Public Health Ontario | Santé publique Ontario

RÉSUMÉ DE PREUVES PERTINENTES

Services de dépistage, d'intervention brève et d'aiguillage en matière d'alcool dans les établissements de santé

2e édition : Juin 2025

Messages clés

- La combinaison du dépistage, de l'intervention brève et de l'aiguillage (DIBA ; en anglais SBIR) est une approche efficace pour repérer et réduire la consommation d'alcool à haut risque.
- L'utilisation du DIBA en matière de consommation d'alcool dans divers environnements de soins de santé, incluant les services des urgences et les cliniques de soins primaires, s'est révélée efficace tant chez les adultes que les adolescents.
- Les conclusions du présent résumé devraient aider les décideurs politiques, les prestataires de soins primaires, les administrateurs d'hôpitaux et les bureaux de santé à mettre le DIBA en œuvre afin de réduire la consommation d'alcool et les effets néfastes qui y sont associés.
- Compte tenu du lien démontré entre l'alcool et des problèmes de santé chroniques courants, tels que le cancer et les maladies cardiovasculaires, le DIBA pourrait représenter un outil efficace pour s'attaquer aux causes modifiables des maladies chroniques. Des recherches supplémentaires sont néanmoins nécessaires pour mieux cerner les avantages du DIBA dans la prévention des effets nocifs à long terme sur la santé d'une consommation d'alcool à haut risque.

Problématique et question de recherche

Méfaits de l'alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée au Canada[1]. Selon l'Enquête canadienne sur la consommation de substances de 2023, 79 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année[1]. La consommation d'alcool est un facteur de risque pour la santé à court et à long terme[2]. Les risques à court terme associés à la consommation d'alcool incluent les comportements violents et les blessures involontaires. La consommation chronique d'alcool augmente le risque de présenter plusieurs types de cancers et des maladies graves, telles que la cirrhose, la pancréatite et certaines maladies respiratoires[2].

Repères canadiens sur l'alcool et la santé

Publié en 2023, le document *Repaires canadiens sur l'alcool et la santé* est une mise à jour des *Directives de consommation d'alcool à faible risque* (DCAFR) de 2011[2,3]. Les DCAFR de 2011 ont établi des limites de consommation hebdomadaires normalisées afin de minimiser les risques aigus et chroniques sur la santé liés à l'alcool[3]. Pour les femmes, ces limites ont été fixées à deux consommations standard par jour et à un maximum de 10 consommations standard par semaine; pour les hommes, ces limites ont été établies à trois consommations standard par jour et à un maximum de 15 consommations standard par semaine.

Depuis la publication des DCAFR en 2011, de nouvelles données nécessitaient une mise à jour des recommandations en matière de consommation d'alcool. Les recherches plus récentes ont en effet démontré que les personnes ayant consommé de l'alcool dans les limites établies par les directives de consommation à faible risque de 2011 avaient connu un nombre élevé de décès imputables à l'alcool et résultant de maladies chroniques, dont plusieurs cancers, ainsi que de blessures non intentionnelles[4]. Les lignes directrices précédentes omettaient par ailleurs de prendre en compte les effets de la consommation d'alcool sur la santé sociale et mentale.

Les nouvelles orientations sur l'alcool et la santé visent donc l'objectif fondamental suivant : que les personnes vivant au Canada envisagent de réduire leur consommation d'alcool[2]. Ce message est appuyé par quatre faits essentiels :

1. Ces orientations établissent qu'il existe un spectre continu du risque associé à la consommation hebdomadaire d'alcool, allant d'un risque nul pour les personnes qui ne consomment pas d'alcool, à un risque faible pour les personnes qui consomment deux consommations standard ou moins par semaine, modéré pour celles qui boivent entre trois et six consommations standard par semaine, et ainsi de suite pour celles qui consomment sept consommations standard ou plus par semaine.
2. La prise de plus de deux consommations standard à une même occasion est associée à un plus grand risque d'atteinte à soi-même et aux autres.
3. Aucune dose d'alcool ne saurait être considérée comme sans risque pendant la grossesse.
4. Il est recommandé d'éviter l'alcool pendant l'allaitement.

Dépistage, intervention brève et aiguillage

La stratégie DIBA est une approche d'intervention précoce qui a été mise en place pour réduire la consommation d'alcool à haut risque chez les individus. Cette stratégie a été conçue à l'origine comme un outil de santé publique qui visait à offrir un dépistage universel de la consommation de substances dangereuses, tout en assurant la prévention secondaire en orientant les individus vers le traitement le plus approprié[5,6]. L'objectif du DIBA est de motiver les personnes ayant un niveau de consommation d'alcool à haut risque à réduire leur consommation pour les mettre ensuite en contact avec des services de soutien[7]. À la suite du repérage des personnes à haut risque par l'entremise du dépistage universel, une intervention brève peut alors être proposée, éventuellement suivie de l'aiguillage vers un traitement si cela est jugé opportun[6]. L'intervention brève est une conversation non conflictuelle avec une personne en mesure' de relever les problèmes de santé, de fixer des objectifs de collaboration et d'élaborer un plan de traitement sur mesure[8,9]. L'entrevue fait souvent appel à des techniques d'entretien motivationnel. Le DIBA est généralement employé dans les services des urgences, les établissements de soins primaires, ou de façon électronique au moyen d'interventions en ligne ou informatisées menées par des professionnels de la santé[10].

Le présent résumé utilise la définition largement acceptée du dépistage, de l'intervention brève et de l'orientation vers un traitement (en anglais *screening, brief intervention, and referral to treatment, ou SBIRT*) proposée par l'administration américaine des services de santé mentale et d'abus de substances (SAMHSA)[11]. La SAMHSA considère que le DIBA constitue une approche de santé publique globale et intégrée permettant la prestation de services d'intervention précoce et de traitement auprès des personnes présentant des troubles liés à l'utilisation de substances, ou de celles qui risquent de présenter ces troubles[11].

