

# Consommation excessive d'alcool chez les salariés

## Du repérage précoce à la prise en charge

*Les médecins du travail sont régulièrement sollicités par les employeurs et les salariés sur les problèmes d'alcool au sein des entreprises. Des instruments de repérage précoce et d'intervention brève ont été développés pour la médecine générale puis adaptés à la médecine du travail, sous forme de questionnaires, de modalités d'intervention et de livrets d'information. Publiée dans un précédent numéro de Documents pour le Médecin du Travail, une étude réalisée en 1999 en Île-de-France par une soixantaine de médecins du travail avait montré l'intérêt et la faisabilité de la passation d'auto-questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool [1] ; aujourd'hui, l'objectif de cette enquête est d'évaluer la pratique et l'acceptabilité de ces outils par les médecins du travail après une formation de deux jours.*

Lors de son activité médicale, le médecin du travail rencontre un salarié consommateur excessif d'alcool ou alcoolo-dépendant sur douze consultants [1]. Hors contexte clinique, le médecin du travail est aussi régulièrement sollicité par les employeurs pour réduire les risques liés à l'alcool au travail, comme le confirme une enquête menée en décembre 2000 par le « Groupe alcool » de la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France (SMTOIF) : 85 % des médecins répondants déclarent avoir été sollicités au moins une fois dans l'année écoulée par un employeur pour un problème alcool au sein de son entreprise [2].

De façon plus générale l'alcoolisation excessive, qui représente la deuxième cause de mortalité évitable en France, provoque 45 000 morts par an dont la moitié concerne des consommateurs d'alcool non dépendants [3]. Aussi il est apparu utile de développer un savoir-faire des médecins du travail dans l'approche globale des problèmes d'alcool des salariés, pour satisfaire aux obligations réglementaires comme à l'intérêt de la santé publique.

consommation d'alcool : CDA (consommation déclarée d'alcool), CAGE-DETA<sup>(1)</sup> [4, 5], AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [6, 7]. L'association CDA+DETA avait alors montré une capacité de repérage considérée comme bonne.

Parallèlement, une méthodologie de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB) des buveurs excessifs était développée et validée en médecine générale dans le cadre du programme « Boire moins c'est mieux » (BMCM), de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), en lien avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS). [8].

Le rapprochement du « Groupe alcool » de la SMTOIF et de cette équipe s'est opéré courant 2001 pour travailler sur des thèmes alcoologiques : conduite d'entretien, éducation-information de l'entourage professionnel. Dix médecins du travail issus de ce groupe ont alors été initiés à la technique du RPIB en vue de tester sa mise en œuvre dans le domaine de la santé au travail. En janvier 2002, ce groupe a bénéficié d'une journée de formation et a participé après 3 mois de pratique à une séance de restitution. Les formateurs ont proposé deux outils de repérage, les questionnaires AUDIT et FACE. L'AUDIT est un autoquestionnaire en 10 questions validé internationalement et préconisé par l'OMS [9] (annexe I). FACE (Formule pour apprécier la consommation par entretien) est un hétéroquestionnaire en 5 items, plus récent, élaboré et validé par l'équipe de BMCM [10] (annexe II). L'intervention brève est un conseil structuré visant une réduction de la consommation d'alcool. Elle se décline en huit points résumés en une « check-list » (annexe III) [11]. Elle utilise le support didactique « Alcool, ouvrons le dialogue », fourni par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), qui comprend

G. DEMORTIÈRE \*,  
P. MICHAUD \*\*,  
A.V. DEWOST \*\*\*

\* Médecin du travail,  
AMETIF et SMTOIF

\*\* Médecin alcoologue,  
coordinateur du programme  
« Boire moins c'est  
mieux »

\*\*\* Médecin alcoologue,  
« Boire moins c'est mieux »

(1) : CAGE : acronyme  
anglais de Cut, Annoyed,  
Guilty, Eyes-opener ;  
DETA : acronyme fran-  
çais de Diminuer,  
Entourage, Trop, Alcool.

