

« Pour tous les médecins généralistes, la prise en charge des patient souffrant d'une dépendance à l'alcool est très compliquée. Souvent génératrices d'un profond sentiment d'impuissance, ces prises en charge épuisent ceux qui s'y lancent seuls.

Toutefois le modèle de l'alcoolodépendance ne doit pas être le seul à retenir notre attention de praticien, nous pouvons être très efficaces auprès des patients souffrant d'un mésusage d'alcool avant la dépendance. Ce guide rappelle qu'il est toujours utile de faire le travail de repérage et d'accompagnement des patients pour les aider à changer leurs comportements avec l'alcool. »

D. Dépinoy



Guide de bonne pratique Les consommations d'ALCOOL en dehors de la dépendance



Le médecin généraliste peut aider efficacement ses patients à gérer le risque alcool.



Guide de bonne pratique les consommations d'alcool en dehors de la dépendance | ADDICA 2008 | 1

1

POURQUOI S'INTÉRESSER À LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

- Les Français sont parmi les premiers consommateurs d'Europe (en moyenne 11 litres d'alcool pur par habitant par an).
- La mortalité directement liée à l'alcool est estimée en France à 45 000 décès par an.
- L'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable (mortalité prématurée, avant 65 ans).
- Il existe au moins 1,5 à 2 millions d'alcoolodépendants, mais aussi 3 à 5 millions de personnes en danger avec l'alcool à cause d'un usage à risque ou d'un usage nocif.
- La morbidité liée à la consommation d'alcool concerne pour moitié des patients non alcoolodépendants (accidents, cancers, pathologies cardio-vasculaires...)
- La consommation excessive d'alcool concerne environ :
 - > 1/4 des personnes hospitalisées,
 - > 1/4 des passages aux urgences,
 - > 1/3 des morts sur la route avec une prédominance masculine.

EN MÉDECINE GÉNÉRALE

- Près de 18% des patients adultes un cabinet de généraliste français (en métropole) présentent un problème avec l'alcool d'alcool (29,5% des hommes et 11,1% des femmes).
- Mais seule une petite minorité consulte pour ce problème.
- **Des études montrent qu'aborder la question de l'alcool en consultation avec ses patients, modifie significativement leur comportement de consommation.**

Sommaire

1	Pourquoi s'intéresser à la consommation d'alcool ?	p.1
2	Comment interroger la consommation d'alcool ?	p.2/3
3	Quand évaluer la consommation d'alcool de ses patients ?	p.4
4	Quelle signification : usage ou mésusage ?	p.5/6
5	Quels objectifs des soins ?	p.7
6	L'intervention brève (I.B.)	p.8/9
7	Guide de suivi au sein du réseau	p.10
8	Annexes	p.11/12
9	Pour en savoir plus	p.13
10	Le questionnaire AUDIT	p.14
11	Le test DAME	p.15
12	Auteurs	p.16



2

COMMENT INTERROGER LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

IL FAUT RECHERCHER LA C.D.A. = CONSOMMATION DÉCLARÉE D'ALCOOL

En disposant d'une unité de mesure : le verre standard.

LE TERME DE VERRE DÉSIGNE LE « VERRE STANDARD » OU UNITÉ INTERNATIONALE D'ALCOOL (UIA) ET CORRESPOND À 10 G D'ALCOOL PUR

Un verre standard correspond à la dose servie dans un débit de boissons mais à la maison les quantités peuvent être largement supérieures.

UN VERRE STANDARD REPRÉSENTE UNE DE CES BOISSONS

7 cl d'apéritif à 18°	2,5 cl de digestif à 45°	10 cl de champagne à 12°	25 cl de cidre « sec » à 5°	2,5 cl de whisky à 45°	2,5 cl de pastis à 45°	25 cl de bière à 5°	10 cl de vin rouge ou blanc à 12°

DES QUESTIONS SIMPLES PERMETTENT D'ÉVALUER LA C.D.A.

Sans être moralisateur et sans se placer en confrontation avec le patient, il faut savoir explorer la consommation d'alcool lors de l'entretien par des questions simples sur l'hygiène de vie :

- Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?
 Si NON > Non usage ou déni d'une personne alcoolo-dépendante
 Si OUI > Combien de verres par occasion ?
 > Combien d'occasions par mois, semaine ou jour
 > Y a-t-il eu des ivresses ?

Des questionnaires standardisés existent pour faciliter l'abord de la question alcool : AUDIT et DAME (en annexe). Ils ont surtout un intérêt pour repérer le type de mésusage.

