alcoolisme mené pendant deux ans et demi auprès de 900 élèves âgés de 13 à 16 ans à Örebro, influençant également les attitudes des parents en matière de consommation d'alcool avant l'âge légal, a entraîné une diminution de l'ivresse et de la délinquance (Koutakis et al. 2008).

D'autres projets à composantes multiples incluant des initiatives telles que les services pour une consommation d'alcool responsable, une application plus stricte de la réglementation sur l'alcool au volant, de même que des normes de vente, ont entraîné des diminutions de ventes aux mineurs ou à des clients ivres, et des diminutions de la violence, des accidents et des décès liés à l'alcool. Un bon exemple nous est fourni par les interventions collectives à composantes multiples menées dans la ville finnoise de Jyväskylä entre 2004 et 2007, et destinées à réduire le nombre de ventes à des personnes ivres ainsi que la violence et les séquelles pouvant en résulter (Warpenius et Holmila 2010). Un groupe de pilotage local regroupant plusieurs organismes ainsi qu'un groupe de travail ont développé les interventions, avec les composantes suivantes : (a) l'application des normes sur les permis d'alcool (b) un programme de formation pour les personnes qui servent de l'alcool (c) une mobilisation de la collectivité et (d) des campagnes pour renforcer les politiques et la couverture médiatique. Dans l'évaluation, le refus de servir un client faussement ivre a considérablement augmenté dans la zone d'intervention passant de 23 % en 2004 à 42 %.

Un programme suédois à composantes multiples, mis en œuvre à Stockholm depuis 1996, qui se fonde sur la mobilisation de la collectivité, la formation des serveurs en faveur d'une consommation responsable, et une application plus stricte des lois existantes en matière d'alcool, a entraîné une diminution de 29 % des crimes violents dans la zone d'intervention, comparativement à la zone de contrôle (Wallin et al. 2001).

Dans le vaste essai communautaire mené dans six municipalités urbaines et rurales (et 6 communautés de contrôle) en Suède de 2003 à 2006, des activités ont été développées avec les coordinateurs pour l'alcool et la drogue au niveau du comté, et avec les coordinateurs locaux au niveau municipal (Kville, Andréasson et Bränström 2008). Le plan d'action s'est focalisé sur la stimulation de mesures préventives basées sur les données probantes au niveau municipal, afin de réduire les problèmes liés à l'alcool. Les résultats positifs de ce projet étaient : un engagement et une coopération accrue des responsables politiques, des administrateurs, de la police et des praticiens au niveau local ; une augmentation des services pour une consommation d'alcool responsable avec moins d'alcool servi à des mineurs (passant de 45 % environ en 1997 à 15 % environ en 2007) dans les bars et les restaurants ; et une diminution de la disponibilité illégale de l'alcool.

Une revue systématique de six études (Rhode Island Department of Health 1994 ; Hingson et al. 1996, 2005 ; Holder et al. 2000 ; Wagenaar et al. 2000 ; Voas et al. 2002) a évalué l'efficacité et la rentabilité économique des programmes à composantes multiples avec la mobilisation de la collectivité pour réduire la conduite en état d'ivresse (Shults et al. 2009). Cette revue a trouvé que lorsqu'ils étaient soigneusement planifiés, et mis en œuvre conjointement avec des efforts de mobilisation de la collectivité, les programmes à composantes multiples (incluant les efforts de limitation de l'accès à l'alcool, en particulier chez les jeunes, la formation pour la mise en place de services de boissons alcoolisées responsables, les points de contrôle de la sobriété, l'éducation du public, et le plaidoyer auprès des médias) étaient efficaces pour réduire les accidents liés à l'alcool.

Trois études ont rapporté des données probantes selon lesquelles de tels programmes permettent de réaliser des économies : dans l'étude du Massachusetts (Hingson et al. 1996), une économie estimée à 9,33\$ a été réalisée pour chaque dollar investi ; le projet Community Trials (Holder et al. 2000) a rapporté qu'une économie estimée à 6,56\$ avait été réalisée pour chaque dollar investi ; tandis que l'étude comparative du projet Community Trials à Salinas a rapporté qu'une économie estimée à 15,72\$ avait été réalisée pour chaque dollar investi. Dans le projet de Stockholm sur la formation au service de boissons responsable mis en œuvre depuis 1996 (Wallin et al. 2001), un rapport coûts-économies de 1:39 a été atteint, en considérant les coûts à la fois du programme (environ 796.000€) et des crimes violents (Mansdotter et al. 2007).

Synthèse des données probantes sur les projets collectifs en matière d'alcool

Information/éducation & collectivité	<i>Parmi les 20 essais inclus dans une revue Cochrane sur des études à propos de l'efficacité des programmes à composantes multiples destinés à prévenir les problèmes liés à l'alcool chez les enfants d'âge scolaire jusqu'à l'âge de 18 ans (Foxcroft et Tsertsvadze 2011), 12 ont trouvé des données probantes de leur efficacité montrant une réduction de la consommation d'alcool ou de consommation excessive d'alcool comparativement à un groupe de contrôle ou à un autre groupe d'intervention, avec une persistance des effets allant de 3 mois à 3 ans.</i>
Alcool au volant & collectivité	<i>Une revue systématique a été menée pour déterminer l'efficacité et la rentabilité économique des programmes à composantes multiples avec mobilisation de la collectivité pour réduire la conduite en état d'ivresse (Shults et al. 2009). Cette revue a trouvé des preuves montrant que, lorsqu'ils étaient soigneusement planifiés, et mis en œuvre conjointement avec des efforts de mobilisation de la collectivité, les programmes à</i>

	<i>composantes multiples (y compris les efforts pour limiter l'accès à l'alcool, en particulier chez les jeunes, la formation pour la mise en place de services de boissons alcoolisées responsables, les points de contrôle de la sobriété, l'éducation du public, et le plaidoyer auprès des médias) étaient efficaces pour réduire les accidents liés à l'alcool. Trois études ont rapporté des données probantes selon lesquelles de tels programmes ont permis de réaliser des économies.</i>
Mobilisation et interventions multiples au sein de la collectivité	<i>Les projets capables de mobiliser la collectivité en activant ses différentes composantes, de même que les membres et les organisations de cette collectivité, ont montré qu'ils produisaient différents types de changements positifs dans la population locale, notamment une amélioration des attitudes par rapport à la vente d'alcool à des mineurs, le partage des initiatives locales pour promouvoir des modes de vie sains, et une diminution de la consommation d'alcool et de l'ivresse.</i> <i>Lorsqu'un accent particulier est mis sur un service de boissons alcoolisées responsable et sur l'application plus stricte des normes concernant l'alcool au volant et la vente d'alcool, les projets ont montré des réductions des ventes aux mineurs ou aux clients ivres, et des réductions de la disponibilité illégale de l'alcool (6 essais communautaires en Suède), ainsi que des diminutions de la violence liée à l'alcool et des accidents de voiture (étude de Sacramento).</i>

9. Prévention universelle à composantes multiples de l'abus d'alcool chez les jeunes

Une revue systématique Cochrane de 20 essais contrôlés randomisés (Foxcroft & Tsertsvadze 2011)³ qui examinaient l'efficacité de programmes universels à composantes multiples pour la prévention de l'abus d'alcool chez les jeunes a été réalisée. Les programmes de prévention à composantes multiples sont définis comme les efforts de prévention qui mettent en œuvre des interventions dans plusieurs contextes, par exemple à la fois en milieu scolaire et familial, associant généralement les programmes scolaires et une intervention de soutien parental.