L'utilisation du DIBA dans la pratique clinique est également recommandée dans les *lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et du trouble de l'usage de l'alcool*, qui appuie le dépistage de la consommation d'alcool au-delà du risque faible auprès de tous les patients adultes et jeunes[9]. Il s'agit là de la première ligne directrice canadienne à fournir des recommandations explicites sur l'offre clinique d'interventions de dépistage et de traitement de la consommation d'alcool à haut risque. Les autres approches qui visent à prévenir les dommages liés à la consommation d'alcool incluent la taxation de l'alcool, le prix minimum à l'unité, les mesures de lutte contre la conduite en état d'ébriété et la réglementation sur l'alcool[7,12,13].

Situation actuelle

La lutte contre les méfaits de la consommation des substances psychoactives en Ontario est une priorité de santé publique. En 2023, le rapport annuel du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario remis à l'Assemblée législative de l'Ontario mettait l'accent sur « une approche sociétale globale vis-à-vis de la consommation de substances et de ses effets néfastes »[14]. Le présent document contient des informations spécifiques sur les tendances en matière de consommation d'alcool et de ses effets sur la santé, ainsi que sur les changements survenus sur le plan des politiques et des recommandations pour les années à venir.

En Ontario, les unités de santé sont tenues d'offrir des programmes et des services qui touchent à la consommation d'alcool, conformément aux Normes de santé publique de l'Ontario[15]. Dans un tel contexte, la mise en place universelle du DIBA peut contribuer aux efforts déployés par les unités de santé pour lutter contre la consommation d'alcool dans leur collectivité publique. De plus, les données des DCAFR sont souvent utilisées comme indicateur de succès d'une unité de santé dans ce domaine.

En 2024, le projet d'évaluation des politiques canadiennes sur l'alcool (CAPE) a publié sa plus récente analyse des politiques fédérales et provinciales/territoriales en matière d'alcool, ces dernières étant considérées comme le principal moyen de prévenir et de réduire les méfaits de l'alcool[16,17]. Les politiques relatives à la consommation d'alcool ont été évaluées dans plusieurs secteurs, notamment la réglementation, la distribution, la supervision financière et la prise en charge de la consommation d'alcool par la santé publique[17]. Les résultats de l'enquête CAPE 3.0 ont montré la nécessité d'une amélioration dans de nombreux secteurs si l'on souhaite réduire les problèmes liés à l'alcool au sein de la population. Plus spécifiquement, l'importance d'interventions robustes de dépistage et de traitement ne saurait être exagérée, le DIBA étant considéré comme un mécanisme essentiel dans le cadre des interventions tant au niveau fédéral que provincial/territorial.

Question de recherche

L'objectif du présent résumé est de répondre à la question suivante : **quelle est l'efficacité du dépistage, de l'intervention brève ainsi que de l'aiguillage dans la réduction de la consommation d'alcool et des préjudices liés à l'alcool dans différents établissements de santé?**

Méthodologie

Le 14 mars 2025, les Services de bibliothèque de Santé publique Ontario (SPO) ont effectué des recherches dans MEDLINE, Embase, CINAHL, PsychINFO, SOCINDEX et le Centre de référence des politiques de santé pour repérer des articles publiés entre 2016 et 2025. La stratégie de recherche a été adaptée de MEDLINE en ce qui concerne les bases de données supplémentaires. La stratégie détaillée est disponible sur demande auprès de SPO.

Les articles sélectionnés ont été révisés par deux évaluateurs pour s'assurer de leur pertinence. L'inclusion des modèles d'étude se limitait aux revues, aux revues systématiques et aux méta-analyses. Les revues étaient acceptables à condition d'avoir été publiées en anglais, de porter sur des interventions réalisées dans un cadre de santé général (soins primaires, services des urgences, unités hospitalières, cliniques), d'inclure à la fois des composantes de dépistage et d'intervention brève du DIBA et de faire état de résultats sur l'efficacité du DIBA. Les articles étaient exclus lorsqu'ils ne portaient pas sur l'alcool (par exemple, le tabac et le cannabis), ne concernaient que des populations présentant des comorbidités, ne portaient que sur des collectivités publiques à revenu faible ou moyen, de même que dans les cas où l'intervention avait lieu dans un établissement de traitement de la toxicomanie, ou l'intervention brève excluait la composante dépistage du DIBA, ou enfin lorsque l'efficacité du DIBA n'était pas le résultat principal. En accord avec les recommandations présentées aux niveaux national et provincial, qui soulignent la nécessité de combiner le dépistage et l'intervention brève[18,19], seules les études qui évaluaient tous ces éléments ont été prises en compte.

Un évaluateur a fait le tri parmi tous les titres et résumés. Les articles qui répondaient aux critères d'inclusion ont été récupérés pour être examinés indépendamment dans leur entièreté par deux évaluateurs, en faisant appel à un troisième évaluateur en cas de désaccord. Deux évaluateurs ont évalué la qualité des textes pertinents dans leur entièreté à l'aide de l'*Outil d'évaluation de la qualité* de la base de données Health Evidence[MD] (*Health Evidence Quality Assessment Tool*)[20]. Les articles jugés peu probants ont été exclus du présent résumé, tandis que les articles jugés moyennement probants ou probants ont été retenus. Toutes les informations pertinentes ont été prélevées de chaque article retenu à l'aide d'un formulaire d'extraction de données standardisé. Des détails supplémentaires concernant l'évaluation de la qualité et le prélèvement des données sont disponibles sur demande.

Principales constatations

La revue de la littérature a permis de repérer 863 articles potentiellement d'intérêt, dont 14 ont été inclus dans ce résumé après vérification de leur pertinence[10,21-33]. Une revue Cochrane (méta-analyse) qui portait sur l'utilité clinique du dépistage et de l'intervention brève a également été incluse en raison de sa pertinence par rapport au sujet[34]. Le présent résumé a repéré sept revues de qualité modérée[21,22,24-27,32] et sept de haute qualité[10,23,28-31,33] publiées depuis 2016. Les résultats s'appuient sur des données probantes antérieures qui permettent de mieux cerner le rôle des prestataires de soins de santé dans l'utilisation du DIBA et d'évaluer davantage son efficacité dans la lutte contre les comportements liés à des niveaux de consommation à risque et les méfaits liés à l'alcool.

