

Alcool

Guide pratique
pour le médecin

Le dossier « **Alcool. Ouvrons le dialogue** » (réf. 135-08322-D) comprend :

- **Le guide pour le médecin** que vous êtes en train de lire ;
- **Une affichette A3** à mettre en salle d'attente ou dans le cabinet de consultation ;
- **Un livret « Pour faire le point »** destiné au patient ;
- **Un livret « Pour réduire sa consommation »** également destiné au patient ;

> **Pour se procurer des documents supplémentaires :**

Un Kit, comprenant le dossier décrit ci-dessus + 15 livrets « Pour faire le point » + 15 livrets « Pour réduire sa consommation » peut être obtenu gratuitement, sur simple demande écrite auprès de l'Inpes : par courrier postal au 42, bd de la Libération, 93 203 Saint-Denis cedex, par fax au 01 49 33 23 91, ou par courriel à l'adresse électronique edif@inpes.sante.fr en indiquant le numéro de référence 135-08-321-PT.

Pour commander des **dossiers** supplémentaires, notamment afin de les utiliser dans le cadre de formations, indiquez le numéro de référence : 135-08322-D.

Le texte du guide pratique et des deux livrets peut être téléchargé à partir du site Internet de l'Inpes (www.inpes.sante.fr).

Sommaire

> Présentation générale	4
1 La démarche éducative proposée	5
2 À chaque étape, un document destiné au patient	6
> Quelques informations essentielles	7
1 La consommation d'alcool en France en 2005	7
2 Les dangers liés à la consommation d'alcool	9
3 Des repères de consommation	10
4 Les comportements de consommation : usage, usage nocif et dépendance	12
5 Le changement de comportement, un processus qui peut être long et difficile	14
6 La possibilité d'une intervention « brève »	15
> Pour ouvrir le dialogue	16
1 Signifier au patient qu'on est prêt à parler d'alcool	16
2 Clarifier ses intentions et les expliquer au patient	17
3 Parler de l'alcool	18
> Pour aider le patient à faire le point	20
1 Explorer la relation du patient à l'alcool	21
2 Évaluer le niveau de consommation du patient	24
3 Savoir où en est le patient	25
4 Clore l'étape de bilan	27
> Pour aider le patient à réduire sa consommation	29
1 Comprendre la position du patient par rapport à un projet de modération	30
2 Aider le patient à faire le point sur ses motivations	30
3 Aider le patient à se préparer	31
4 Assurer un suivi	31
> Bibliographie et ressources complémentaires	32

Présentation générale

Édité pour la première fois en 1997, l'outil « Alcool. Ouvrons le dialogue », fait partie d'une collection créée par l'Assurance Maladie et le CFES*.

Suite à une évaluation de sa première version en 1999, une seconde édition de l'outil a été réalisée en 2001 avec le Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France, l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPAA) et les membres du programme « Boire moins c'est mieux » qui lui sont rattachés. En 2006, en lien avec l'implication de la Direction générale de la santé (DGS) sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB), une actualisation a été réalisée et présentée avec un nouveau visuel.**

Élaborés dans un souci de clarté et de facilité d'utilisation, les outils de cette collection proposent une démarche éducative en trois temps.

* L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) est substitué au CFES depuis le 4 mai 2002 (article L.1417 du Code de la santé).

** En 2006, le Directeur général de la santé a décidé de soutenir, pour les cinq années à venir, la formation des médecins généralistes au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB), en lien avec la mise en place des programmes régionaux de santé publique (PRSP).

1 > La démarche éducative proposée

L'objectif de l'outil « Alcool. Ouvrons le dialogue » est d'aider le médecin à mener une démarche d'éducation pour la santé auprès de ses patients consommateurs d'alcool, en trois étapes qui permettent de respecter les choix personnels et le rythme de chaque patient. À chaque étape sont prévus des documents pour le patient.

D'abord, il s'agit d'ouvrir le dialogue.

Ensuite, si le patient le souhaite, aidez-le à faire le point sur sa consommation d'alcool : circonstances et conséquences de la consommation, valeur attachée par le patient à cette consommation, quantités bues.

Enfin, si le patient envisage de changer ses habitudes sans attendre, aidez-le à renforcer ses motivations et à construire un projet de réduction de sa consommation.

Attention, cet outil n'est pas spécifiquement conçu pour accompagner la prise en charge de personnes en situation de dépendance alcoolique. Il permet de reconnaître les patients qui ont ou s'orientent vers une consommation d'alcool à risque de devenir nocive pour leur santé, de les aider à y réfléchir et, éventuellement, à modérer leur consommation. Si une véritable dépendance est repérée, il sera possible, si nécessaire, de s'appuyer sur un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (anciens centres de cure ambulatoire en alcoologie ou CCAA), un service spécialisé, un réseau...