Les marqueurs biologiques (CDT, VGM et GGT) n'ont pas d'intérêt pour le repérage précoce et systématique.

2

LES ÉQUIVALENCES

PRÉCONISATIONS SUR LES SEUILS OMS

- > Jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel.
- > Pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres / jour).
- > Pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres / jour).
- > S'abstenir au moins 1 jour / semaine de toute consommation d'alcool.

Verre standard = 10g / verre



1 bouteille de 75 cl de whisky 40° = 25 doses standard

1 bouteille de 75 cl de vin ou de champagne = 7 doses standard

1 canette de 50 cl de bière 8,6° à 10° = 4 doses standard

1 bouteille de 75 cl d'apéritif = 10 doses standard

3

QUAND ÉVALUER LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

Les médecins généralistes sont en première ligne et donc particulièrement bien placés pour effectuer le repérage des conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance. Ils ont un rôle important à jouer dans la réduction des risques et dans la prévention des complications induites par le mésusage.

UNE INTERVENTION PRÉCOCE PEUT MODIFIER UNE TRAJECTOIRE DE CONSOMMATION QUI CONDUIRAIT UN PATIENT VERS LA DÉPENDANCE.

LE REPÉRAGE PEUT ÊTRE FAIT DE MANIÈRE SYSTÉMATIQUE

- Lors d'un premier contact
- Lors d'une demande de certificat médical d'aptitude ou de bonne santé
- Périodiquement auprès de patients suivis régulièrement
- Dans une démarche globale de repérage des facteurs de risque du sujet
- Le repérage est toujours plus facile lorsqu'il est réalisé de façon systématique

DANS LES SITUATIONS OÙ TOUTE CONSOMMATION D'ALCOOL REPRÉSENTE UN DANGER

- Femme enceinte
- Conducteur de véhicule, de machine
- Prescription de médicaments psychoactifs
- Prescription de médicaments présentant une contre-indication absolue ou relative en cas de consommation d'alcool associée
- Comorbidités somatiques et/ou psychiatriques

LE REPÉRAGE PEUT ÊTRE FAIT DE MANIÈRE OPPORTUNISTE

- **Situations somatiques :** Hypertension artérielle, asthénie, prise de poids, troubles digestifs, diabète.
- **Situations psycho-comportementales :** Anxiété, irritabilité, agressivité, troubles du sommeil, troubles sexuels, dépression.
- **Situations environnementales :** Problèmes conjugaux, difficultés familiales, difficultés au travail, problèmes souvent imputés aux autres. Lorsque l'entourage pose des questions sur les effets de l'alcool en général.
- **Association à une autre conduite addictive :** Tabac, cannabis, abus de psychotropes...
- **Survenue d'accidents de travail, de la voie publique ou domestiques.** Particulièrement s'ils ont un caractère répétitif.

4

USAGE : QUELLE SIGNIFICATION ?

DÉFINITION

Toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel.

LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

Les seuils proposés sont les suivants :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel,
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres / jour),
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres / jour),
- s'abstenir au moins 1 jour / semaine de toute consommation d'alcool.

> Mais ces seuils de prudence n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque et n'ont donc pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation. Ils constituent donc de simples repères. Ils doivent être abaissés dans diverses situations, notamment :

1°) Les situations abordées en cas de situation à risque :

- Conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse,
- Poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc. ;

2°) Les situations abordées en cas de risque individuel :

- Consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs qui potentialisent, souvent rapidement, les effets psychotropes de l'alcool ;
- Pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d'un traitement médicamenteux ;
- Modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médications associées (psychotropes), de l'état psychologique, etc. ;
- Situations physiologiques particulières : la grossesse, états de fatigue (dette de sommeil, etc) ;
- L'enfance.

NB : Cette liste ne doit pas être considérée comme limitative.

4

MÉSUSAGE : QUELLE SIGNIFICATION ?

DÉFINITION

Toutes les conduites d'alcoolisation classées ici sous le terme de « mésusage » justifient d'autant plus une intervention que leur prévalence dans la population générale induit d'importants problèmes de santé publique.

USAGE A RISQUE

- Toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils proposés par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire.
- L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS s'il existe une situation à risque et/ou un risque individuel particulier.

USAGE NOCIF

- Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool et l'absence de dépendance à l'alcool. Même si la C.D.A. est inférieure aux seuils OMS, la constitution d'un dommage signe un usage nocif.