Caractéristiques du résumé : Composantes du DIBA

Dépistage

L'objectif du dépistage comme première étape du DIBA est d'évaluer la gravité de la consommation de substances psychoactives[11]. Le dépistage devrait être universel, c'est-à-dire accessible à tous les patients[35]. Divers outils de sélection ont été utilisés dans les études sélectionnées pour ce résumé. Les articles qui ne précisaient pas l'approche employée lors du dépistage de la consommation d'alcool ont été exclus. Deux méthodes principales de dépistage de la consommation d'alcool apparaissaient dans les études incluses, soit la consommation d'alcool autodéclarée et les outils validés (des derniers incluaient, par exemple, le *Alcohol Use Disorder Identification Test* [AUDIT], le questionnaire CAGE, le *Paddington Alcohol Test*, le *Rapid Alcohol Problems Screen*, le *FAST Alcohol Screening Test*, et le *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* [ASSIST]).

Les processus de sélection et les seuils utilisés pour établir l'admissibilité des participants aux études primaires du DIBA étaient hétérogènes tant du point de vue des interétudes que des intraétudes. Par ailleurs, les expressions utilisées pour qualifier la consommation d'alcool, comme « à risque », « à haut risque » ou « consommation dangereuse », variaient selon le test de dépistage. Les termes et les seuils n'étaient pas toujours explicitement définis dans les études. En pratique, les seuils peuvent être adaptés aux lignes directrices en vigueur.

Intervention brève

L'intervention brève est un processus qui vise à aider les individus à comprendre et à prendre conscience de leur consommation de substances psychoactives, et à les motiver à changer leur comportement si nécessaire[11]. Comme son nom l'indique, une intervention brève doit être de courte durée (par exemple, 5 à 10 minutes)[35]. Les études incluses dans ce résumé ont eu recours à une grande variété d'interventions brèves. Il s'agissait de courtes interventions, comportant entre une à quatre séances, qui appliquaient des méthodes telles qu'une rétroaction adaptée aux résultats du processus de dépistage, un enseignement de ce que sont les « styles de consommation », une évaluation de la volonté de changer du patient, et de brefs discours motivationnels.

Aiguillage vers le traitement

L'aiguillage vers un traitement doit avoir lieu après que le dépistage et l'intervention brève aient permis de repérer les personnes qui pourraient bénéficier d'un traitement plus approfondi du fait de leur consommation de substances psychoactives[11]. La majorité des revues incluses dans ce résumé n'incluaient pas de détails sur l'aiguillage vers un traitement. Dans les trois seules études qui fournissaient ces informations, l'aiguillage était effectué lorsque les participants atteignaient un seuil de risque bien défini[23,25,30]. Le processus d'aiguillage avait été automatisé dans le cadre d'une étude portant sur un programme de DIBA électronique[25].

Efficacité du DIBA

Neuf revues (incluant la revue clinique Cochrane de Beyer et coll.) ont évalué l'efficacité du DIBA dans divers contextes de soins de santé primaires, incluant les cabinets de médecins généralistes, les services des urgences et les centres de santé communautaires[10,23,25,26,28,30-32,34]. Cinq études portaient exclusivement sur l'efficacité du DIBA dispensé dans les services des urgences[21,22,24,27,33]. Une étude se concentrait sur le DIBA utilisé dans le contexte des soins prénataux. Les interventions recensées s'appliquaient à diverses populations (adolescents, adultes, femmes enceintes, etc.) et avaient été dispensées en personne ou par voie électronique[29].

Divers types de résultats ont été pris en considération dans les études retenues pour ce résumé. Toutes les revues incluaient des mesures de la consommation d'alcool (par exemple, la consommation déclarée de consommations standard, les scores de suivi de l'outil AUDIT). Quatre revues comportaient également des mesures générales des méfaits et des conséquences de l'alcool[21,28,30,34].

Réduction de la consommation d'alcool

Contexte des services des urgences

Cinq revues portaient exclusivement sur l'efficacité du DIBA dispensé dans les services des urgences[21,22,24,27,33]. Les catégories de dispensateurs de soins ayant utilisé le DIBA n'étaient pas systématiquement précisées dans les études, mais lorsqu'ils l'étaient, ceux-ci incluaient une grande variété de personnel, dont des médecins, des résidents, des assistants médicaux, des infirmières, des chercheurs, des travailleurs sociaux, des intervenants communautaires ou des intervenants en matière de drogues et d'alcool. Toutes ces revues ont montré que le DIBA contribuait à réduire la consommation d'alcool chez les personnes avec une consommation à risque, mais que cette efficacité tendait à diminuer au fil du temps et qu'elle dépendait des caractéristiques propres à chaque sous-groupe. Par exemple, une métarevue comprenant plusieurs méta-analyses concluait à une diminution significative de la fréquence de consommation d'alcool dans les groupes où l'entretien motivationnel faisait partie de l'intervention par DIBA[21]. Toutefois, ces résultats bénéfiques tendaient à s'estomper entre les évaluations de suivi à 3, à 6 et à 12 mois. Les adolescents et les femmes âgées de moins de 23 ans étaient les deux sous-groupes qui avaient le plus bénéficié du DIBA dans le contexte des services des urgences[22].

Deux études intégraient des approches électroniques du DIBA dans le cadre des services des urgences[27,33]. L'une d'entre elles, qui évaluait l'efficacité du dépistage électronique et de l'intervention brève (e-DIB) dans les services des urgences et les centres de traumatologie, a conclu que cette méthode pouvait réduire de façon significative la consommation problématique d'alcool pour une période allant jusqu'à six mois après l'intervention[33]. Plus précisément, deux essais contrôlés randomisés faisant partie de cette revue ont révélé que l'e-DIB influençait significativement la transition des buveurs d'alcool « problématiques » à « risque réduit » six mois après l'intervention (taille de l'effet [μ] : 1,31 ; intervalle de crédibilité à 95 % : 0,18, 1,89). Une autre revue a montré qu'une rétroaction personnalisée générée par ordinateur à propos de la consommation d'alcool était associée à une réduction significative de la consommation hebdomadaire à 6 mois (taille de l'effet [d] : -0,19) qui se maintenait jusqu'à 12 mois (d = -0,11)[27].