> **La démarche éducative** : *information, conseil, éducation*

- **L'information** est centrée sur les contenus scientifiques, les données actuelles de la science.
- **Le conseil** est porté par celui qui le délivre, autrement dit le médecin, qui dit ce qu'il pense être bon pour le patient.
- **L'éducation** est centrée sur le patient ou plus précisément sur la relation entre le médecin et le patient. C'est un acte d'accompagnement qui repose sur une alliance entre le patient et le médecin qui devra faire preuve d'empathie et utiliser des techniques d'entretien qui favorisent le dialogue. L'objectif de l'éducation n'est pas que le patient suive aveuglément les conseils du médecin mais qu'il fasse son propre choix, en toute connaissance de cause, et qu'il soit accompagné dans ce choix par le médecin.

2 > À chaque étape, un document destiné au patient

Une affichette

À apposer en salle d'attente, elle indique au patient que le médecin est prêt à parler d'alcool avec lui et facilite ainsi l'ouverture du dialogue.

Un livret « Pour faire le point » (fourni en 15 exemplaires)

Il comprend plusieurs tests ainsi que des informations qui vont permettre au patient de faire le point sur sa consommation d'alcool. Le livret peut être rempli par le patient, avec le médecin, pendant la consultation. On peut aussi le lui remettre pour qu'il réponde aux questions chez lui. À la consultation suivante, le livret rempli pourra servir de base de discussion.

Un livret « Pour réduire sa consommation » (fourni en 15 exemplaires)

Les tests de ce second livret vont aider le patient à renforcer sa motivation, à définir la manière dont il va s'y prendre pour changer ses habitudes, à suivre ses progrès et à mieux comprendre les difficultés qu'il rencontre. Le livret comprend également des informations pratiques qui peuvent être utiles au patient qui souhaite réduire sa consommation. Il permet enfin d'assurer un suivi personnalisé.

Quelques informations essentielles

1 > La consommation d'alcool en France^{1, 2, 3}

> Consommation quotidienne :

20 % des hommes et un peu plus de 7 % des femmes de 12 à 75 ans déclarent consommer une boisson alcoolisée tous les jours de l'année. La catégorie des 65-75 ans est celle dans laquelle la proportion de consommateurs quotidiens est la plus importante : 56 % des hommes et 23 % des femmes.

> Modes de consommation

C'est le week-end et en particulier le dimanche que les gens déclarent le plus souvent avoir bu de l'alcool (28 % des buveurs de la semaine qui a précédé l'enquête ont bu de l'alcool le dimanche contre 16 % le samedi, 10 % le jeudi et 9 % le lundi). Par ailleurs, les quantités d'alcool que les personnes déclarent avoir bues diffèrent selon les jours : le nombre moyen de verres bus du lundi au jeudi (2,1) croît le vendredi (2,3), pour atteindre 3 le samedi. Ainsi, le plus grand nombre de consommations a lieu le dimanche, mais c'est le samedi que sont consommées les plus grandes quantités d'alcool. Ces différences de comportement sont surtout marquées chez les jeunes générations.

> État d'ivresse

Plus de 21 % des hommes et 7,5 % des femmes de 12 à 75 ans consommant de l'alcool déclarent avoir été au moins une fois en état d'ivresse au cours des douze derniers mois. La proportion de personnes déclarant un état d'ivresse au cours des douze derniers mois est maximale chez les 20-25 ans : un peu plus de 48 % pour les hommes et un peu plus de 20 % pour les femmes.

> Consommation excessive et risque de dépendance

Selon le test Deta⁴, près de 14 % de la population masculine aurait une consommation à risque et, partant, une possibilité de dépendance à l'alcool, contre 5 % de la population féminine. Rare parmi les tranches d'âge les plus jeunes et les plus âgées (6,5 % parmi les 15-19 ans et 7,4 % parmi les plus de 65 ans), ce risque est à peu près uniformément réparti pour les tranches d'âge plus élevées (10 à 11 % tous sexes confondus).