### Expérience de formations médicales

Une étude réalisée en 1999 par 68 médecins du travail de la région Île-de-France, tous membres de la SMTOIF, avait montré l'intérêt et la faisabilité de la passation d'auto-questionnaires d'évaluation de la

trois livrets (un guide méthodologique destiné aux médecins, deux autres pour le patient) et une affiche [12] (encadré 1). Les livrets-patient, destinés à être remis à l'issue de l'intervention, sont adaptés au stade motivationnel de l'intéressé : « Pour faire le point sur sa consommation », si le patient ne semble pas immédiatement prêt à un changement, ou « Pour réduire sa consommation », s'il y est prêt. Cette première formation pilote a comporté, outre la formation théorique, une partie pratique, avec des jeux de rôles portant sur des situations spécifiques de santé au travail (visites médicales d'embauche, systématiques ou de reprise). Le retour d'expérience organisé à 3 mois, après seule consigne de pratiquer le maximum de RPIB dans le délai, a permis de valider le caractère applicable et utile des outils proposés.

À la suite de cette expérience positive, le comité départemental du Val-d'Oise de l'ANPAA, BMCM et la SMTIOIF se sont unis pour mettre en place un projet

d'extension de la formation au RPIB au bénéfice des médecins du travail. Il a reçu le soutien de l'Inspection médicale régionale du travail, de la main-d'œuvre et de la formation professionnelle, et un financement par le Programme régional de santé « Addictions » de la région Île-de-France. Trois sessions de deux jours ont donc été proposées, gratuitement, pour des groupes de quinze personnes. Le contenu comprenait la formation au RPIB, comme lors du stage pilote, et des points d'intérêt pour le médecin du travail : le rappel des enjeux pour la santé sur la base de l'expertise collective de l'INSERM, la législation concernant l'alcool et le travail, les grandes lignes de la méthodologie d'intervention en entreprise de l'ANPAA. La formation était assurée par un médecin du travail, l'un ou l'autre des deux addictologues et par la directrice de l'ANPAA 95 qui avait également assuré l'administration, la recherche de financement et la logistique de la formation.

ENCADRÉ 1

**DES OUTILS FOURNIS PAR L'INPES**  
**« Alcool : Ouvrons le dialogue », mais aussi des dépliants,**  
**un guide, des brochures, des affiches...**



**Un guide médecin, une affichette et deux livrets patients**

Cet outil a pour objectif de faciliter le dialogue entre médecin et patient et permet d'aider le patient à faire le bilan de sa consommation d'alcool et à la réduire s'il le souhaite. Il comprend un "Guide pratique" pour le médecin, une affichette à apposer en salle d'attente et deux livrets destinés aux patients : "Pour faire le point" et "Pour réduire sa consommation".



**Etes-vous sûr de tout connaître sur les risques liés à l'alcool ?**

Ce petit dépliant informe le grand public des risques sanitaires liés à une consommation excessive d'alcool et donne des repères de consommation précis pour les hommes et les femmes.

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)



Ce document synthétique s'adresse aux médecins généralistes afin de les aider à aborder la question de l'alcool en consultation.



Ce guide de 32 pages s'adresse à ceux qui désirent faire le point sur leur consommation d'alcool. Il répond à de nombreuses questions et les aide à évaluer si leurs habitudes risquent, à terme, de présenter des dangers pour leur santé.

© INPES

Le stage, intitulé « Consommation excessive d'alcool en médecine du travail : appropriation d'outils de repérage et d'intervention brève », se déroulait en deux journées séparées d'une semaine. Il s'appuyait sur des méthodes pédagogiques interactives, notamment des mises en situation (jeux de rôle). L'intervalle de huit jours permettait lors de la deuxième rencontre un échange sur les expériences en situation réelle de travail, sur les ressentis lors des interventions. Enfin, il a été demandé à chaque médecin participant de bien vouloir mettre en pratique les connaissances acquises selon un schéma prédéfini :

- pendant le mois suivant le stage, relire des documents pédagogiques et les livrets INPES et initier les assistantes au repérage ;
- passé ce mois, proposer pendant 2 semaines consécutives à tous les salariés vus en visite d'embauche ou annuelle un AUDIT en salle d'attente ;
- pendant la troisième semaine, l'assistante réalisait le FACE au cours de la phase de préparation du dossier ;
- la dernière semaine, le médecin lui-même administrait le FACE.