Contexte des soins de santé primaires

Huit revues (et la revue Cochrane clinique) ont examiné le DIBA dans le cadre des soins primaires[10,23,25,26,28,30-32,34]. Toutes les études ont montré que la mise en œuvre du DIBA chez les personnes ayant des comportements de consommation à haut risque tendait à mener à une réduction de la consommation d'alcool, bien que les résultats ne soient pas toujours statistiquement significatifs. Cet effet bénéfique était habituellement plus marqué à court terme (3 à 6 mois). La qualité des données probantes variait d'une revue à l'autre.

Une étude Cochrane sur le DIBA dans le contexte des soins primaires a évalué 69 essais contrôlés randomisés totalisant 33 642 participants[10]. Cette étude a évalué l'impact du DIBA sur la quantité d'alcool consommée de façon hebdomadaire ainsi que sur la fréquence et l'intensité de la consommation. Cette étude a rapporté que 12 mois après l'intervention, les individus avaient en moyenne réduit leur consommation d'alcool de 20 grammes par semaine par rapport aux membres des groupes témoins. L'ampleur de l'effet s'est révélée plus importante dans les cliniques de soins primaires que dans les services des urgences[10]. Une étude supplémentaire effectuée dans le but de documenter les recommandations actualisées de la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) a révélé que,

parmi les 37 essais menés auprès d'adultes (n = 15 974), les adultes bénéficiant d'une intervention réduisaient davantage le nombre hebdomadaire de consommations que ceux qui n'en bénéficiaient pas (différence moyenne pondérée : −1,59 ; intervalle de confiance [IC] à 95 % : −2,15, −1,03)[28]. La proportion d'adultes ayant rapporté un épisode de forte consommation (six consommations ou plus) était également moindre chez les bénéficiaires du DIBA (rapport des cotes [odds ratio, OR] : 0,67; IC à 95 % : 0,58, 0,77). Les résultats de cette revue suggèrent qu'un certain avantage se maintient jusqu'à 2 à 3 ans après l'intervention; cependant, plusieurs essais chez des adultes plus jeunes ont montré que les effets bénéfiques du DIBA apparaissaient à 6 mois, mais n'étaient plus statistiquement significatifs à 12 mois.

Deux revues systématiques ont explicitement étudié l'efficacité du e-DIBA dans plusieurs contextes de soins primaires[25,32]. Le dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé a été effectué à l'aide d'un outil d'auto-évaluation ou d'un outil de dépistage validé (par exemple, AUDIT, ASSIST), suivi d'une intervention brève basée sur un entretien motivationnel. Les interventions ont été réalisées par voie électronique à l'aide d'applications intégrant des caractéristiques telles que l'évaluation de la volonté de changement et le retour d'information sur le style de consommation. Ces études ont montré que les participants ayant reçu le e-DIBA ont réduit de manière significative leur fréquence hebdomadaire de leur consommation d'alcool.

Autres méfaits liés à la consommation d'alcool

Plusieurs autres méfaits liés à la consommation d'alcool ont été examinés dans les études incluses dans le présent résumé de preuves pertinentes. Adams et coll. (2023) ont évalué l'efficacité du DIBA à prévenir des blessures et ont constaté une réduction significative des blessures liées à l'alcool chez les personnes ayant participé à des interventions brèves[21]. Les études examinées dans le cadre du présent document ont de plus montré une tendance à la réduction des infractions au Code de la route dans les groupes avec intervention brève par rapport aux groupes témoins, bien que les différences n'étaient pas toutes statistiquement significatives. Une étude qui a examiné la fréquence des retours aux départements des urgences n'a pas trouvé de résultats significatifs[27].

Les revues sélectionnées dans ce résumé ont mis en évidence des nuances entre les résultats des différents sous-groupes (par exemple, les adolescents par rapport aux adultes, les femmes par rapport aux hommes). Par exemple, une revue systématique sur laquelle s'est appuyée l'USPSTF a repéré des essais menés auprès de jeunes adultes qui ont démontré une réduction des conséquences liées à l'alcool (différence moyenne standardisée : −0,06; IC à 95 %: −0,11, −0,01). Une autre étude systématique et une méta-analyse ont montré que, trois mois après une intervention brève, il y avait une réduction significative des conséquences liées à l'alcool pour les femmes (ampleur de l'effet moyen [g] : 0,16; IC à 95 % : 0,08, 0,25), mais pas pour les hommes[30].

Cette étude a également montré que comparativement aux hommes, les femmes ayant participé à une intervention brève étaient plus susceptibles d'avoir recours à un traitement de la toxicomanie trois mois après l'intervention. Les résultats chez les femmes enceintes faisaient l'objet d'une revue portant sur l'exposition prénatale à l'alcool[29]. Cette revue a examiné l'efficacité des interventions brèves réalisées dans le cadre de soins prénataux (hôpitaux, cliniques de soins primaires, cabinets de sages-femmes). Des méta-analyses ont montré que les femmes enceintes ayant participé à une approche DIBA étaient 33 % moins susceptibles d'accoucher prématurément que les groupes témoins (OR : 0,67; IC à 95 % : 0,46, 0,98). L'analyse des résultats concernant l'insuffisance pondérale à la naissance n'a pas révélé de différence significative entre les groupes DIBA et les groupes témoins. O'Connor et coll. (2018) ont également inclus certaines données probantes sur l'impact du DIBA chez les personnes enceintes, constatant que ces interventions doublaient les chances que les personnes s'abstiennent de consommer de l'alcool pendant la grossesse (OR : 2,26; IC à 95 % : 1,43, 3,56)[28].