Une majorité des études incluses dans cette revue faisaient état d'effets positifs pour les programmes à composantes multiples de prévention de l'abus d'alcool chez les jeunes, certains effets persistant à moyen et long terme. Cependant, une proportion appréciable d'essais ne faisait état d'aucun effet statistiquement significatif. Dans sept études, l'impact de programmes à composante unique versus multiple a pu être évalué et seule 1 étude sur les 7 a clairement montré un bénéfice des composantes mises en œuvre dans plus d'un contexte.

En conclusion, il existe des preuves indiquant que les interventions à composantes multiples pour la prévention de l'abus d'alcool chez les jeunes peuvent être efficaces. Cependant, peu de preuves indiquent que les interventions à composantes multiples sont plus efficaces que des interventions à composantes uniques.

10. Technologies actuelles et interventions

Bien qu'à ce jour, la base des données probantes reste insuffisamment développée, on peut espérer que grâce à l'utilisation des avancées technologiques actuelles, d'autres approches pourront s'avérer utiles.

³ Cette revue représente une mise à jour importante de la revue « prévention primaire du mésusage d'alcool chez les jeunes » qui a été divisée en trois revues. Cette revue est l'une des trois. Les deux autres revues s'intéressent à la prévention universelle en milieu scolaire et à la prévention universelle en milieu familial.

Une revue systématique de programmes de prévention en milieu scolaire de l'alcoolisme et de la consommation d'autres drogues, facilités par ordinateur ou par Internet, a été menée en Australie, au Centre national de recherche sur l'alcool et la toxicomanie de l'Université des Nouvelles-Galles du Sud, à Sydney.

La consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes est une préoccupation sérieuse et la nécessité d'une prévention efficace est évidente. Un article de Champion et al., 2013, identifie et décrit des programmes actuels de prévention en milieu scolaire de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies, facilités par ordinateur ou par Internet. Dans l'étude décrite dans l'article, les bases de données Cochrane Library, PsycINFO et PubMed ont été explorées en mars 2012. Des documents supplémentaires ont été obtenus à partir de listes d'articles de référence. Les études ont été incluses si elles décrivaient un programme de prévention de la consommation d'alcool et d'autres substances nocives dispensé à l'école au moyen d'Internet ou assisté par ordinateurs. Principaux résultats : douze essais portant sur 10 programmes ont été identifiés.

Sept essais ont évalué des programmes basés sur Internet et cinq ont dispensé une intervention au moyen d'un CD-ROM. Les interventions ciblaient l'alcool, le cannabis et le tabac. Les données pour calculer l'importance de l'effet et les rapports de cotes n'étaient pas disponibles pour trois programmes. Sur les sept programmes dont les données étaient disponibles, six sont parvenus à réduire la consommation d'alcool, de cannabis ou de tabac après l'intervention et/ou lors du suivi. Deux interventions étaient associées à une diminution de l'intention de consommer du tabac, et deux ont augmenté de manière significative les connaissances en matière d'alcool et de substances nocives. Conclusion. Il s'agit de la première étude destinée à examiner l'efficacité de programmes de prévention de la consommation d'alcool et de drogues dispensés en milieu scolaire, au moyen d'Internet ou assistés par ordinateurs. Les résultats indiquent que les programmes déjà existants de prévention par Internet et assistés par ordinateur à l'école ont le potentiel de réduire la consommation d'alcool et d'autres drogues, de même que l'intention de recourir à ces substances à l'avenir. Ces résultats, de même que les avantages de mise en œuvre et de haute-fidélité associés aux nouvelles technologies, suggèrent que les programmes facilités par ordinateur et par Internet offrent une méthode de réalisation prometteuse pour la prévention en milieu scolaire.

Une revue systématique antérieure réalisée par Angela White et ses collègues, et intitulée *Interventions en ligne sur l'alcool : une revue systématique* (Online Alcohol Interventions: A Systematic Review, White et al., 2010), concluait : " Les données probantes disponibles suggèrent que les utilisateurs peuvent bénéficier d'interventions sur l'alcool, en ligne, et que cette approche pourrait être particulièrement utile pour les groupes moins susceptibles d'avoir accès aux services traditionnels qui traitent de l'alcool, comme les femmes, les jeunes, et les consommateurs à risque. Il convient cependant d'être prudent étant donné le nombre limité d'études permettant d'extraire des tailles d'effets, l'hétérogénéité des mesures de résultats et des périodes de suivi, et la grande proportion d'études basées sur des étudiants. Des ERC plus approfondis auprès d'échantillons de la collectivité sont nécessaires pour mieux comprendre l'efficacité d'approches spécifiques de l'alcool, en ligne,, le dosage du programme, l'effet supplémentaire des interventions par téléphone ou face à face, et les stratégies efficaces pour leur diffusion et leur marketing."

La consommation excessive ponctuelle d'alcool ou « binge drinking » et les possibilités d'Internet

Une population particulièrement intéressante par rapport au « binge drinking » (alcoolisation excessive ponctuelle) est celle des étudiants ou de ceux qui ont l'âge d'être étudiants. On reconnaît depuis plusieurs années que cette tranche d'âge utilise beaucoup l'Internet et les médias sociaux. Même si on est encore aux débuts des études sur cette thématique, il en existe certaines prometteuses qui intègrent des interventions basées sur Internet contre le « binge drinking ». Cependant, les études sont très variées et une seule revue systématique significative s'est penchée sur cette approche : « L'utilisation d'Internet pour la prévention du binge drinking dans la population étudiante : une revue systématique des données probantes », par Amir Bhochhibhoya et ses collègues (The Use of the Internet for Prevention of

Binge Drinking Among the College Population: A Systematic Review, Bhochhibhoya et al., 2015).

195 articles ont été trouvés qui rapportaient de telles approches. L'application des critères PRISMA de qualité a réduit le nombre d'articles utiles à 14 seulement. Toutes les études sauf une ont rapporté une réduction significative de la fréquence et de la quantité de la consommation d'alcool ainsi que des problèmes liés à une consommation excessive. En outre, les interventions basées sur Internet se sont avérées plus efficaces que les interventions traditionnelles basées sur des documents imprimés ; cependant, les interventions face à face étaient généralement plus efficaces. Les interventions basées sur Internet ont également montré qu'elles facilitaient d'autres modes de mise en place d'interventions en agissant comme outil de communication (e-mail), plateforme d'évaluation (enquête en ligne), ou pour fournir des modules éducatifs (pages Web). Les interventions basées sur Internet peuvent aider de larges groupes de populations consommant de l'alcool de manière excessive, qui ne recherchent pas d'aide en raison de leurs inquiétudes par rapport à la confidentialité. Cette revue a également identifié que des interventions périodiques étaient plus efficaces comparativement à des interventions ponctuelles. À cet égard, les interventions basées sur Internet peuvent être les plus réalisables en termes de rapport coût-bénéfice, puisque les coûts de la réplication des interventions sont faibles après le démarrage initial.

En bref, il semblerait que les approches ayant recours à Internet et aux médias sociaux peuvent être efficaces et appropriées pour des interventions brèves. L'opportunité pour plus d'interventions dans ce domaine est élevée.