Pendant ce mois d'exercice, quelles que soient les modalités du repérage, le médecin devait réaliser une intervention brève à chaque fois que le score était évocateur d'une consommation à risque.

## Enquête

### OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Il s'agissait d'évaluer l'acceptabilité des outils présentés pendant la formation et la faisabilité d'une pratique systématique du RPIB dans le cadre de l'activité médicale courante du médecin du travail.

### MÉTHODE ET ÉCHANTILLON

Les médecins du travail qui ont bénéficié de la formation ont été interrogés par voie postale et/ou courriel deux mois après la deuxième journée de formation. Le questionnaire portait sur les caractéristiques professionnelles du médecin, sur l'intensité du repérage avec chacune des méthodes proposées, sur le taux de consommateurs excessifs repérés et ayant fait l'objet d'une intervention brève. D'une façon plus qualitative, les dernières questions portaient sur le ressenti de l'action et sur l'opinion du médecin quant au caractère acceptable et reproductible du RPIB en pratique courante. Les non-répondants ont été relancés par téléphone.

Les réponses ont été saisies sur Excel<sup>®</sup> et analysées sur ce même logiciel et sur Epi-info (EPI6), en utilisant les tests statistiques classiques, t de Student et  $X_2$  pour les comparaisons de pourcentage et tests de F (Snedecor) et de H (Kruskal-Wallis) pour les comparaisons de moyenne.

## Résultats

### PRATIQUE DES MÉDECINS

Quarante médecins ont participé aux formations. Vingt-sept médecins (3 hommes, 24 femmes), représentant 23 équivalents temps-pleins, ont répondu au questionnaire (68 %). Dix-sept (63 %) d'entre eux travaillent exclusivement en service inter-entreprises (SI) et ont pratiqué une moyenne de 183 visites d'embauche (VE) et visites annuelles (VA) cumulées, contre 114 pour les 8 médecins (30 %) exerçant en service autonome (SA) ( $p = 0,24$ , NS).

D'après les données exploitables des questionnaires médecins, il a été proposé à 3 482 salariés un repérage par questionnaire AUDIT ou FACE, soit 129 salariés en moyenne par médecin (minimum 12 et maximum 482) ; les nombres respectifs de questionnaires réalisés sont rapportés dans le [tableau I](#).

Deux médecins n'ont pas précisé lequel des deux questionnaires ils avaient utilisés. Les refus des salariés sont relativement plus fréquents lorsque FACE était réalisé par l'assistante ( $p < 10^{-8}$ ). Douze médecins ont effectivement mobilisé leurs assistantes pour soumettre le questionnaire FACE. Parmi les quinze autres, 8 ont renoncé à la solliciter, 2 ont décidé en accord avec elle que cela n'était pas son travail, 2 ont essuyé un refus, 1 la jugeait peu motivée, 1 estimait qu'il y avait de la réticence chez les salariés et le dernier n'avait pas d'assistante. Certains médecins ont rapporté que l'organisation du travail et la fluctuation des équipes ne leur avaient pas permis de former leur(s) assistante(s) à la passation de FACE. Il n'y a pas de différence significative dans les attitudes des médecins et des assistantes selon la nature du service, autonome ou inter-entreprises.

Parmi les 3 482 salariés ayant fait l'objet d'un repérage, 234 (6,8 %) avaient un score évocateur d'une consommation excessive et ont bénéficié d'une intervention brève.

À la suite de l'activité de repérage, le nombre d'interventions brèves réalisées par médecin est très variable : de 1 à 52, en moyenne 8,7 par médecin.