Discussion

Ce résumé de preuves pertinentes a permis de repérer un certain nombre de revues systématiques publiées depuis 2016 et présentant une qualité moyenne à élevée. Le champ de la recherche et de la pratique en matière de consommation d'alcool s'est considérablement modifié au cours des dernières années. Le rapport final *Repères canadiens sur l'alcool et la santé*, publié en 2023[2], souligne la profondeur du changement dans la conception de l'alcool et de la réduction des risques par rapport aux précédentes *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*[3]. Pour faire suite à ce récent rapport, le *Canadian Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder* a été publié de façon à fournir un cadre aux prestataires de soins cliniques pour le dépistage et le traitement des personnes concernées par la consommation d'alcool[9]. Le présent résumé de preuves pertinentes témoigne de l'augmentation de la recherche dans le domaine.

L'*Enquête canadienne sur la consommation de substances* de 2023 a révélé que 79 % des Canadiens ont consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois[1]. Parmi eux, 38 % ont déclaré avoir bu sept consommations standard ou plus au cours des sept derniers jours, une quantité dont on sait désormais qu'elle expose les individus à un risque de plus en plus élevé de méfaits liés à l'alcool, telles que les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC)[2,36]. Les prestataires de soins de santé occupent une position favorable pour dépister et repérer les comportements à risque en matière de consommation d'alcool.

Les dispensateurs de soins de santé des services des urgences, notamment, s'occupent souvent de patients qui consultent pour des problèmes liés à l'alcool, et sont à cet égard bien placés pour repérer les comportements à risque en matière de consommation d'alcool et pour intervenir afin de prévenir les dommages futurs[37]. Cette revue des données a montré que l'utilisation du DIBA dans les services des urgences peut réduire les habitudes de consommation d'alcool à risque chez les individus. Il faut toutefois noter que cet effet tend à s'atténuer avec le temps (p. ex. après 12 mois) et à être plus bénéfique à certains sous-groupes (p. ex. adolescents, femmes). Selon les données disponibles, les interventions DIBA ont été effectuées par divers prestataires des services des urgences (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, travailleurs de proximité, intervenants en toxicomanie et alcoolisme), ce qui suggère une certaine flexibilité et un partage des responsabilités dans un contexte d'équipe comme celui qui prévaut au sein d'un service des urgences. L'utilisation de l'e-DIBA dans les services des urgences s'est montrée efficace pour réduire la consommation d'alcool à risque, et peut s'avérer avantageuse lorsque les services des urgences sont surchargés et que les ressources sont limitées.

Les soins primaires représentent un contexte essentiel pour l'utilisation du DIBA, car c'est souvent là qu'ont lieu les premiers contacts des patients avec les prestataires de soins de santé (par exemple un médecin de famille), possiblement avant même que les méfaits de l'alcool ne se produisent. Les données probantes tirées des études incluses dans ce résumé ont montré que la mise en œuvre du DIBA dans les établissements de soins primaires réduit efficacement les comportements à risque en matière de consommation d'alcool, avec un effet d'ampleur potentiellement plus importante que dans les services des urgences[10]. Le DIBA électronique s'est également révélé être une intervention efficace dans le cadre des soins primaires. La mise en œuvre du DIBA dans le cadre des soins primaires pourrait permettre' de repérer les patients à risque qui, autrement, ne seraient pas reconnus comme tels[38].

Incidences sur la pratique

Les constatations du présent résumé pourraient aider à convaincre les décideurs politiques, les prestataires de soins primaires, les administrateurs d'hôpitaux et les bureaux de santé d'utiliser le DIBA pour réduire la consommation d'alcool et les méfaits qui y sont associés. De façon générale, l'approche DIBA peut se révéler efficace pour réduire la consommation d'alcool et ses effets néfastes, lorsqu'elle est appliquée dans certains contextes, et peut-être en particulier lorsqu'elle cible des populations spécifiques.

En 2023, le rapport annuel du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario à l'Assemblée législative de l'Ontario mettait l'accent sur « une approche sociétale globale de la consommation de substances et de ses effets néfastes »[14]. Le présent résumé souligne le rôle prépondérant que joue l'alcool dans plusieurs dommages évitables en santé, et recommande expressément d'améliorer l'accès au dépistage, à l'intervention brève et à l'orientation vers des services spécialisés. Cette prise de position a été soutenue par l'*Association of Local Public Health Agencies*, qui y a fait l'écho en demandant au gouvernement provincial d'élaborer une stratégie en matière d'alcool[39]. Le rapport du médecin hygiéniste en chef a souligné que cette stratégie sur l'alcool devrait inclure un soutien aux cliniciens pour qu'ils s'engagent dans l'approche du DIBA[14].

Le soutien apporté aux cliniciens pour qu'ils s'engagent à utiliser le DIBA pourrait prendre la forme de séances éducatives et de formation qui amélioreraient leurs connaissances des recommandations en matière de dépistage de l'alcool, des outils de dépistage validés pour détecter la consommation à haut risque et les troubles liés à la consommation d'alcool, du contenu des interventions brèves, des techniques d'entretien motivationnel, et enfin des outils d'aide à la prise de décision et au suivi des patients qui peuvent nécessiter des évaluations ou des interventions au-delà du DIBA (par exemple, référence du patient à un spécialiste, prescription de médicaments). Le *Canadian Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder* présente une description complète de la démarche clinique fondée sur des données probantes pour les problèmes liés à la consommation d'alcool, ainsi que des recommandations visant à améliorer les normes de soins offerts[9].

En vertu de la *Directive de Prévention de la Toxicomanie et de Réduction des Méfaits,* les services de santé sont tenus de collaborer avec les partenaires communautaires pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes en santé qui ciblent la consommation d'alcool[15]. C'est dans cette perspective que les unités de soins de santé s'efforcent de développer leurs capacités à prévenir les blessures et les abus de substances en collaborant avec les partenaires communautaires. En ce qui a trait aux problèmes liés à la consommation d'alcool, les unités de soins de santé peuvent opter pour le DIBA[7]. Les unités de santé peuvent soutenir le déploiement du DIBA en collaborant avec les prestataires de soins primaires locaux, les hôpitaux et les universités, contribuant ainsi à l'objectif global de réduction de l'impact des blessures évitables et de l'abus de substances psychoactives en Ontario.