11. Environnements où l'alcool est consommé sur place

11.1 Introduction

Les pubs, les bars et les discothèques sont des endroits clés pour la consommation d'alcool, en particulier chez les jeunes. Le regroupement de grands nombres de consommateurs dans ces lieux signifie qu'ils sont souvent associés à des niveaux élevés d'ivresse et de dommages liés à l'alcool, notamment la violence, les accidents de la route, les troubles à l'ordre public et les blessures non intentionnelles (Bellis et al. 2010 ; Wahl, Kriston et Berner 2010 ; Rowe et al. 2010). Les problèmes liés à l'alcool se concentrent généralement dans des zones où il y a de nombreux pubs, bars et discothèques, avec un pic les nuits de week-end, avec une fréquentation accrue des services d'urgences liées à l'alcool et une augmentation de la criminalité (Gmel et al. 2005 ; Ricci et al. 2008 ; Livingston, Chikritzhs et Room 2007). Il peut arriver souvent qu'un petit nombre de lieux de consommation d'alcool dans un endroit donné soit à l'origine d'un grand nombre de dommages liés à l'alcool, ce qui suggère que certaines caractéristiques de ces lieux peuvent aggraver les comportements problématiques (Rowe et al. 2010 ; Hughes et al. 2011c). Les caractéristiques principales des lieux problématiques incluent une atmosphère permissive, un surpeuplement de l'endroit, peu de confort, un personnel mal ou peu formé et des promotions pour des boissons bon marché (Hughes et al. 2011c ; Graham et al. 2006 ; Graham et Homel 2008).

De nombreux jeunes européens consomment aujourd'hui de l'alcool à la maison ou dans la rue et d'autres lieux publics avant de se rendre dans les pubs, les bars et les discothèques (en anglais, on parle de « pre-loading » ou « pré-chargement » ou de « pré-consommation », avec une tendance générale vers plus d'achats d'alcool dans des lieux hors licence (supermarchés et magasins) (Bellis et al. 2010 ; Wahl, Kriston et Berner 2010 ; Hughes et al. 2011b ; Forsyth 2010 ; Hughes et al. 2008). On pense que l'une des principales raisons de ce passage d'une consommation dans des lieux sous licence à des lieux qui n'en ont pas est le prix moins élevé de l'alcool vendu dans ces derniers, en particulier dans les supermarchés. Des enquêtes suggèrent que les prix de l'alcool dans les lieux où il est à consommer sur place sont généralement autour de trois fois plus élevés que ceux du commerce de détail (Rabinovich et al. 2009).

Une étude réalisée dans quatre villes européennes (aux Pays-Bas, en Slovénie, en Espagne et au Royaume-Uni) auprès des 16-30 ans, dans des lieux de consommation d'alcool, a trouvé qu'entre 35 % (Slovénie) et 61 % (Royaume-Uni) des répondants avaient pré-consommé de l'alcool la nuit où ils ont été interrogés (Hughes et al. 2011b). Par conséquent, la pré-consommation peut entraîner moins de ventes légales dans les bars, mais un plus haut niveau d'ivresse avec tous les problèmes liés à l'alcool, des études suggérant que la pré-consommation d'alcool pouvait être associée à une consommation globale d'alcool plus élevée au cours d'une nuit de sortie et à une probabilité plus forte d'être impliqué dans des actes de violence (Wahl, Kriston et Berner 2010 ; Hughes et al. 2008). La diminution des ventes d'alcool dans les lieux de consommation sous licence peut également les amener à recourir à des promotions d'alcool bon marché car les bars rivalisent pour attirer leurs clients, et à moins dépenser et à être moins vigilants par ailleurs (par ex. en ce qui concerne la formation du personnel, ou le service d'alcool responsable).

11.2 Synthèse des données probantes

Les résultats des revues (Brennan et al. 2011 ; Jones et al. 2011 ; OMS, 2009 ; Babor et al. 2010 ; Ker et Chinnock 2008 ; Bolier et al. 2011) et de nouvelles études sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Les études sur **la formation pour un service d'alcool responsable (SAR)** montrent des données probantes limitées sur son efficacité. Une revue systématique (Ker et Chinnock 2008) a conclu qu'il y avait : des données non concluantes concernant les impacts des interventions dans les lieux où l'on sert de l'alcool sur la consommation des clients ; des données contradictoires concernant leurs impacts sur le comportement des serveurs ; et des données insuffisantes pour suggérer qu'elles réduisaient les accidents. Une étude américaine a trouvé une diminution initiale des ventes à des clients soi-disant ivres suite à un programme de formation destiné aux propriétaires/managers d'établissements titulaires d'une licence (Toomey et al. 2008) ; cependant, les effets avaient disparu après trois mois. Des résultats similaires ont été obtenus dans une étude de suivi d'une formation au SAR destiné au personnel de bars pour étudiants en Suède, dans laquelle des réductions initiales de l'alcoolémie des clients (Johnsson et Berglund 2003) n'étaient pas maintenues après cinq mois de suivi (Johnsson et Berglund 2009). En Finlande, une étude évaluant l'intervention communautaire PAKKA (Politique locale pour l'alcool) (Warpenius, Holmila et Mustonen 2010) a trouvé qu'une composante du service d'alcool responsable n'avait pas d'effet indépendant sur la pratique des serveurs, même si un programme dans son ensemble avait eu des impacts positifs sur le comportement des serveurs. Aux États-Unis, un programme axé sur le service d'alcool responsable, en particulier pour décourager le service d'alcool à des clientes enceintes a été utilisé auprès du personnel d'établissements servant de dans deux états. Une évaluation a trouvé que le refus de service à des actrices soi-disant enceintes avait augmenté de manière significative suite à la formation dans l'un des deux états, mais que le programme n'avait eu aucun impact dans l'autre état (Dresser et al. 2011).

L'application continue des règlements est essentielle à la réussite du service d'alcool responsable et d'autres interventions dans les lieux de consommation d'alcool (Anderson & Baumberg 2006). De nouvelles données probantes soutiennent cette affirmation. Dans l'évaluation du projet PAKKA en Finlande (Warpenius, Holmila et Mustonen 2010), on a considéré que les améliorations constatées au niveau du refus de service à des acteurs soi-disant ivres étaient le résultat d'une combinaison de surveillance et de sanctions accrues. Au Royaume-Uni, une étude évaluant l'utilisation des données combinées de la police et des urgences pour cibler l'application des règlements dans les lieux de consommation d'alcool, notamment l'application des règlements de plusieurs agences dans les lieux problématiques, a trouvé que l'intervention était associée à des réductions des admissions hospitalières pour violence (Florence et al. 2011). Des augmentations au niveau des agressions moins graves enregistrées par la police ont également été observées, et on a estimé qu'elles étaient dues à des opportunités accrues de notification et de détection des délits. Il existe de fortes données probantes concernant l'efficacité des lois sur **la responsabilité des serveurs** pour réduire les

méfais liés à l'alcool (Rammohan et al. 2011), bien que ces données probantes restent limitées à l'Amérique du Nord.