Le nombre d'interventions brèves rapporté au nombre de visites médicales effectuées varie de 0 à 33 % selon les médecins. Il est influencé par la nature

TABLEAU I

## Méthodes de repérage utilisées.

Questionnaires	AUDIT	FACE/médecin	FACE/assistante	Non précisé	TOTAL
Effectués	1768	1275	396	43	3482
Refusés	19 (1%)	2 (0,15%)	19 (5%)	-	40 (1,1 %)

de l'exercice du médecin : 5,7 % en moyenne en SA, 10,3 % en SI ( $p = 6.10^{-5}$ ), et non par la présence d'une assistante (6,2 vs 7,3 % sans assistante, NS).

Les livrets utilisés dans les interventions brèves ont été soit délivrés seuls, soit conjointement. On a utilisé 106 livrets « Pour faire le point » et 70 « Pour réduire sa consommation » lors des 234 interventions brèves réalisées. Vingt-trois salariés ont été reconvoqués avec leur accord pour suivi de l'intervention avant la visite annuelle suivante.

## RESSENTIS DES MÉDECINS FORMÉS

Dix-sept des vingt-sept répondants (63 %) ont préféré utiliser le questionnaire FACE ; le mode d'exercice (SA ou SI) n'influence pas cette préférence. Sept médecins (26 %) ont considéré que le manque de temps pouvait être un frein au repérage et 13 (48 %) affirment qu'il constitue un obstacle à la délivrance de l'intervention brève proprement dite. Seize médecins (59 %) déclarent qu'ils ont l'intention de poursuivre la pratique systématique du repérage alors que 7 autres (26 %) préfèrent viser un repérage ciblé, en particulier en cas d'existence de risques professionnels majorés par la consommation excessive d'alcool.

Selon les déclarations des médecins du travail, l'intervention brève dure 5 à 10 minutes dans la plupart des cas. Elle est évoquée comme une pratique désormais adoptée pour 24 des 27 médecins répondants (88 %) ; parmi les 3 qui ne se prononcent pas, deux travaillent en SA et un en SI.

## Discussion

## MÉDECINS ENQUÊTEURS

Le taux de réponse au questionnaire est élevé. Le probable biais lié aux non-répondeurs (ce sont les plus motivés qui ont répondu) ne doit pas cependant amener à relativiser les résultats, eu égard à la proportion élevée de répondants.

Le taux d'activité médicale clinique (visite d'embauche et visite annuelle) de l'échantillon s'approche

d'une pratique courante en santé au travail, quel que soit le type de service. Il doit être noté une légère surreprésentation du secteur autonome dans l'échantillon, avec 30 % de médecins travaillant exclusivement en service autonome (contre 13,5 % au niveau national en 1998 [13]).