La littérature récente a démontré qu'entre 2003 et 2016, l'augmentation des visites aux urgences attribuables à l'alcool a été plus de quatre fois supérieure aux augmentations de tous autres types de visites[40]. Les taux de consultation des services des urgences ont augmenté plus rapidement chez les femmes et les jeunes adultes. La recherche fait état d'un taux de mortalité élevé chez les jeunes qui se présentent fréquemment aux urgences pour des problèmes liés à l'alcool[41]. Il s'ensuit que les services des urgences sont des lieux critiques pour les services DIBA.

Ce résumé de preuves pertinentes dresse un portrait des résultats qui montrent que, dans le milieu des soins primaires, le DIBA est efficace pour réduire la consommation d'alcool à risque. Alors que les lignes directrices récentes prévoient un mécanisme de mise en œuvre du DIBA dans le cadre des soins primaires, des recherches antérieures ont démontré une utilisation limitée d'outils de dépistage validés chez les médecins de famille. Par ailleurs, le taux de dépistage des troubles liés à l'utilisation de substances chez les adolescents était jusqu'à présent bien inférieur à celui des adultes[42]. Même si les médecins de famille sont une pierre angulaire essentielle du système de santé au Canada, les pressions systémiques, financières et temporelles qui pèsent sur ces prestataires de soins de santé sont aujourd'hui immenses[43]. Des travaux supplémentaires pour aider à la mise en œuvre du dépistage et des interventions brèves par les prestataires de soins primaires sont nécessaires, de façon à pouvoir repérer les obstacles et les facilitateurs éventuels.

Ce résumé de preuves pertinentes a relevé des revues de haute qualité citant des données probantes appuyant l'efficacité du DIBA à réduire la consommation d'alcool à haut risque et à atténuer les méfaits liés à l'alcool. Il s'agit toutefois de résultats à court terme. Le nombre croissant de données probantes établissant un lien entre la consommation d'alcool et un certain nombre de maladies chroniques n'a par ailleurs pas été pris en compte dans la littérature sélectionnée. Les propriétés cancérogènes de l'alcool ont été documentées pour au moins sept types de cancers. L'alcool est également un facteur de risque démontré pour les maladies cardiovasculaires, notamment les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension et l'insuffisance cardiaque. S'il a été démontré que le DIBA arrive à réduire à court terme la consommation d'alcool à risque, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour examiner les avantages potentiels à long terme du dépistage et de l'intervention.

Limites du résumé

En raison de la rapidité avec laquelle ce résumé a été réalisé, nous n'avons pas vérifié le chevauchement des études primaires dans les revues incluses ni le chevauchement des revues dans les métarevues incluses. Les revues incluses étaient de qualité moyenne à élevée. Il est important de noter que les évaluations finales de la qualité réfèrent à la méthodologie employée dans les revues systématiques, mais qu'elles ne s'appliquent pas à la qualité des études primaires qui ont été incluses dans chaque revue, ni à la robustesse des résultats de ces dernières. La plupart des revues reconnaissent l'existence de divers types de biais qui doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats, notamment le biais de publication et le biais de désirabilité sociale qui a une influence sur l'autodéclaration de la consommation d'alcool. Ces éléments ont pu influencer la validité des résultats globaux de ce résumé. De plus, certaines revues incluent des études de faible qualité méthodologique, ainsi que des descriptions d'intervention peu claires et des intervalles de suivi différents d'une étude à l'autre, qui rendent difficile la comparaison des implications à court et à long terme. Bien que toutes les études incluses aient intégré à la fois le dépistage et l'intervention brève, les modes de prestation de ces interventions variaient. Par exemple, certaines études faisaient usage d'outils de dépistage validés (par exemple AUDIT, ASSESS), tandis que d'autres s'appuyaient sur l'autodéclaration d'une consommation d'alcool supérieure à un seuil de risque spécifié.

Bien que le présent résumé de preuves pertinentes n'ait pas explicitement étudié les inconvénients potentiels du DIBA, trois revues se sont penchées sur cette question[10,26,28]. Aucun inconvénient du DIBA n'a été explicitement relevé. Toutefois, les résultats ne sont pas considérés concluants puisque les données étaient généralement peu convaincantes[10]. Il s'agit là d'un aspect important à prendre en considération dans le cadre des éventuelles recherches futures.

Références

1. Santé Canada. *Enquête canadienne sur la consommation de substances: sommaire des résultats de 2023* [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2024 [cité le 6 févr. 2025]. Disponible à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2023.html

2. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* [Internet]. Ottawa (Ontario) : CCDUS; 2023 [cité le 6 févr. 2025]. Disponible à : https://www.ccsa.ca/fr/conseils-outils-et-ressources/consommation-de-substances-et-dependance/alcool/reperes-canadiens-sur

3. Butt, P., D.Beirness, T. Stockwell, L. Gliksman et C. Paradis. *L'alcool et la santé au Canada: résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque* [Internet]. Ottawa (Ontario) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2011 [cité le 6 févr. 2025]. Disponible à : https://www.ccsa.ca/fr/lalcool-et-la-sante-au-canada-resume-des-donnees-probantes-et-directives-de-consommation-faible

4. Sherk, A., G. Thomas, S. Churchill et T. Stockwell. « Does drinking within low-risk guidelines prevent harm? Implications for high-income countries using the International Model of Alcohol Harms and Policies ». *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(3):352-61. Disponible à : https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.352

5. Babor, T. F. et J. C. Higgins-Biddle. « Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health ». *Addiction.* 2000;95(5):677-86. Disponible à : https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.9556773.x

6. Babor, T. F., B. G. McRee, P. A. Kassebaum, P. L. Grimaldi, K. Ahmed et J. Bray. « Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse ». *Subst Abus*. 2007;28(3):7-30. Disponible à : https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03

7. Babor, T., R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham et coll. *Alcohol: no ordinary commodity.* 2e éd. Oxford (NY): Oxford University Press; 2010.