En ce qui concerne la diminution des risques dans les bars, des études sur l'utilisation de contenants pour boisson plus sûrs (verres en polycarbonate) dans ces lieux ont trouvé que cela était faisable et susceptible de réduire les blessures (Anderson et al. 2009 ; Forsyth 2008). Cependant, les estimations sur la sécurité au sens plus large et sur les mesures de sécurité dans les établissements où l'on consomme de l'alcool ont été moins positives. Une étude réalisée en Australie (Miller et al. 2011) a trouvé qu'une intervention à composantes multiples focalisée sur la sécurité dans les lieux de consommation d'alcool n'avait aucun impact sur la fréquentation du service des urgences pour des blessures en rapport avec l'alcool. Le programme incluait un maintien de l'ordre bien visible, une campagne pour une consommation d'alcool plus sûre et l'utilisation de caméras de sécurité en circuit fermé, un système de communication radio reliant le personnel de sécurité et la police, et des scanners d'identification dans les bars. Les analyses ont trouvé que les consultations pour blessure continuaient à augmenter durant le programme. Des associations ont été identifiées entre la mise en œuvre à la fois des scanners d'identification et de la campagne sur l'alcool, et une augmentation des consultations pour blessure, bien que celles-ci aient été considérées comme fortuites plutôt que causales. Une estimation des mesures pour améliorer la sécurité dans les lieux de consommation d'alcool au Royaume-Uni a mis en évidence le fait que celles-ci nécessitaient des ressources considérables et avaient peu d'impact sur l'ivresse (Bellis et Hughes 2011). Cette étude ainsi que l'étude australienne ont suggéré qu'il était nécessaire de mettre davantage l'accent sur la recherche des déterminants de la consommation d'alcool plutôt que d'en gérer simplement les conséquences négatives.

Synthèse des données probantes

Formation au service d'alcool responsable	Si la formation au service d'alcool responsable peut changer les connaissances des serveurs, les données probantes sont en revanche insuffisantes pour soutenir son efficacité à changer leurs comportements ou à réduire la consommation excessive d'alcool et les dommages qui peuvent en découler. Des études ont montré que tous les bénéfices initiaux des effets de la formation au service d'alcool responsable pouvaient rapidement disparaître.
Application des réglementations dans les lieux où l'on consomme de l'alcool	L'application est essentielle à la réussite des interventions dans les environnements où l'on consomme de l'alcool. Des études réalisées en Finlande et au Royaume-Uni soutiennent l'efficacité des mesures d'application ciblées pour réduire le service d'alcool irresponsable et la violence.
Responsabilité des serveurs	Une revue systématique a trouvé de fortes données probantes montrant que les lois relatives à la responsabilité des serveurs réduisaient les dommages liés à l'alcool. Cependant, de telles lois sont rares en dehors de l'Amérique de Nord.
Environnements de consommation d'alcool plus sûrs	Les données probantes suggèrent que des interventions peuvent réduire les dégâts dans les environnements où l'on consomme de l'alcool, mais qu'elles n'abordent pas la consommation excessive d'alcool. En Australie, le recours à des mesures de sécurité dans les endroits où l'on boit n'a eu aucun impact sur les accidents liés à l'alcool.

Références

Albalade D. *Lowering blood alcohol content levels to save lives: the European experience*. Barcelona, Research Institute of Applied Economics, 2006 (No.CREAP20006-07).

Allamani A, Basetti Sani I, Centurioni A, Ammannati P. Preliminary Evaluation of the Educational Strategy of a Community Alcohol Use Action Research Project in Scandicci, Italy. *Substance Use & Misuse* 2007;42:2029-40.

Anderson P, Laurant, M., Kaner, E., Grol, R. & Wensing, M. (2004) Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: Results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*. 65 191-199.

Anderson P. *Reducing drinking and driving in Europe*, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Hamm, 2008 (http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Pathways_for_Health-Project/reducing_drinking_and_driving_report.pdf).

Anderson P (2009) Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: a public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies, 2006.

Anderson P, Gual A, Colom J. *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Advice*. In. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005.

Anderson P, Wojnar M et al (2014). Managing Alcohol Problems in General Practice in Europe: Results from the European ODHIN Survey of General Practitioners. *Alcohol and Alcoholism* 49 531–539

Anderson P. *Alcohol and the workplace*. Barcelona, Department of Health, Government of Catalonia, 2011.

Anderson, P., Chisholm, D., Fuhr, D.C. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009 373 2234-2246.

Anderson Z, Whelan G, Hughes K, Bellis MA. *Evaluation of the Lancashire polycarbonate glass pilot project*. Liverpool, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2009.

Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care* (2nd edition). Geneva, Switzerland: World Health Organisation: Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001 Contract No.: WHO/MSD/MSB/01.6a/MSB/01.6a.

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Hill L, Holder H, Homel Ret al. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy (2nd ed)*. Oxford, Oxford University Press, 2010.

Bacharach SB, Bamberger P, Biron M. Alcohol consumption and workplace absenteeism: The moderating effect of social support. *Journal of Applied Psychology* 2010; 95:2, 334–348.

Baicker K, Cutler D. & Song Z. Workplace Wellness Programs Can Generate Savings. *Health Affairs*, 29, no.2 (2010):304-311.

Bartl G, Esberger R. Effects of lowering the legal BAC-limit in Austria. *International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Stockholm, 22–26 May 2000*.

Bellis MA, Hughes K, Quigg Z, Morleo M, Jarman I, Lisboa P. Cross-sectional measures and modelled estimates of blood alcohol levels in United Kingdom nightlife and their relationships with drinking behaviours and observed signs of inebriation. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2010; 5:5.

Bellis MA, Hughes K. Getting drunk safely? Night-life policy in the United Kingdom and its public health consequences. *Drug Alcohol Rev* 2011, 30(5):536-45.

Bhocchibhoya A, Hayes L, Branscum P, Taylor L (2015). The Use of the Internet for Prevention of Binge Drinking Among the College Population: A Systematic Review of Evidence. *Alcohol and Alcoholism*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agv047>

Bjerre B. Primary and secondary prevention of drink-driving by the use of alcolock device and program: Swedish experiences. *Accident Analysis & Prevention* 2005; 37(6):1145-52.

Bjerre B, Kostela J. Primary prevention of drink-driving by the large scale use of alcolocks in commercial vehicles. *Accident Analysis & Prevention* 2008; 40(4):1294-99.

Bjerre B, Thorsson U. Is an alcohol ignition interlock programme a useful tool for changing the alcohol and driving habits of drink-drivers? *Accident Analysis & Prevention* 2008; 40(1):267-73.

Bolier L, Voorham L, Monshouwer K, van Hasselt N, Bellis MA. Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Substance Use & Misuse* 2011; 46:1569-91.

Brennan I, Moore SC, Byrne E, Murphy S: Interventions for disorder and severe intoxication in and around licensed premises, 1989-2009. *Addiction* 2011, 106(4):706-13.

Buhi, E.R. et al (2012). Mobile phone-based behavioural interventions for health: a systematic review. Published online 10 July 2012 *Health Education Journal*. DOI: 10.1177/0017896912452071.

Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C & Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature, *BMC Public Health* 2011, 11:395

Cashman et al. Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury.

Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009, Issue 2. Art. No.: CD006566.

Champion KE, Newton NC, Barrett EL, Teesson M. A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug Alcohol Rev* 2013;32:115-123

Chapman LS (2003). Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies. *The Art of Health Promotion*, 6:1-16.

Chapman LS (2005). Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2005 update. *American Journal of Health Promotion*, 19:1-11.

Cunningham, J.A., Kypri, K. & McCambridge, J. (2011) The use of emerging technologies in alcohol treatment. *Alcohol Research & Health* 33 320-326.

Ditter SM et al. Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2005; 28(Suppl 5):280-7.