USAGE AVEC DÉPENDANCE

- Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet.
- L'usage avec dépendance peut ne pas être lié à l'existence d'un dommage ni à une C.D.A. supérieure aux seuils OMS.

IVRESSE

- L'ivresse est une conduite d'alcoolisation aiguë qui peut être associée à n'importe laquelle des catégories d'usage ou de mésusage définies plus haut et nécessite une intervention.
- L'ivresse ou intoxication éthylique aiguë est un phénomène fréquent qui requiert d'abord une intervention d'urgence pouvant nécessiter une médication adaptée. Puis après dégrisement, à partir de l'évaluation du comportement de consommation du patient, proposer une stratégie thérapeutique.

5

QUELS OBJECTIFS DE SOINS ?

NON-USAGE = INFORMER

Le non-usage primaire ne justifie aucune intervention à l'exception des messages de prévention. Le non-usage secondaire (abstinence) peut justifier une intervention, notamment sous la forme d'un accompagnement thérapeutique.

Rappeler les normes et seuils OMS.

USAGE = RÉÉVALUER RÉGULIÈREMENT ET INFORMER

MÉSUSAGE = INTERVENTION BRÈVE

Intervention systématiquement et réévaluer régulièrement (intervention Brève).

OBJECTIFS

- > En cas d'usage à risque : aider la personne à revenir à un usage simple. Intervention Brève (I.B.).
- > En cas d'usage nocif : aider la personne à revenir à un usage simple. Prendre en charge les dommages. Intervention Brève (I.B.).
- > En cas d'usage avec dépendance : aider la personne à devenir abstinente. C'est une intervention lourde nécessitant un accompagnement au long cours et une prise en charge multidisciplinaire.

CONDUITE À TENIR APRÈS UN REPÉRAGE

Si, à la suite du repérage, le médecin généraliste a identifié un mésusage d'alcool, il doit faire le diagnostic du type de mésusage. Il faut différencier d'une part l'usage à risque et l'usage nocif, et d'autre part l'alcoolodépendance car les attitudes thérapeutiques sont fondamentalement différentes.

Ce diagnostic à la suite du repérage doit être périodiquement réévalué. L'entretien clinique doit porter sur :

- Les périodes de non-usage.
- Les antécédents de prise en charge.
- La consommation d'autres substances psychoactives et notamment le tabac.
- Le repérage des facteurs de risque d'une évolution vers la dépendance.

DÉFINITION

Les facteurs de risque d'une évolution défavorable vers la dépendance :

- Antécédents familiaux d'alcoolodépendance.
- Début précoce de la consommation.
- Polyconsommations de substances psychoactives.
- Recherche d'ivresses répétées.
- Pathologies psychiatriques associées, troubles de la personnalité.
- Antécédents de tentative de suicide, antécédents de sévices liste non exhaustive.

6

L'INTERVENTION BRÈVE (I.B.)

MOYENS

L'**Intervention Brève** est un moyen à la disposition des professionnels de santé qui veulent aider les buveurs présentant un usage à risque, un usage nocif, ou se trouvant dans une situation particulière (grossesse, prise concomitante de médicaments psychotropes...)

LES INTERVENTIONS BRÈVES

Faire une Intervention Brève auprès d'un alcoolodépendant n'est pas nocifs mais reste en général inefficace. Au mieux cela permet d'aborder la question de l'alcool.

OBJECTIF DE L'INTERVENTION BRÈVE :

APPORTER À UN SUJET PRÉSENTANT UN MÉSUSAGE UNE AIDE POUR LUI PERMETTRE D'INDUIRE UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DURABLE VIS-À-VIS DE L'ALCOOL.

DESCRIPTION

La brièveté de ces interventions nécessite :

- > Un **message clair** ;
- > Un contenu **acceptable** pour le médecin et pour le patient ;
- > **Une faisabilité** dans les conditions d'exercice habituelles de la médecine générale, en respectant le choix du patient et évitant tout discours normatif ou de jugement.

Ces interventions utilisent la même approche comportementale que dans les séances de motivation à l'arrêt du tabac où le patient est le principal acteur de son changement.

À son issue l'I.B. permet une modification du comportement d'alcoolisation et donc la réduction des risques liés à l'alcool, au moyen d'un conseil standardisé court et applicable dans le temps d'une consultation de médecine générale.