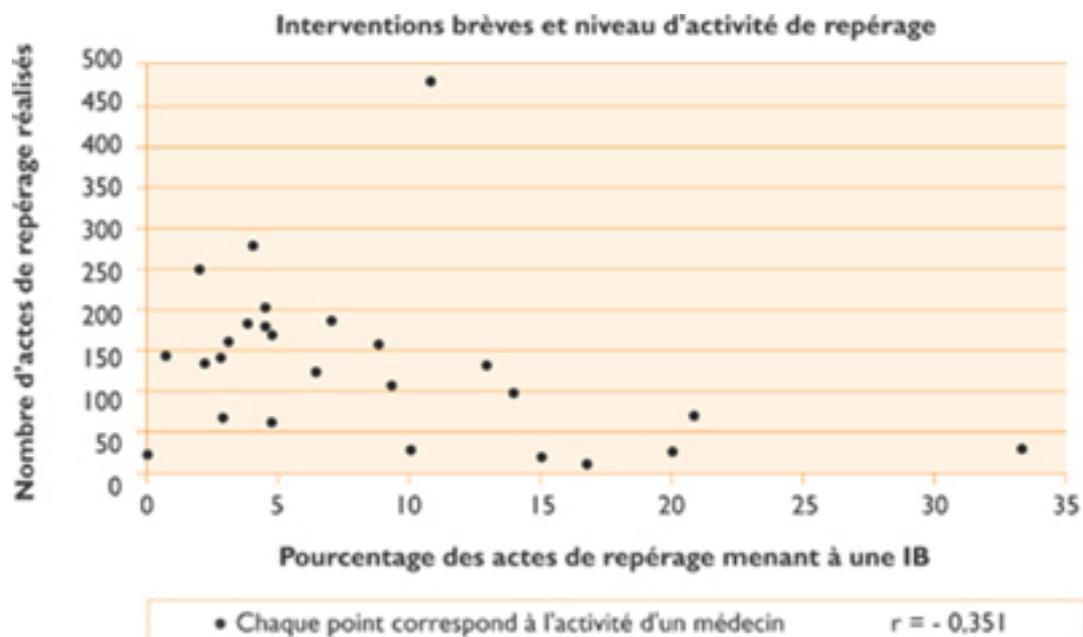
## PRATIQUE DES QUESTIONNAIRES

La prévalence de la consommation excessive, ou plus précisément des scores habituellement associés à cette consommation excessive, est au niveau attendu dans cette population avec un taux de 6,7 %, soit environ 1 salarié sur 15. Les critères de sélection écartent ici les salariés alcoolodépendants (scores supérieurs à 12 pour l'AUDIT ou à 8 pour FACE). Il convient cependant d'attirer l'attention sur la très grande variation des pourcentages de consommateurs excessifs d'un médecin participant à l'autre. Celle-ci ne peut probablement pas s'expliquer par les seules différences entre les populations suivies par les médecins du travail participants. Il est plutôt vraisemblable que dans certains services le repérage n'a pas été systématique, conformément à la consigne, mais effectué de façon ciblée sur des groupes supposés à risque élevé, ce qui augmente dans ce cas la proportion de consommateurs à risque parmi les salariés ayant fait l'objet d'un repérage. À l'appui de cette hypothèse, on retrouve une corrélation négative entre niveau d'activité de repérage et proportion de consommateurs excessifs ( $r = -0,351$ , NS, figure 1).

À cette réserve près, le nombre élevé d'interventions brèves réalisées par les médecins répondants permet de considérer que pour la plupart d'entre eux le savoir-faire est acquis. C'est d'ailleurs ce qui ressort des commentaires, puisque 24 sur 27 considèrent avoir adopté l'intervention brève.

Pour ce qui est des tactiques de repérage, celle qui consistait à déléguer à l'assistante le soin de poser les 5 questions du questionnaire FACE a rencontré un fort niveau de réticence : les réticences ont d'ailleurs été anticipées par le partenaire de l'ANPAA 95, qui jugeait imprudent de confier le questionnement à des personnels non médicaux. C'est manifestement l'opinion partagée par une majorité de médecins et/ou d'assistantes, et par certains salariés, puisque c'est avec cette méthode que l'on a la plus forte proportion de refus (5 %), qui reste faible toutefois. Des deux autres

Fig. 1



tactiques, celle qui recueille le plus de satisfaction est le FACE posé par le médecin, mais un tiers des répondants se prononcent pour l'AUDIT, qui nécessite la collaboration de l'assistante puisque son remplissage se déroule en salle d'attente.

Le taux extrêmement faible de refus permet dans ces deux derniers cas de faire un repérage «exhaustif», au prix d'un peu d'organisation en salle d'attente pour l'AUDIT (par exemple affiche et convocation 5 minutes avant l'heure, et proposition systématique par l'assistante), ou de 30 secondes à une minute de temps médical pour FACE.

Le caractère systématique du repérage a deux avantages : il permet d'éviter la stigmatisation et surtout d'éviter de biaiser le résultat du repérage par un tri préalable plus ou moins consciemment fondé sur des stéréotypes. Ces stéréotypes sont certes variables d'un médecin à l'autre (les jeunes, les hommes mûrs, les cols bleus...), mais ils nuisent de toute façon au repérage de certains consommateurs excessifs et à l'objectif de santé publique d'une intervention précoce.