Donoghue K, Patton R, Phillips T, et al. (2014) The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: A systematic review and meta-analysis. *Medical Internet Research*; 16(6):e142.

Doumas DM, Hannah E. Preventing high-risk drinking in youth in the workplace: A web-based normative feedback program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2008; 34: 263– 271.

Dresser J, Randall S, Woodall WG, Stanghetta P, May PA. Field trial of alcohol-server training for prevention of fetal alcohol syndrome. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2011; 72(3):490-6.

DRUID – Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines, 2007 (http://www.druid-project.eu/cIn_031/nn_107548/Druid/EN/about-DRUID/about-DRUID-node.html?_nnn=true)

Drummond C, Deluca P, Coulton S, Bland M, Cassidy P, et al. (2014) The Effectiveness of Alcohol Screening and Brief Intervention in Emergency Departments: A Multicentre Pragmatic Cluster Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 9(6): e99463. doi:10.1371/journal.pone.0099463

Drummond C, Wolstenholme A, DeLuca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, et al. Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A, editors. *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*, 2nd Edition. Barcelona: AMPHORA; 2013. p. 65-80.

Elder RW et al. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2004; 27:57–65.

Elder RW, Lawrence B, Janes G, Brewer RD, Toomey TL, Hingson RW, Naimi TS, Wing SG, Fielding J. Enhanced enforcement of laws prohibiting sale of alcohol to minors: systematic review of effectiveness for reducing sales and underage drinking. *Transportation Research E-Circular* 2007; Issue E-C123:181-8.

Elzerbi C, Donoghue, K, Drummond, C (2013) The public health impact of individually directed brief interventions and treatment for alcohol use disorders in European countries http://amphoraproject.net/w2box/data/Deliverables/AMPHORA_WP6_D3.3.pdf

Elzerbi, C., Donoghue, K. & Drummond, C. (2013). The public health impact of individually directed brief interventions and treatment for alcohol use disorders in European countries and worldwide. Report prepared for the AMPHORA project. www.amphoraproject.net.

Emberson JR, Shaper AG, Wannamethee SG et al. (2005) Alcohol intake in middle age and risk of cardiovascular disease and mortality: accounting for intake variation over time. *Am J Epidemiol* 161:856–63.

English et al. *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia 1995*. Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra, 1995.

Eurobarometer. *Road Safety. Analytical Report*. European Commission, 2010.

European Commission (2011). *Alcohol, work and productivity. Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/science_02_en.pdf, accessed 21 February 2012).

Fillmore KM, Kerr WC, Bostrom A. (2003) Changes in drinking status, serious illness and mortality. *J Stud Alcohol* 64:278–85.

Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon T. Effectiveness of anonymised information sharing and use in health service, police, and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *BMJ* 2011; 342:d3313.

Forsyth AJM. Banning glassware from nightclubs in Glasgow (Scotland): observed impacts, compliance and patron's views. *Alcohol Alcohol* 2008; 43(1):111-17.

Forsyth AJM. Front, side, and back-loading: patrons' rationales for consuming alcohol purchased off-premises before, during, or after attending nightclubs. *Journal of Substance Use* 2010; 15(1):31-41.

Foxcroft DR, Tsertsvadze A. (2011) Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people (Review). Assessed as up-to-date: 16 JAN 2011, DOI: 10.1002/14651858.CD009307. The Cochrane Collaboration, published by John Wiley & Sons, Ltd., 2011

Foxcroft, DR and Tsertsvadz A. (2011a) Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 May 11;(5):CD009113. doi: 10.1002/14651858.CD009113.

Gandin C & Scafato E (2013) ODHIN assessment tool – Report: A description of the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption. Deliverable 6.1. *The ODHIN Consortium*. 2013 (published online: http://www.odhinproject.eu/resources/documents/doc_download/70-deliverable-6-1-assessment-tool-report.html)

Giesbrecht N, Conley P, Denniston R, Gliksman L, Holder H, Pederson A, Room R, Shain M, eds. *Research, Action and the Community: Experiences in the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems*. Rockville, MD, Office for Substance Abuse Prevention, 1990, DHHS Publication No. (ADM) 89-1651. http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED333281&_ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED333281.

Gmel G, Heeb JL, Rezný L, Rehm J, Kuo-Mohler M. Drinking patterns and traffic casualties in Switzerland: matching survey data and police records to design preventive action. *Public Health* 2005; 5:426-36.

Graham K, Bernard S, Osgood DW, Wells S. Bad nights or bad bars? Multi-level analysis of environmental predictors of aggression in late-night large-capacity bars and clubs. *Addiction* 2006; 101(11):1569-80.

Graham K, Homel R. *Raising the bar: preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Cullompton, Willan Publishing, 2008.

Greenfield TK, Zimmerman R, eds. *Experiences with Community Action Projects: New Research in the Prevention of Alcohol and Other Problems*. CSAP Prevention Monograph 14. Rockville, MD, Center for Substance Abuse Prevention, Department of Health and Human Services, 1993, DHHS Publication No. (ADM) 93-1976.

Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K (2012). Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol*. 47:597–605. doi: 10.1093/alcalc/ags040.

Gual A, Anderson P, Segura L, Colom J. Alcohol and primary health care: Training programme on identification and Advice. Barcelona: department of Health of the Government of Catalonia, 2005.

Hartling L et al. Graduated driver licensing for reducing motor vehicle crashes among young drivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; (2):CD003300.

Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A & Rönnerberg S. (2010). Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. *Alcohol and Alcoholism*, 45: 252-257.

- Hingson R, McGovern T, Howland J, et al. Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: the Saving Lives Program. *American Journal of Public Health* 1996; 86(6):791–7.
- Hingson RW, Zakocs RC, Heeren T, et al. Effects on alcohol related fatal crashes of a community based initiative to increase substance abuse treatment and reduce alcohol availability. *Injury Prevention* 2005; 11(2):84–90.
- Holder HH, Gruenewald PJ, Ponicki WR, et al. Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *JAMA* 2000; 284:2341–7.
- Holmila, M, ed. *Community Prevention of Alcohol Problems*. London, Macmillan Press Ltd in Association with the WHO Regional Office for Europe, 1997.
- Hughes K, Anderson Z, Morleo M, Bellis MA. Alcohol, nightlife and violence: the relative contributions of drinking before and during nights out to negative health and criminal justice outcomes. *Addiction* 2008; 103(1):60-5.
- Hughes K, Quigg Z, Bellis MA, van Hasselt N, Calafat A, Kosir M, Juan M, Duch M, Voorham L. Drinking behaviours and blood alcohol concentration in four European drinking environments: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011b; 11(1):918.
- Hughes K, Quigg Z, Eckley L, Bellis MA, Jones L, Calafat A, Kosir M, van Hasselt N. Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction* 2011c; 106(S1):37-46.
- Johnsson KO, Berglund M. Do responsible beverage service programs reduce breath alcohol concentration among patrons: a five-month follow-up or a randomized controlled trial. *Substance Use & Misuse* 2009; 44:1592-601.
- Johnsson KO, Berglund M. Education of key personnel in student pubs leads to a decrease in alcohol consumption among the patrons: a randomized controlled trial. *Addiction* 2003; 98(5):627-33.
- Jones L, Hughes K, Atkinson AM, Bellis MA. Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health Place* 2011; 17(2):508-18.
- Kääriäinen J, Aalto M, Kääriäinen M, Seppä K. [Audit questionnaire as part of community action against heavy drinking](#). *Alcohol & Alcoholism* 2008; 43(4):442-445.
- Kaner, E, Bland, M, Cassidy, P et al. (2013) Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *Br Med J* 346.
- Kaner, E. (2012). Health sector responses. In Anderson, P., Møller, L. & Galea, G. 2012. Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. Copenhagen, Denmark, World Health Organization.
- Ker K, Chinnock P. Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; (3):CD005244.
- Keurhorst M, van de Glind I, Bitarello do Amaral-Sabadini M, Anderson P, Kaner E, Newbury-Birch D, Braspenning J, Wensing M, Heinen M, Laurant M (2015) Determinants of successful implementation of screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol consumption in primary healthcare. A systematic review and meta-regression analysis. *Addiction* In Press.
- Koutakis N, Stattin H, Kerr M. [Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Örebro Prevention Program](#). *Addiction* 2008; 103(10):1629-37.