L'INTERVENTION BRÈVE SE RÉALISE DANS UN CLIMAT D'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

L'I.B. permet au patient de :

- > Prendre conscience de son comportement à risque ou nocif
- > Modifier son comportement.
- > Supprimer ou améliorer un trouble pour lequel l'alcool est potentiellement responsable.
- > Réévaluer et renforcer la maintenance de son changement de comportement.

6

L'INTERVENTION BRÈVE (I.B.) SCHÉMA GÉNÉRAL

INTRODUCTION

Le repérage systématique peut déjà avoir un effet d'intervention. Cela contribue à la modification des représentations des sujets exposés au risque alcool comme celles des soignants.

VALORISER LE RÔLE DU SUJET DANS CETTE ENTREPRISE DE RÉDUCTION PAR UN VÉRITABLE ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (EN ANNEXE) POUR RENFORCER LES CAPACITÉS DU SUJET À MODIFIER SES COMPORTEMENTS ET SA MOTIVATION À CHANGER DURABLEMENT.

ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

- Recherche de la consommation déclarée d'alcool par :
 - la méthode du verre standard,
 - ou le test AUDIT ou DAME : il permet « d'ouvrir le dialogue ».

LE VERRE STANDARD

- Le verre standard (« unité d'alcool ») est un concept simple, qui permet une meilleure évaluation des consommations.

PARLER DU RISQUE ALCOOL

- Au même titre que l'hypertension et le cholestérol, un usage régulier supérieur aux normes de l'OMS est un facteur de risque pour la santé.
- Les études montrent que boire plus diminue l'espérance de vie.
- Insister sur la banalisation de la consommation à risque et sur la prévalence forte du risque alcool (15% de la population).
- **Les repères de consommation (3 verres pour les hommes et 2 verres pour les femmes) sont la base du message.**

L'INTÉRÊT DE LA RÉDUCTION

- L'intérêt est cette fois justifié sur le plan individuel et non par des données statistiques.
- À rapprocher des éventuels dommages ressentis.
- Suggérer une liste de bénéfices et demander l'avis du patient.

MÉTHODES UTILISABLES POUR RÉDUIRE SA CONSOMMATION

- Repérer les circonstances où il boit le plus.
- Changer les habitudes du patient.
- Réduire la fréquence et/ou l'intensité.
- Donner des points de repères.
- Prendre en compte la motivation du patient et ne pas hésiter à utiliser les techniques de l'entretien motivationnel.

PROPOSER DES OBJECTIFS, LAISSER LE CHOIX

- Les objectifs doivent être résumés :
 - > Revenir à une consommation non dangereuse.
 - > Obtenir les bénéfices évoqués ensemble.
- Une intervention brève peut se dérouler en un seul entretien, mais il est utile de réévaluer à 2 mois puis un an.

7

GUIDE DE SUIVI AU SEIN DU RÉSEAU

- Tous les médecins peuvent réaliser un repérage précoce des mésusages d'alcool.
- Il est conseillé de réaliser cette démarche régulièrement et sans préjugés auprès de tous ses patients.
- Tous les médecins peuvent réaliser une intervention brève auprès des consommateurs à risque ou consommateurs nocifs repérés au cours des consultations.
- Faire une intervention brève auprès d'un alcoolo-dépendant n'est pas nocif mais reste en général inefficace; au mieux cela permet d'aborder la question de l'alcool.
- Tous les intervenants «para-médicaux» peuvent réaliser le repérage des conduites à risques vis vis de l'alcool et réorienter vers le médecin généraliste pour une intervention brève.
- En fonction de l'investissement de chaque médecin, la consultation spécialisée auprès d'une équipe d'alcoologie, peut se justifier:
 - > En cas de non-modification de la consommation malgré une intervention brève bien menée.
 - > En cas de suspicion de dépendance.
 - > Dans le cas de patients présentant des problèmes psychologiques ou psychiatriques importants.
- Dans ces situations l'utilisation d'un dossier patient partagé sur le site professionnel du réseau ADDICA, sera utile au suivi conjoint des personnes volontaires.
- En cas de difficultés diagnostiques sur le type de conduite d'alcoolisation et ses conséquences, ou en cas de difficultés de choix de la conduite à tenir, l'utilisation de la télé-expertise alcool peut aider le praticien efficacement.
- Pour faciliter le suivi et l'évaluation de vos interventions brèves, un recueil RPIB (anonyme pour le patient) permet d'enregistrer et de visualiser l'impact de votre intervention sur le comportement alcool de vos patients.