> Risque de consommation excessive parmi les personnes ayant recours au système de soins

D'après une enquête réalisée auprès de médecins généralistes libéraux et tenant compte des seuils de consommation à risque proposés par l'OMS, 30 % des patients consultant en médecine de ville un jour donné, pour quelque raison que ce soit, présentent un risque d'alcoolisation excessive. Par ailleurs, 35 % des hommes et 11 % des femmes sont classés différemment par les tests déclaratifs et par les médecins : dans la majorité des cas, le patient est considéré comme « usager à risque » par les tests mais « sans problème d'alcool » par le médecin qui aura tendance à sous-estimer la consommation.

2 > Les dangers liés à la consommation d'alcool

On estime à 45 000 le nombre de décès attribuables à l'alcool⁵, ce qui en fait la seconde cause de mortalité évitable dans notre pays (après le tabac). En moyenne, la consommation excessive d'alcool est à l'origine de 14 % des décès masculins (1 homme sur 7) et de 3 % des décès féminins (1 femme sur 33). La France connaît la plus forte surmortalité masculine liée à l'alcool, de 30 % supérieure à la moyenne européenne. Outre les décès qui lui sont directement attribuables, l'alcool agit comme « facteur associé » dans l'apparition de nombreuses pathologies. Il est également fortement impliqué dans les accidents de la route (dans 28,6 % des accidents mortels)⁶, l'apparition de certains troubles mentaux, les violences (homicides, violences conjugales...).

Nombre de décès attribuables à l'alcool, par sexe, pour les principales maladies liées à l'alcool en 1995

	Cancers	Troubles mentaux	Cardio vasculaires	Respiratoires	Digestive	Accidents et empoisonnements	Mal spécifié	TOTAL
Hommes	14 000	2 000	7 000	1 000	6 000	6 000	2 000	38 000
Femmes	2 000	500	600	100	2 200	1 100	500	7 000

Source : Hill C, *Alcool et risque de cancer*, Adsp n° 30, La Documentation Française, mars 2000.

L'histoire de la consommation d'alcool permet de vérifier ce phénomène. La baisse progressive de la consommation d'alcool en France depuis les années 60 a été suivie d'une baisse de la mortalité par cirrhose et par cancer de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'oesophage (avec un décalage lié à la physiopathologie de la maladie).

La consommation conjointe d'alcool et de tabac augmente de manière importante le risque de cancer. « Le tiercé « tabac-alcool-cancers » est d'autant plus tragique que les facteurs s'influencent les uns les autres au point de voir leurs effets nocifs non pas s'additionner mais se multiplier. Ainsi, en ce qui concerne les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), fumer vingt cigarettes par jour depuis vingt ans augmente dix fois le risque par rapport à un non fumeur. Et si le fumeur boit l'équivalent d'un litre de vin par jour ce risque est multiplié par trente ».⁷

3 > Des repères de consommation

Le verre d'alcool standard contient 10 g d'alcool pur ou encore 1,25 centilitre d'alcool pur quel que soit le produit alcoolisé.

Les équivalences selon le type d'alcool sont les suivantes :

1 verre d'alcool

=



ballon
de vin 12°
(10 cl)

verre
de pastis 45°
(2,5 cl)

verre
de whisky 40°
(2,5 cl)

coupe
de champagne 12°
(10 cl)

verre
d'apéritif 18°
(7 cl)

1/2
de bière 5°
(25 cl)

> Les seuils à ne pas dépasser

- **pour les femmes**, ne pas consommer plus de 2 verres d'alcool par jour ;
- **pour les hommes**, ne pas consommer plus de 3 verres d'alcool par jour ;
- **pour les consommations occasionnelles**, ne pas consommer plus de 4 verres d'alcool en une seule occasion (si la personne doit prendre le volant, l'abstinence est recommandée).

> Il est impératif de ne pas boire en cas de...

- grossesse ou d'allaitement ;
- prise de médicaments ;
- conduite d'un véhicule (au-delà de 2 verres, la limite légale pour conduire est dépassée) ou d'une machine dangereuse ;
- activité qui exige de la vigilance ;
- maladie chronique (épilepsie, pancréatite, hépatite C) ;
- antécédent d'alcoolodépendance ;
- pour les mineurs.

Au regard des nombreux risques que sa consommation engendre, l'alcool ne doit jamais être considéré comme moyen de prévention des maladies cardiovasculaires ou comme un « alicament » (aliment « prescrit » à titre de « médicament »)⁸.

> On ne peut suggérer à un abstinent de commencer à consommer de l'alcool pour des raisons médicales.

> On ne peut suggérer ou conseiller à un petit consommateur d'alcool d'augmenter sa consommation pour des raisons médicales.

4 > Les comportements de consommation : usage, usage nocif et dépendance

Les notions d'usage, usage nocif et dépendance ont été définies pour l'ensemble des substances psychoactives, dont l'alcool⁹.