Kristenson H, Ohlin MB, Hultin-Nosslin E, Trell E, Hood B. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men. Results and follow-up of 24-60 months of longterm study with randomised controls. *Alcoholism: clinical and experimental research* 1983;7:203-9.

Kuoppala J, Lamminpää A, Husman P. Work health promotion, job wellbeing, and sickness absences - A systematic review and meta-analysis. *J Occup Environ Med* 2008, 50(11):1216-1227.

Kuoppala J, Lamminpää A, Liira J, Vainio H: Leadership, job well-being, and health effects - A systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2008, 50(8):904-915.

Kvillemo P, Andreasson S, and Bränström R. *Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande Arbete Utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner Huvudrapport* (Effects of local alcohol and drug prevention work. Evaluation of the preventive work in six experimental municipalities. Main Report) Statens folkhälsoinstitut, Östersund, 2008.

Larsson S and Hanson B, eds. *Community based Alcohol prevention in Europe- Methods and Strategies*. Studentlitteratur, Lund University, 1997.

Livingston M, Chikritzhs T, Room R. Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug Alcohol Rev* 2007; 26:557-66.

Mann RE et al. The effects of introducing or lowering legal per se blood limits for driving: an international review. *Accident Analysis and Prevention* 2001; 33:569-83.

Mansdotter AM et al. A cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. *European Journal of Public Health* 2007; 17:618-23.

McQueen J, Howe T, Allan L et al. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8):CD005191.

Miller P, Sonderlund A, Coomber K, Palmer D, Gillham K, Tindall J, Wiggers J: Do community interventions targeting licensed venues reduce alcohol-related emergency department presentations? *Drug and Alcohol Review* 2011; 30:546-53.

Miller TR, Zaloshnja E, Spicer RS. Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with random testing. *Accident Analysis and Prevention* 2007; 39 (3):565-573.

Mineyama, S., Tsutsumi, A., Takao, S., Nishiuchi, K., & Kawakami, N. (2007) Supervisors' attitudes and skills for active listening with regard to working conditions and psychological stress reactions among subordinate workers. *J Occup Health* 49 81-87.

Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E. & Vergun, P (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations *Addiction*, 97, 279-292.

Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004274. DOI: 10.1002/14651858.CD004274.pub4.

National Health and Medical Research Council (2009). *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*. Canberra, National Health and Medical Research Council.

Nelson, J.P. (2015) Binge drinking and alcohol prices: a systematic review of age-related results from econometric studies, natural experiments and field studies. *Health Economics Review* 2015, 5:6 doi:10.1186/s13561-014-0040-4

Newbury-Birch D, Coulton S, Bland M et al. (2014_ Alcohol Screening and Brief Interventions for Offenders in the Probation Setting (SIPS Trial): a Pragmatic Multicentre Cluster Randomized Controlled Trial *Alcohol and Alcoholism* Vol. 49, No. 5, pp. 540–548, 2014

Nishiuchi, K., Tsutsumi, A., Takao, S., Mineyama, S. & Kawakami, N. (2007) Effects of an education program for stress reduction on supervisor knowledge, attitudes and behaviour in the workplace: a randomized controlled trial. *J Occup Health* 49 190-198.

Nurminen E, Malmivaara A, Ilmarinen J, Ylöstalo P, Mutanen P, Ahonen G, Aro T. Effectiveness of a worksite exercise program with respect to perceived work ability and sick leaves among women with physical work. *Scand J Work Environ Health* 2002, 28(2):85-93.

O'Donnell, A., Anderson P, Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J. & Kaner, E (2013). The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism* doi: 10.1093/alcalc/agt170.

OECD (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>

Portnoy, D.B., Scott-Sheldon, L.A.J., Johnson, B.T. & Carey, M.P. Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: A meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988–2007 *Preventive Medicine* 47 (2008) 3–16

Purshouse R, Brennan A, Rafia R, Latimer NR, Archer RJ, Angus CR, Preston LR, Meier PS: Modelling the cost-effectiveness of alcohol screening and brief interventions in primary care in England. *Alcohol Alcohol* 2013, 48:180–188.

Purshouse RC, Brennan A, Latimer N, et al . *Modelling to assess the effectiveness and cost-effectiveness of public health related strategies and intervention to reduce alcohol attributable harm in England using the Sheffield Alcohol Policy Model version 2.0*. Sheffield: University of Sheffield; 2009. Report to the NICE Public Health Programme Development Group.

Rabinovich L, Brutscher PB, de Vries H, Tiessen J, Clift J, Redding A. *The affordability of alcohol beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Arlington, VA, RAND Europe, 2009.

Rammohan V, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Fielding J, Naimi TS, Toomey TL, Chattopadhyay SK, Zometa C, Services TFoCP. Effects of dram shop liability and enhanced overservice law enforcement initiatives on excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine* 2011; 41(3):334-43.

Rehm J et al. Alcohol use. In: Ezzati et al., eds. *Comparative quantification of health risks*. Geneva, World Health Organization, 2004:959-1108.

Rehm J, Patra J, Popova S. Alcohol drinking cessation and its effect on oesophageal and head and neck cancers: a pooled analysis. *International Journal of Cancer* 2007; 121(5): 1131-1137.

Rehm, J. & Roerecke, M. Reduction of Drinking in Problem Drinkers and All-Cause Mortality. *Alcohol and Alcoholism* Vol. 48, No. 4, pp. 509–513, 2013.

Rehm, J., Lachenmeier, DW, Room R. Acceptable risk? Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine*. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/189>. Accessed 12 November 2014.

Rehm, J., Shield, K., Rehm, M., et al. 2012. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of diseases in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto, ON, Health, C. F. a. a. M.

Rehm, J., Zatonski, W., Taylor, B. & Anderson, P. Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction* 2011 106 Supplement 11-19.

Rhode Island Department of Health. *Final report of the Rhode Island Community Alcohol Abuse and Injury Prevention Project*: Volume I, technical report. Providence RI, Rhode Island Department of Health, 1994.

Ricci G, Majori S, Mantovani W, Zappaterra A, Rocca G, Buonocore F: Prevalence of alcohol and drugs in urine of patients involved in road accidents. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* 2008; 49(2):89-95.

Ridolfo B, Stevenson C. *The quantification of drug-caused mortality and morbidity in Australia 1998*. Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, 2001.

Roerecke M, Rehm J (2010a). Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 171:633–44. doi: 10.1093/aje/kwp451.