8

ANNEXES LES ÉTAPES DU CHANGEMENT

Le niveau de motivation d'une personne est actuellement considéré comme un des déterminants principaux du résultat de la prise en charge alcoolologique.

Ainsi, il apparaît essentiel de préciser chez tout sujet en difficulté avec l'alcool, son niveau de motivation à changer son comportement de consommation.

Le modèle actuellement le plus utilisé est celui de Prochaska et Di Clemente. Il propose six stades de changements :

1. **La pré-intention :** la personne n'envisage pas de changer son comportement dans les six prochains mois.
2. **L'intention :** la personne envisage de modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche. Elle pèse le pour et le contre.
3. **La préparation :** la décision est prise et la personne se prépare au changement. Elle se renseigne, demande conseil, recherche des informations...
4. **L'action :** c'est une période au cours de laquelle la personne modifie ses habitudes. Cela demande beaucoup d'attention et d'efforts au quotidien. C'est la période la plus délicate où le risque de revenir au comportement antérieur (ré alcoolisation) est le plus important pour des raisons diverses.
5. **Le maintien :** il s'agit d'éviter les rechutes. L'effort à fournir est moins intense, la réussite, le fait de se sentir mieux, renforcent la motivation, la personne a davantage confiance en ses moyens.
6. **La résolution :** la personne n'a plus de tentation de revenir à la situation antérieure, même si elle se retrouve dans de mauvaises conditions (stress, anxiété, dépression, situation à risque...) De plus, elle est convaincue qu'elle ne rechutera pas.

Ce processus n'est pas linéaire : il peut y avoir des retours à un stade précédent. Une étape peut durer plus ou moins longtemps. C'est un des intérêts de ce schéma que de prendre en compte la possibilité d'un retour en arrière comme partie intégrante du processus de changement. Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faudra tenir compte du stade où elle se trouve. A chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés. Tout passage d'une étape à la suivante doit être considéré comme une réussite, aussi bien par le soignant que par le patient.

8

ANNEXES L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Une technique d'entretien dénommée par l'acronyme « FRAMES » par ses auteurs a été proposée. Il s'agit d'un guide pour mener un entretien motivationnel. Les principes sont de réalisation aisée et bien acceptée par les sujets. Ils reposent sur 6 axes :

1. FEED-BACK OU INFORMATION

Le soignant explique au patient les conséquences de son alcoolisation à risque ou nocive qu'il s'agisse d'un signe clinique, biologique ou d'un comportement. Le rôle du thérapeute est de fournir une information objective non dévalorisante.

2. RESPONSABILITÉ

La réduction de la consommation est de la responsabilité du patient. Il s'agit d'une démarche active dans laquelle la liberté de choix est laissée au consultant.

3. AVIS

C'est l'avis oral ou écrit du médecin suggérant la réduction de consommation. C'est un conseil professionnel, scientifique, non moraliste ni coercitif qui répond à la demande du patient et c'est lui qui choisi de le mettre en pratique.

4. MENU

Une fois l'objectif général défini, on peut proposer un menu d'options représentant tout un éventail de stratégies thérapeutiques. Le but est, en proposant des choix adaptés, d'augmenter les chances pour que le patient adhère à sa décision. Un plan de traitement est d'autant plus accepté qu'il aura été personnalisé et choisi dans sa composition. En exemple on peut fournir des recettes de boissons sans alcool, proposer des conseils sur la façon de boire, à petites gorgées, en intercalant un ou deux verres d'eau ou en remplissant les verres prévus en début de repas puis ranger la bouteille etc.

5. EMPATHIE

C'est l'établissement d'une relation d'écoute chaleureuse, sans jugement, dans un climat de bienveillance sereine mais ferme et maîtrisée. Ce n'est en aucun cas une relation de copinage, d'appréciation aveugle des idées du patient ou une relation de toute puissance qui ne permettrait pas au patient d'être autonome et actif dans sa démarche de soins.

6. SELF EFFICACY

Le soignant doit valoriser les capacités du sujet au changement en analysant avec lui les éventuels obstacles qu'il peut rencontrer. Il doit renvoyer au patient une image optimiste sur sa propre efficacité. Si le patient reste bloqué au stade de la pré-intention, il est préférable de lui laisser du temps de renforcer sa motivation et lui proposer un rendez-vous ultérieur...