> L'usage simple

C'est une consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour soi ou pour autrui. L'usage simple comporte des risques dans les situations pour lesquelles il est impératif de ne pas boire, décrites précédemment.

Ces risques existent dès la première consommation.

> L'usage nocif

Egalement appelé abus, il est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, pour la personne elle-même, mais aussi pour son environnement.

On parle d'usage nocif lorsque l'on peut constater :

- des infractions répétées liées à l'usage d'une substance (violences commises sous l'effet de l'alcool, accidents divers sous l'effet de produit, etc.),
- l'aggravation de problèmes personnels ou sociaux causés ou amplifiés par les effets de la substance (dégradation des relations familiales, difficultés financières, etc.),
- des difficultés et/ou l'incapacité à remplir ses obligations dans la vie professionnelle, à l'école, à la maison (absences répétées, mauvaises performances au travail, baisse des résultats scolaires, absentéisme, exclusion, abandon des responsabilités, etc.),
- l'incapacité à se passer du produit pendant plusieurs jours.

> La dépendance

Elle existe lorsqu'une personne ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques. La dépendance peut s'installer de façon brutale ou progressive, en fonction de l'individu et du produit consommé.

La dépendance, qui peut être physique et/ou psychique, se caractérise par des symptômes généraux :

- impossibilité de résister au besoin de consommer ;
- accroissement d'une tension interne, d'une anxiété avant la consommation habituelle ;
- soulagement ressenti lors de la consommation ;
- sentiment de perte de contrôle de soi pendant la consommation.

Ces étapes ne sont pas tranchées¹⁰

La consommation d'alcool s'inscrit dans un continuum. Le glissement de l'usage simple (sans dommage) à l'usage nocif (entraînant des dommages) peut se faire de manière invisible. La personne se trouve alors dans une phase, que l'on appelle habituellement « usage à risque », dans laquelle il n'y a pas encore de dommages apparents, mais pour laquelle il est impératif d'intervenir.

5 > Le changement de comportement, un processus qui peut être long et difficile

Le modèle de Prochaska¹¹ met en évidence que le changement de comportement n'est pas un événement ponctuel mais un long processus dynamique. Il comporte six étapes :

- la pré-intention (la personne n'envisage pas de changer de comportement),
- l'intention (la personne envisage de changer de comportement, elle pèse le pour et le contre),
- la préparation (la décision est prise, la personne se prépare),
- l'action (la personne modifie concrètement ses habitudes),
- le maintien (la personne consolide ses nouvelles habitudes),
- la résolution (la personne n'a plus jamais la tentation de revenir à son comportement antérieur).

Le passage d'une étape à l'autre n'est pas linéaire : les retours en arrière et notamment le fait de **revenir à son comportement antérieur** (comme augmenter sa consommation d'alcool après une période de réduction), **font partie du processus**.

Les habitudes de consommation d'alcool d'une personne, comme ses habitudes de vie en général, « sont le résultat de l'adaptation à ses conditions de vie et aux différentes influences sociales. Ces habitudes, quelles qu'en soient les conséquences sur la santé, peuvent être facteurs de qualité de vie individuelle ou de cohésion sociale »¹². **Elles participent à l'équilibre de la personne, dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale**. Il convient de garder en mémoire, lorsqu'on invite un patient à réfléchir à la place de sa consommation d'alcool dans son mode de vie, que celle-ci peut avoir été longtemps de bon droit considérée comme positive, et que la réduire peut représenter une perte. Même si les arguments du médecin en faveur de la réduction sont fondés sur la science et sur l'intérêt porté à la santé du patient, celui-ci peut considérer ces changements comme marginaux ou fondamentaux, comme simples ou problématiques : le médecin doit s'adapter aux représentations du patient, respecter son désir, et l'aider dans tous les cas à trouver un nouvel équilibre.

6 > La possibilité d'une intervention « brève »

Afin de favoriser une approche préventive systématique avec l'ensemble des patients dans le champ de l'alcool, des interventions dites « brèves » ont été mises au point. Le médecin peut simplement conseiller au patient de réduire sa consommation d'alcool en deçà des seuils à ne pas dépasser. Appliquée systématiquement à l'ensemble de la patientèle, cette action a un impact très important, à l'échelle de la société, sur la morbidité liée à l'alcool. D'une durée de dix minutes à plus, elle comprend, selon l'OMS, des éléments simples¹³ :

- évaluer avec le patient sa consommation d'alcool,
- expliquer au patient la notion de « verre d'alcool »,
- donner au patient les repères de consommation et les seuils à ne pas dépasser,
- encourager le patient à rester en dessous de ces limites,
- lui remettre une brochure* rappelant les notions ci-dessus et donnant quelques conseils pour diminuer la consommation.