## Conclusion

L'évaluation montre le caractère applicable en routine du RPIB en santé au travail avec les outils proposés. Le biais probable associé à l'absence de réponse d'un tiers des médecins formés n'empêche pas de noter que même dans la plus mauvaise hypothèse (celle où les médecins non répondants n'auraient pas pratiqué le RPIB) plus de la moitié des médecins ayant suivi la formation s'est appliquée à le mettre en œuvre et se déclare prête après un mois d'expérience à faire entrer cette pratique dans la routine. Une formation de deux jours est donc en mesure de donner au médecin du travail les moyens de mettre en œuvre une véritable politique de prévention secondaire de la consommation excessive d'alcool et de ses répercussions sur la santé de l'homme au travail au premier chef, mais aussi de façon indirecte sur le fonctionnement de l'entreprise.

## Bibliographie

- [1] DEMORTIERE G, PESSIONE F, BATEL P - Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail. Dépistage par l'utilisation d'auto-questionnaires : intérêt, faisabilité, limites. Études et enquêtes 86 TF 105. *Doc Méd Trav.* 2001 ; 86 : 193-200.
- [2] DEMORTIERE G - Evaluation des besoins alcoologiques des médecins de la Société de médecine du travail de l'ouest de l'Île-de-France, rapport interne pour la SMTOIF, Paris-La Défense, 2001 (non publiée, disponible auprès du bureau de la SMTOIF).
- [3] Alcool. Effets sur la santé. Expertise collective. Paris : Editions INSERM ; 2001 : 358 p.
- [4] MAYFIELD D, Mc LEOD G, HALL P - The CAGE questionnaire : validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*, 1974 ; 131 (10) : 1121-23.
- [5] RUEFF B, CRNAC J, DARNE B - Dépistage de malades « alcooliques » par l'autoquestionnaire systématique DETA. Parmi des consultants hospitaliers. *Presse Méd.* 1989, 18 (33) : 1654-56.
- [6] SAUNDERS JB, AASLAND OG, BABOR TF, DE LA FUENTE JR ET AL. - Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) : WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction* 1993 ; 88 (6) : 791-804
- [7] GACHE P, MICHAUD P, DAEPPEN JB, LANDRY U ET AL. - The alcohol use disorder identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care : reliability and validity of a French version. *Alcoholism : clinical and experimental research*. (à paraître).
- [8] MICHAUD P - « Boire moins, c'est mieux » : un programme de l'OMS en direction des médecins généralistes. ANPA. *Alcool et santé*, juillet 2001 : 4-16.
- [9] BABOR TF, GRANT M - Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II : a randomised controlled trial of brief interventions in primary health care setting. Genève : OMS : 1992.
- [10] ARFAOUI S, DEWOST AV, DEMORTIERE G, ABESDRIS J ET AL. - Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». *Rev Prat - Méd Gén.* 2004 ; 18 (641) : 201-05.
- [11] MICHAUD P, GACHE P, BATEL P, ARWIDSON P - Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *Rev Prat - Méd Gén.* 2003, 17 (604) : 281-89
- [12] Alcool. Ouvrons le dialogue, ([www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/474.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/474.pdf))
- [13] Bilan des conditions de travail 1998. Activité du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Ministère du Travail. *Doc Méd Trav.* 1999 ; (79) : 205-16.

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°

**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 ordinaire 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

**Comment se fait la cotation de l'AUDIT ?**

Pour les huit premières questions, on compte 0 point pour la première question, un pour la deuxième, trois pour la troisième et quatre points pour la dernière.

Concernant les deux dernières lignes de l'audit, il faut respectivement attribuer 0, 2 et 4 points par réponse de gauche à droite.

Ce qui donne un score maximum de 40 points pour l'AUDIT.