9

POUR EN SAVOIR PLUS

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. « Les conduites d'alcoolisations : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? ». *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 1S-76S.
2. Expertise collective Alcool : Effets sur la santé 1 vol INSERM 2001.
3. Batel P, Michaud P Consommation d'alcool à risque ou à problèmes et intervention brève *Gastroenterol Clin Biol* 2002,26 : 158-162.
4. Huas D, Pessione F, Bouix JC, Demeaux JL, Allemand H, Rueff B, Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes *Rev Prat Med Gen* 2002 26/36-43.
5. Michaud P, Gache P, Batel P, Ardwidson P, Intervention brève auprès des buveurs excessifs *Rev Prat Med Gen* 03/2003 n°604.
6. *Revue alcoologie et addictologie : interventions brève en alcoologie* septembre 2004 - tome 26 supplément au n° 3.
7. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire «FACE» revue du praticien médecine générale tome 18 n°641 février 2004.
8. *Alcoologie en pratique quotidienne* (3) intervention brève : ça marche. Mars 2003.
9. Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risques outil de repérage. Conduite à tenir. La documentation française Paris 2002.
10. Lagrange M., Béranger P., Casset J.C., Baum Tp, Lacroix A., pratique du RIPB par des généralistes savoyards. *Revue du praticien Médecine Générale*, 58, juin 2008.

Pour les questionnaires :

**I.N.P.E.S. : 42, Bd de la Libération – 93203 St-Denis Cedex – 01
49 33 22 22**

10

L'AUDIT EST UN QUESTIONNAIRE À DIX ITEMS

1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- Jamais 1 fois par mois ou moins 2 à 4 fois par mois 2 à 3 fois par semaine 4 fois ou plus par semaine

2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée habituelle où vous buvez de l'alcool ?

- un ou deux trois ou quatre cinq ou six sept à neuf dix ou plus

3/ Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

- jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

4/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

- jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

5/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

- jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

6/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

- jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

7/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

- jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

8/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

- jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

9/ Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- non oui mais pas dans les douze derniers mois oui au cours des 12 derniers mois

10/ Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

- non oui mais pas dans les douze derniers mois oui au cours des 12 derniers mois

Signification valeurs d'orientation :

- Score :** Moins de 6 pour une femme et moins de 7 pour un homme = risque « faible » ou « anodin ».
Score : Entre 6 et 12 pour une femme et 7 et 12 pour un homme = consommation à risque ou nocive.
Score : Au-delà de 13, dans un sexe comme dans l'autre = soupçon d'alcoolodépendance.

11

DÉPISTAGE D'UN ENTRETIEN : LE TEST DAME

TEST DAME (OU FACE)

• À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- > 0 = « jamais »
 > 1 = « une fois par mois ou moins »
 > 2 = « 2 à 4 fois par mois »
 > 3 = « 2 à 3 fois par semaine »
 > 4 = « 4 fois ou plus par semaine »

• Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- > 0 = « un ou deux »
 > 1 = « trois ou quatre »
 > 2 = « cinq ou six »
 > 3 = « sept à neuf »
 > 4 = « dix ou plus »

• Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

• Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

• Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- > Pour ces trois dernières questions : non = 0, ou oui = 4.

INTERPRÉTATION

- Chaque question est cotée de 0 à 4.
- On effectue le total des réponses (0-20).

HOMMES

- Score inférieur à 5 : risque faible ou nul.
- Score 5 à 8 : consommation excessive.
- Score supérieur à 8 : dépendance.

FEMMES

- Score inférieur à 4 : risque faible ou nul.
- Score 4 à 8 : consommation excessive.
- Score supérieur à 8 : dépendance.

Docteur Anne-Françoise Bertin

Médecin alcoologue – Reims

Docteur Dominique Dépinoy

Fondateur du réseau ADDICA

Docteur Patrick Roua

Médecin généraliste – Taissy

Président du réseau ADDICA

Comité de relecture au sein du réseauD^r Paul Belvêze

M. Frédéric Cantos

D^r Béatrice Cherrih Pavec

M. Pierre Colnot

M^{me} Catherine FertD^r Danièle FestinD^r Michel GuillaumotD^r Jean-Luc Grillon

M. Claude Haudier

M^{elle} Eugénie LemaireD^r Chantal LilingD^r Marie Measure

M. Albert Portalès

M. Michel Puzenat

D^r Alain RigaudD^r Fabienne SanlavilleD^r Patrick SynakowskiM^{me} Françoise Vanlierde

ADDICA - 10, Bd Barthou - 51100 REIMS

Tél. : 03 26 82 88 84 - Fax: 03 26 82 47 28 - Mail : addica.reseau@wanadoo.fr