Rowe SC, Wiggers JH, Wolfenden L, Francis JL. Establishments licensed to serve alcohol and their contribution to police-recorded crime in Australia: further opportunities for harm reduction. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2010; 71(6):909-16.

Schmidt, C., Bernd Schulte, Amy O'Donnell, Dr Dorothy Newbury-Birch, Dr Peter Degwitz, Dr Uwe Verthein, Dr Ingo Schäfer, Prof Eileen Kaner, Prof Peter Anderson, Prof Jens Reimer. Effectiveness of Brief Interventions in Primary Health Care, Emergency Care, Workplace Health Services and Social Services. Hamburg, 2013.

Schmidt, C., Schulte, B., O'Donnell, A., McGovern, R., Lehmann, K., Kuhn, S., Schäfer, I. Newbury-Birch, D., Anderson P, Kaner, E. Reimer, J (2014). Brief alcohol interventions in social service and criminal justice settings – A systematic narrative review. *The British Journal of Social Work* DOI: 10.1093/bjsw/bcu100

Shield KD, Kehoe T, Gmel GJ et al. (2012) Societal burden of alcohol. In: Anderson P, Møller L & Galea G (eds.) *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe, 10-28.

Schulte B, O'Donnell A, Kastner S et al. Alcohol screening and brief intervention in workplace settings and social services: a comparison of literature. *Frontiers in Psychiatry* 2014 October 2014 doi: 10.3389/fpsy.2014.00131.

Shults RA et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine* 2001; 21:66–88.

Shults RA, Elder RW, Nichols JL, Sleet DA, Compton R, Chattopadhyay SK, Task Force on Community Preventive Services. [Effectiveness of multicomponent programs with community mobilization for reducing alcohol-impaired driving](#). *American J Prev Med* 2009; 37(4):360-71.

Sieck CJ & Heirich M. Focusing Attention on Substance Abuse in the Workplace: A Comparison of Three Workplace Interventions. *Journal of Workplace Behavioral Health* 2010; 25:72–87.
Spicer RS, Miller TR. Impact of a workplace peer-focused substance abuse prevention and early intervention program. *Alcoholism, clinical and experimental research* 2005;29(4):609-11.

Stafström M, Östergren PO. [A community-based intervention to reduce alcohol-related accidents and violence in 9th grade students in southern Sweden: the example of the Trelleborg project](#). *Accid Anal Prev* 2008; 40(3):920-5.

Stafstroöm M, Östergren PO, Larsson S, Lindgren B, Lundborg P. A community action program for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg project. *Addiction* 2006; 101:813–23.

Strøm et al. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2014, 9:48 Page 2 of 11 Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials <http://www.substanceabusepolicy.com/content/9/1/48>

Swena DD. Effect of Random Drug Screening on Fatal Commercial Truck Accident Rates. *International Journal of Drug Testing* 1999;2:1-13.

Takao S, Tsutsumi A, Nishiuchi K, Mineyama S, Kawakami N. Effects of the job stress education for supervisors on psychological distress and job performance among their immediate subordinates: a supervisor-based randomized controlled trial. *J Occup Health* 2006, 48(6):494-503.

Toomey TL, Erickson DJ, Lenk KM, Kilian GR, Perry CL, Wagenaar AC. A randomized trial to evaluate a management training program to prevent illegal alcohol sales. *Addiction* 2008; 103(3):405-13.

Van De Luitgaarden J, Knibbe R, Wiers RW. Adolescents Binge Drinking When on Holiday: An Evaluation of a Community Intervention Based on Self-Regulation. *Substance Use and Misuse* 2010;45(1-2):190-203.

van der Molen H, Lehtola MM, Lappalainen J, Hoonakker PLT, Hsiao H, Haslam RA, Hale AR, Verbeek JH. Interventions for preventing injuries in the construction industry. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 4. Art. No.: CD006251.

Voas RB, Tippetts AS, Johnson MB, et al. Operation Safe Crossing: using science within a community intervention. *Addiction* 2002; 97:1205–14.

Wagenaar AC, Murray DM, Toomey TL. Communities Mobilizing for Change on Alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction* 2000; 95(2):209–17.

Wahl S, Kriston L, Berner M. Drinking before going out—a predictor of negative nightlife experiences in a German inner city area. *Int J Drug Policy* 2010; 21(3):251-54.

Wallin E, Norstrom T, Andreasson S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2001; 72:723–30.

Warpenius K, Holmila M, Mustonen H. Effects of a community intervention to reduce the serving of alcohol to intoxicated patrons. *Addiction* 2010; 105:1032-40.

Webb G et al. A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction*, 2009, 104:365-377.

White A, Kavanagh D, Stallman H, Klein B, Kay-Lambkin F, Proudfoot J, Drennan J, Connor J, Baker A, Hines E, Young R. Online Alcohol Interventions: A Systematic Review. *J Med Internet Res* 2010;12(5):e62. DOI: [10.2196/jmir.1479](https://doi.org/10.2196/jmir.1479)

Wickizer TM, Kopjar B, Franklin G, Joesch J. Do drug-free workplace programs prevent occupational injuries? Evidence from Washington State. *Health Services Research* 2004;39(1):91-110.

- Willis C, Lybrand S, Bellamy N. Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink-driving recidivism. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; (4):CD004168.
- Wolstenholme A., Drummond, C., Deluca, P., Davey, Z., Elzerbi, C., Gual, A., Robles, N., Reynolds, J., Goos, J., Strizek, J., Godfrey, C., Mann, K., Zois, E., Hoffman, S., Gmel, G., Kuendig, H., Scafato, E., Gandin, C., Coulton, S., Colom, J., Segura, L., Baena, B. (2013) Report on the mapping of European need and service provision for early diagnosis and treatment of alcohol use disorders. http://amphoraproject.net/w2box/data/Deliverables/AMPHORA_WP6_D2.5.pdf.
- World Economic Forum and WHO (2011) *From burden to "best buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*. Geneva, World Economic Forum (http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf, accessed 24 February 2012).
- World Health Organization (1992) Project on identification and management of alcohol-related problems. *Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. Geneva: World Health Organization. Document WHO/PSA/91.5.
- World Health Organization. *World report on road traffic injury prevention*. Geneva, 2004.
- WHO Regional Office for Europe. *Youth and road safety. Policy briefing*. Copenhagen, 2007a (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/pre-2009/youth-and-road-safety-in-europe2.-policy-briefing>).
- World Health Organization. *Drinking and driving. A road safety manual for decision-makers and practitioners*. Global road safety partnership, Geneva, 2007b.
- WHO Regional Office for Europe. *European status report on road safety*. Copenhagen, 2009a (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-status-report-on-road-safety.-towards-safer-roads-and-healthier-transport-choices>).
- WHO Regional Office for Europe. *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, 2009b (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf).
- WHO Regional Office for Europe. *Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation*. Copenhagen, 2010a (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/2010/preventing-injuries-in-europe-from-international-collaboration-to-local-implementation>).
- WHO Regional Office for Europe. *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen, 2010b (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2010/european-status-report-on-alcohol-and-health-2010>).
- WHO Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen, 2011 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-first-session/documentation/working-documents/wd13-european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122020>).
- World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: World Health Organization.
- Zobeck TS, Williams GD. *Evaluation synthesis of the impacts of DWI laws and enforcement methods: final report*. Rockville, MD, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Office of Policy Analysis, 1994.