**Interprétation de l'AUDIT**

	Hommes	Femmes
Risque faible ou nul	Moins de 7	Moins de 6
Consommation excessive probable	7 à 12 inclus	6 à 12 inclus
Dépendance probable	Plus de 12	Plus de 12

ANNEXE II

<p>■ <b>A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?</b></p> <p>Jamais = 0            Une fois par mois ou moins = 1            Deux à quatre fois par mois = 2            Deux à trois fois par semaine = 3            Quatre fois par semaine ou plus = 4</p> <p style="text-align: right;">Score :</p>	
<p>■ <b>Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?</b></p> <p>« 1 ou 2 » = 0      « 3 ou 4 » = 1      « 5 ou 6 » = 2            « 7 à 9 » = 3      « 10 ou plus » = 4</p> <p style="text-align: right;">Score :</p>	
<p>■ <b>Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?</b></p> <p>Non = 0      Oui = 4</p> <p style="text-align: right;">Score :</p>	
<p>■ <b>Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme?</b></p> <p>Non = 0      Oui = 4</p> <p style="text-align: right;">Score :</p>	
<p>■ <b>Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?</b></p> <p>Non = 0      Oui = 4</p> <p style="text-align: right;">Score :</p>	
<b>Score total :</b>	

Interprétation du questionnaire FACE

	Hommes	Femmes
Risque faible ou nul	Moins de 5	Moins de 4
Consommation excessive probable	5 à 8 inclus	4 à 8 inclus
Dépendance probable	Plus de 8	Plus de 8

## Modalités d'une intervention brève selon « Boire moins c'est mieux »

### ■ Restitution du test de repérage

Votre score pour le test que nous venons de voir semble vous situer au niveau d'une consommation à risque. Êtes-vous d'accord pour que nous en parlions ?

### ■ Information sur les effets de l'alcool sur la santé

Les études scientifiques montrent que la consommation d'alcool, au-delà de deux verres (femmes) ou trois verres (hommes) par jour en moyenne, a des effets négatifs sur la santé qui se traduisent par une réduction de l'espérance de vie, comme lorsqu'on a trop de tension ou un cholestérol élevé.

### ■ Le verre standard

(S'aider d'un visuel, sur une affiche ou dans le livret)

C'est le verre qu'on boit au bistrot : qu'on boive de la bière, du vin ou un spiritueux, c'est toujours la même quantité d'alcool. Il n'y a pas d'alcools moins dangereux que d'autres.

### ■ Recherche d'une motivation personnelle pour le changement

A votre avis, quels bénéfices pourriez-vous tirer d'une réduction de votre consommation d'alcool ?

### ■ Mise au point d'objectifs précis

Je vous propose de vous conseiller pour que vous rameniez dans les semaines qui viennent votre consommation d'alcool en dessous du seuil de risque, c'est-à-dire de deux (ou trois) verres par jour, dans le but de protéger votre santé et pour recevoir les bénéfices que vous venez d'évoquer. Qu'en pensez-vous ?

### ■ Méthodes pour réduire sa consommation

Passer en revue les méthodes : réduire le nombre de jours avec alcool, ou le nombre de verres par occasion, ou limiter les « moments à risque ». S'appuyer sur le livret. Rechercher l'avis du (de la) patient(e).

### ■ Vérifier l'adhésion du patient à la démarche

Nous venons de voir pourquoi, comment et à quel niveau vous pourriez réduire votre consommation d'alcool. Souhaitez-vous passer rapidement à l'essai ?

### ■ Délivrer un livret d'aide au changement (ou d'information)

Ne pas pousser un(e) patient(e) réticent(e). L'encourager à s'informer, à en reparler quand il (elle) le souhaitera, lui donner un livret d'information. Féliciter un(e) patient(e) se déclarant prêt(e), et lui donner un livret pour guider dans la réduction.

### ■ Proposer une deuxième consultation

Dans un mois ou dans un an, idéalement dans 6 à 8 semaines, pour lui manifester de l'intérêt, et pour qu'il (elle) ait une échéance pour mesurer l'évolution de sa consommation.