8. Moyer, A. et J. W. Finney. « Brief interventions for alcohol misuse ». *CMAJ*. 2015;187(7):502-6. Disponible à : https://doi.org/10.1503/cmaj.140254

9. Wood, E., J. Bright, K. Hsu, N. Goel, J. W. G. Ross, A. Hanson et coll. « Ligne directrice canadienne pour la prise en charge clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et du trouble d'utilisation de l'alcool ». *CMAJ*. 2023;195(40):E1364-E1379. Disponible à : https://www.cmaj.ca/content/196/9/E303

10. Kaner, E. F., F. R. Beyer, C. Muirhead, F. Campbell, E. D. Pienaar, N. Bertholet et coll. « Efficacité d'interventions courtes sur la consommation d'alcool des patients en médecine générale ». *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2(2):CD004148. Disponible à : https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub4/full/fr#CD004148-note-0004

11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Screening, brief intervention, and referral to treatment* (SBIRT) [Internet]. Rockville (MD) : SAMHSA; 2024 [cité le 9 avr. 2025]. Disponible à : https://www.samhsa.gov/substance-use/treatment/sbirt

12. Wyper, G. M. A., D. F. Mackay, C. Fraser, J. Lewsey, M. Robinson, C. Beeston et coll. « Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study ». *Lancet*. 2023;401(10385):1361-70. Disponible à : https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00497-x

13. Zhao, J., T. Stockwell, G. Martin, S. Macdonald, K. Vallance, A. Treno et coll. « The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002-09 ». *Addiction*. 2013;108(6):1059-69. Disponible à : https://doi.org/10.1111/add.12139

14. Ontario. Ministère de la Santé. *Une question d'équilibre: une approche mise en œuvre dans l'ensemble de la société à l'égard de la consommation de substances et de ses méfaits*. Rapport annuel 2023 du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario à l'Assemblée législative de l'Ontario. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024. Disponible à : https://www.ontario.ca/files/2024-04/moh-cmoh-annual-report-2023-fr-2024-04-02.pdf

15. Ontario. Ministère de la Santé. *Normes de santé publique de l'Ontario: exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation* [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [mis à jour le 28 juin 2024; cité le 9 avril 2025]. Disponible à : https://www.ontario.ca/fr/page/normes-de-sante-publique-de-lontario-exigences-relatives-aux-programmes-aux-services-et-la

16. Martineau, F., E. Tyner, T. Lorenc, M. Petticrew et K. Lock. « Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews ». *Prev Med*. 2013;57(4):278-96. Disponible à : https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.06.019

17. University of Victoria, Canadian Institute for Substance Use Research. *Canadian alcohol policy evaluation* [Internet]. Victoria (Colombie-Britannique) : University of Victoria; 2023 [cité le 9 avr. 2025]. Disponible à : https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/projects/cape/index.php

18. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada: vers une culture de modération* [Internet]. Ottawa (Ontario) : CCDUS; 2007 [cité le 9 avril 2025]. Disponible à : https://www.ccsa.ca/fr/reduire-les-mefaits-lies-lalcool-au-canada-vers-une-culture-de-moderation

19. Locally Driven Collaborative Projects (LDCP). *Addressing alcohol consumption and alcohol-related harms at the local level: a resource for public health professionals in Ontario* [Internet]. Toronto (Ontario) : LDCP; 2014 [cité le 9 avr. 2025]. Disponible à : https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Handout/id3509/Handout--Oral_317901.pdf

20. Health Evidence. *Quality assessment tool guidance document* [Internet]. Hamilton (Ontario) : Health Evidence; 2023 [cité le 5 mars 2025]. Disponible à : https ://www.healthevidence.org/documents/our-appraisal-tools/quality-assessment-tool-dictionary-en.pdf

21. Adams, E. J., L. Morris, G. Marshall, F. Coffey, P. D. Miller et H. Blake. « Effectiveness and implementation of interventions for health promotion in urgent and emergency care settings: an umbrella review ». *BMC Emerg Med*. 2023;23(1):41. Disponible à : https://doi.org/10.1186/s12873-023-00798-7

22. Barata, I. A., J. R. Shandro, M. Montgomery, R. Polansky, C. J. Sachs, H. C. Duber et coll. « Effectiveness of SBIRT for alcohol use disorders in the emergency department: a systematic review ». *West J Emerg Med*. 2017;18(6):1143-52. Disponible à : https://doi.org/10.5811/westjem.2017.7.34373

23. Botwright, S., J. Sutawong, P. Kingkaew, T. Anothaisintawee, S. V. Dabak, C. Suwanpanich et coll. « Which interventions for alcohol use should be included in a universal healthcare benefit package? An umbrella review of targeted interventions to address harmful drinking and dependence ». *BMC Public Health*. 2023;23(1):382. Disponible à : https://doi.org/10.1186/s12889-023-15152-6

24. Elzerbi, C., K. Donoghue, S. Boniface et Drummond. « Variance in the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between injury and noninjury patients in emergency departments: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials ». *Ann Emerg Med*. 2017;70(5):714-23.e13. Disponible à : https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.05.004

25. Jones, M., C. J. Seel et S. Dymond. « Electronic-screening, brief intervention and referral to treatment (e-SBIRT) for addictive disorders: systematic review and meta-analysis ». *Subst Use Addict J*. 2024;45(4):736-52. Disponible à : https://doi.org/10.1177/29767342241248926

26. Jung, W., S. W. Oh, S. H. Kim et S. Y. Kim. « Unhealthy alcohol use: screening and behavioral counseling interventions ». *Korean J Fam Med*. 2025;46(1):20-6. Disponible à : https://doi.org/10.4082/kjfm.24.0115

27. McGinnes, R. A., J. E. Hutton, T. J. Weiland, D. M. Fatovich et D. Egerton-Warburton. « Effectiveness of ultra-brief interventions in the emergency department to reduce alcohol consumption: a systematic review ». *Emerg Med Australas*. 2016;28(6):629-40. Disponible à : https://doi.org/10.1111/1742-6723.12624