ANNEXE 1 : Concepts clés

Concepts clés

Risque de l'alcool :

Étant donné que le risque de décès lié à l'alcool augmente de façon linéaire avec le volume de la consommation quotidienne moyenne à partir de zéro, il n'y a pas de niveau de consommation d'alcool sans risque. Les directives australiennes recommandent aux hommes et aux femmes de ne pas boire plus de 20 g d'alcool (deux verres) par jour pour maintenir le risque de mourir d'une maladie liée à l'alcool au cours de la vie à moins de 1 sur 100 (National Health and Medical Research Council, 2009).

Valeurs seuils pour conseiller les adultes :

La plupart des organismes professionnels recommandent d'utiliser l'instrument AUDIT comme guide lorsqu'un conseil doit être dispensé en matière de diminution de la consommation d'alcool (Babor et al, 2001). Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) est un instrument en 10 questions conçu pour évaluer si les personnes ont une consommation à risque et justifier un conseil pour la diminuer. Un score de 8 ou plus est considéré comme un niveau justifiant une intervention brève. De nombreux organismes professionnels recommandent également de n'utiliser que les trois premières questions du questionnaire AUDIT sur la consommation d'alcool comme version courte de l'instrument. Dans ce cas, les valeurs seuils sont de 5 ou plus pour les hommes et de 4 ou plus pour les femmes. Ces valeurs pourraient inclure des personnes qui boivent un peu plus de 20 g d'alcool (deux verres) ou plus par jour. Un score de 16 ou plus au questionnaire AUDIT suggère que l'alcool cause au consommateur des dommages conséquents, et un score de 20 ou plus, qu'il est dépendant à l'alcool, un mode de consommation d'alcool inadapté qui entraîne des troubles et une détresse significatifs sur le plan clinique.

Intervention brève concernant l'alcool :

L'intervention brève en matière d'alcool fait référence à l'utilisation d'un conseil ou d'une consultation structurés, basés sur le dialogue, visant à réduire la consommation d'alcool. Il existe deux types principaux d'intervention brève : soit une séance courte et structurée, soit une séance plus longue, plus motivationnelle (c'est-à-dire, une intervention brève étendue - voir ci-après). Les deux types visent à aider la personne à réduire sa consommation d'alcool (parfois même à s'abstenir) et peuvent être menés par des non-spécialistes de l'alcool. L'intervention brève peut aussi s'accompagner de composantes supplémentaires telles que des brochures d'information, un carnet ou un cahier pour suivre la consommation, des ressources en ligne, et des séances de motivation pour renforcer l'intervention brève initiale.

Les Cinq A :

les programmes d'intervention brève peuvent s'appuyer sur le cadre de référence pour le conseil comportemental appelé "les Cinq A" :

1. *"Assess"* - évaluer la consommation d'alcool à l'aide d'un outil de dépistage bref, et entreprendre ensuite une évaluation clinique si nécessaire ;
2. *"Advise"* - conseiller aux patients de réduire leur consommation d'alcool à des niveaux plus faibles ;
3. *"Agree"* - s'accorder sur des objectifs individuels pour réduire la consommation d'alcool ou devenir abstinent (si indiqué) ;
4. *"Assist"* - aider les patients à acquérir les motivations, les compétences personnelles ou le soutien nécessaires pour changer de comportement ; et
5. *"Arrange"* - organiser un suivi et un conseil répété, y compris référer les consommateurs alcoolodépendants vers des traitements spécialisés.

Intervention brève étendue :

Elle est basée sur la motivation et peut prendre la forme d'une thérapie de renforcement de la motivation ou d'un entretien motivationnel. Le but est de motiver les personnes à changer

leur comportement en examinant avec elles les raisons pour lesquelles elles se comportent comme elles le font et en identifiant des motifs positifs de changement. Le conseil motivationnel est aussi appelé "intervention brève étendue".

FRAMES :

il s'agit d'un acronyme qui synthétise les composantes essentielles de l'intervention brève : **F**eedback (commentaires sur le risque du client d'avoir des problèmes d'alcool) ; **R**esponsibility (responsabilité : le changement relève de la responsabilité du client) ; **A**dvice (conseil: apporter un conseil clair lorsque cela est nécessaire) ; **M**enu (quelles sont les options de changement ?) ; **E**mpathy (empathie : une approche chaleureuse, réfléchie et compréhensive) ; et **S**elf-efficacy (auto-efficacité : optimisme par rapport au changement de comportement).

Formation et communication :

La formation de l'ensemble du personnel impliqué dans une intervention brève est essentielle afin de garantir que les personnes vont recevoir un service de grande qualité. La formation doit couvrir les aspects pratiques de la mise en place de l'intervention brève, notamment : les jeux de rôle ; les obstacles et les défis ; les voies de soutien supplémentaire ; et les principes et théories qui sous-tendent l'intervention brève, tels que l'entretien motivationnel. Le projet PHEPA, cofinancé par la Commission européenne, a préparé un programme de formation qui peut être adapté pour un usage local (Gual et al, 2005).

Approche centrée sur la personne :

En dispensant un conseil bref par rapport à l'alcool, les professionnels doivent être conscients de la nécessité construire une relation de confiance avec les clients ; et de travailler d'une manière encourageante, empathique, et sans jugement. La consommation d'alcool à risque est souvent associée à la stigmatisation et à la discrimination, avec, comme conséquence, des personnes qui se présentent dans les services en essayant de minimiser leur problème avec l'alcool. Les discussions doivent avoir lieu dans des lieux qui respectent la confidentialité, la vie privée et la dignité. Toutes les informations fournies sur la nature et le traitement des troubles liés à une consommation excessive d'alcool doivent être adaptées au niveau de la compréhension de la personne, pour soutenir des choix à partir d'une série de traitements fondés sur des données probantes, et doivent être disponibles dans un langage approprié et dans un format accessible.

Outils validés :

Le conseil doit s'appuyer sur un outil pertinent fondé sur des données probantes, qui doit orienter la structure et la durée du conseil. L'outil d'intervention brève préparé pour l'essai britannique SIPS est une option.

Approche à l'échelle de la population :

La délivrance d'une intervention brève n'est qu'une partie d'une approche globale pour réduire les dommages causés par l'alcool. Une combinaison complète de politiques est nécessaire pour réduire les dommages liés à l'alcool au bénéfice de la société dans son ensemble. Les approches à l'échelle de la population qui incluent la hausse du prix de l'alcool, la limitation de la disponibilité de l'alcool et l'interdiction de la publicité pour l'alcool (voir WHO's three best buys, World Economic Forum and World Health Organization, 2011) sont importantes parce qu'elles peuvent contribuer à réduire le niveau global des dommages liés à l'alcool. Elles peuvent aider ceux qui ne sont pas en contact régulier avec les services compétents et ceux qui ont reçu spécifiquement des conseils pour réduire leur consommation d'alcool, en créant un environnement favorable à une consommation à plus faible risque.

Approches en milieu scolaire :

Même s'ils sont largement utilisés, il est clair que les effets à long-terme de ces programmes restent sujets à caution. Toutefois, il apparaît que les interventions à l'école pour les élèves de tous les âges, sont utiles, particulièrement si elles font partie d'une approche globale d'autres risques pour la santé, liés à l'excès. On peut faire abstraction du manque de taille d'effet dans

la mesure où même de petits changements progressifs dans le comportement face à l'alcool peuvent avoir des conséquences significatives à long terme.