28. O'Connor, E. A., L. A. Perdue, C. A. Senger, M. Rushkin, C. D. Patnode et S. I. Bean et coll. « Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force ». *JAMA*. 2018;320(18):1910-28. Disponible à : https://doi.org/10.1001/jama.2018.12086

29. Popova, S., D. Dozet, E. Pandya, M. Sanches, K. Brower, L. Segura et coll. « Effectiveness of brief alcohol interventions for pregnant women: a systematic literature review and meta-analysis ». *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):61. Disponible à : https://doi.org/10.1186/s12884-023-05344-8

30. Schweer-Collins, M. L., N. J. Parr, R. Saitz et E. E. Tanner-Smith. « Investigating for whom brief substance use interventions are most effective: an individual participant data meta-analysis ». *Prev Sci*. 2023;24(8):1459-82. Disponible à : https://doi.org/10.1007/s11121-023-01525-1

31. Tan, C. J., T. Shufelt, E. Behan, J. Chantara, C. Koomsri, A. J. Gordon et coll. « Comparative effectiveness of psychosocial interventions in adults with harmful use of alcohol: a systematic review and network meta-analysis ». *Addiction*. 2023;118(8):1414-29. Disponible à : https://doi.org/10.1111/add.16187

32. Tansil, K. A., M. B. Esser, P. Sandhu, J. A. Reynolds, R. W. Elder, R. S. Williamson et coll.« Alcohol electronic screening and brief intervention: a community guide systematic review ». *Am J Prev Med*. 2016;51(5):801-11. Disponible à : https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.013

33. Woliansky, M., K. Lee et S. Tadakamadla. « Electronic screening and brief intervention for alcohol-related trauma: a systematic review and meta-analysis ». *Emerg Med Australas*. 2025;37(1):e14506. Disponible à : https://doi.org/10.1111/1742-6723.14506

34. Beyer, F. R., F. Campbell, N. Bertholet, J. B. Daeppen, J. B. Saunders, E. D. Pienaar et coll. « The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: a distillation for clinicians and policy makers ». *Alcohol Alcohol*. 2019;54(4):417-27. Disponible à : https://doi.org/10.1093/alcalc/agz035

35. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) in behavioral healthcare* [Internet]. Rockville (MD) : SAMHSA; 2011 [cité le 9 avril 2025]. Disponible à : https://www.samhsa.gov/sites/default/files/sbirtwhitepaper_0.pdf

36. Gouvernement du Canada. *Enquête canadienne sur la consommation de substances (ECCS) : outil de données* [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; 2025 [cité le 9 avril 2025]. Disponible à : https://sante-infobase.canada.ca/consommation-de-substances/eccs/

37. Blackwell, R., B. Borgundvaag, K. Dunham, C. Fraser, R. Hummelen et M. Kahan et coll. *Toolkit for alcohol-related presentations to the emergency department* [Internet]. Toronto (Ontario) : META:PHI; 2023 [cité le 9 avril 2025]. Disponible à : https://www.metaphi.ca/wp-content/uploads/ED_AUD.pdf

38. Spithoff, S. et S. Turner. « A systemic failure to address at-risk drinking and alcohol use disorders: the Canadian story ». *CMAJ*. 2015;187(7):479-80. Disponible à : https://doi.org/10.1503/cmaj.140849

39. Association of Local Public Health Agencies. *Re: 2023 Chief Medical Officer of Health (CMOH) annual report: an all-of-society approach to substance use and harms* [Internet]. Toronto (Ontario) : Association of Local Public Health Agencies; 2024 [cité le 9 avril 2025]. Disponible à : https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/collection/1EB276C2-F6A2-41CC-ADC6-93FA4488EA12/alPHa_Letter_CMOH_Report_TACO_050424.pdf

40. Myran, D. T., A. T. Hsu, G. Smith et P. Tanuseputro. « Rates of emergency department visits attributable to alcohol use in Ontario from 2003 to 2016: a retrospective population-level study ». *CMAJ*. 2019;191(29): E804-E810. Disponible à : https://doi.org/10.1503/cmaj.181575

41. Hulme, J., H. Sheikh, E. Xie, E. Gatov, C. Nagamuthu et P. Kurdyak. « Mortality among patients with frequent emergency department use for alcohol-related reasons in Ontario: a population-based cohort study ». *CMAJ*. 2020;192(47): E1522-E1531. Disponible à : https://doi.org/10.1503/cmaj.191730

42. Loheswaran, G., S. Soklaridis, P. Selby et B. Le Foll. « Screening and treatment for alcohol, tobacco and opioid use disorders: a survey of family physicians across Ontario ». *PLoS ONE*. 2015;10(4): e0124402. Disponible à : https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124402

43. Ontario College of Family Physicians. *New data shows there are now 2.5 million Ontarians without a family doctor* [Internet]. Toronto (Ontario) : Ontario College of Family Physicians; 2024 [cité le 9 avril 2025]. Disponible à : https://ontariofamilyphysicians.ca/news/new-data-shows-there-are-now-2-5-million-ontarians-without-a-family-doctor/

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Services de dépistage, d'intervention brève et d'aiguillage en matière d'alcool dans les établissements de santé. 2e éd. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025.

ISBN : 978-1-4868-9066-8

Avis de non-responsabilité

Le présent document a été produit par Santé publique Ontario (SPO). SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux organismes de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Le travail de Santé publique Ontario est fondé sur les meilleures données probantes disponibles au moment de la publication. L'utilisation du présent document relève de la responsabilité de l'utilisateur. Santé publique Ontario décline toute responsabilité pouvant résulter de l'utilisation du présent document. Le présent document peut être reproduit sans autorisation à des fins non commerciales uniquement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucune modification ne doit lui être apportée sans l'autorisation écrite expresse de Santé publique Ontario.

Historique de publication

Date de publication : 2017

2e édition : Juin 2025

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une agence du gouvernement de l'Ontario vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.

Ontario

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025