Si un patient semble réticent à parler d'alcool, il convient de ne jamais insister, mais de respecter un temps de maturation tout en maintenant ouverte la possibilité de reprendre le dialogue à tout moment. L'intervention brève peut être complétée par un investissement plus important du médecin.

En pratique > Pour obtenir les adresses des structures spécialisées en alcoologie par type d'activité (prévention, soins), par département ou par région, vous pouvez :

- > consulter la liste des centres d'alcoologie sur le site de l'Anpaa (**www.anpaa.asso.fr**)
- > consulter l'annuaire des structures de soins en alcoologie sur le site de la Société française d'alcoologie (**www.sfalcoologie.asso.fr**)
- > appeler Écoute Alcool : **0 811 91 30 30**

(7 jours sur 7, de 14h00 à 02h00, coût d'une communication locale depuis un poste fixe).

* Le guide pratique « Pour faire le point sur votre consommation d'alcool ». réf. 210-05111-B, édité par l'Inpes, peut être utilisé pour ce type d'intervention. Il peut également être déposé en salle d'attente.

Pour ouvrir le dialogue

Le patient comme le médecin hésitent parfois à aborder la question de la consommation d'alcool pendant la consultation. Voici quelques pistes pour faciliter l'ouverture du dialogue.

1 > Signifier au patient qu'on est prêt à parler d'alcool

Si le patient se pose des questions quant à sa consommation d'alcool, il n'ose pas forcément en parler : il peut craindre d'être jugé et n'est pas toujours persuadé de la disponibilité du médecin d'autant qu'il vient en général consulter pour une toute autre raison. Il est donc essentiel de lui signifier clairement que l'on est prêt à parler avec lui de ses préoccupations au sujet de l'alcool et que c'est un thème de santé qu'il est normal d'aborder pendant la consultation.

Si le patient n'aborde pas de lui-même la question de l'alcool, le médecin peut le faire de façon naturelle : par exemple lors d'une première consultation, au moment de la prescription, lorsque d'autres comportements

sont évoqués (tabac, drogues illicites, prévention des risques sexuels ou de l'hépatite B), lorsque l'on fait le point sur le mode de vie, l'alimentation ou encore en cas de symptôme, même non spécifique, pouvant être associé à une consommation excessive d'alcool (troubles du sommeil, irritabilité, anxiété, difficultés conjugales, hypertension artérielle, diarrhée, etc.). Il s'agit de trouver le bon moment pour chaque patient pour aborder la question de l'alcool.

L'affichette permet au médecin de signaler à ses patients qu'il accorde de l'intérêt à la question de l'alcool et les incite à aborder d'eux-mêmes le sujet. Elle peut être mise en salle d'attente et/ou dans le cabinet de consultation.

2 > Clarifier ses intentions et les expliquer au patient

On peut craindre que le patient ne soit choqué par des questions touchant à sa vie privée. Il peut effectivement avoir ce sentiment s'il sent qu'un jugement de valeur est porté sur lui, ou si on cherche à le convaincre qu'il a un problème d'alcool et qu'il doit réduire sa consommation.

La question est ici de **savoir quels objectifs on poursuit**. La démarche d'éducation pour la santé proposée dans cet outil ne vise pas à convaincre tous les patients de modérer leur consommation. Il s'agit plutôt :

- de faire entrer l'alcool dans le « droit commun » des thèmes dont on parle pendant la consultation, sans qu'un jugement de valeur soit porté sur le comportement et les choix du patient ;
- de proposer au patient de réfléchir avec lui sur sa consommation et de faire le point ;
- de l'accompagner dans son désir de changement.

**Clarifier ses intentions permet d'être plus à l'aise dans le dialogue.
Les expliquer au patient permet d'instaurer un climat de confiance.**

3 > Parler de l'alcool

Il est recommandé non seulement de prendre l'habitude de demander systématiquement à chaque nouveau patient s'il consomme des boissons alcoolisées mais aussi d'interroger régulièrement ses patients habituels à ce sujet. On peut demander aux patients qui consomment de l'alcool s'ils en boivent tous les jours¹⁴ :

- si c'est le cas, on leur demande d'évaluer leur consommation de la semaine précédente ;
- si la consommation d'alcool n'est pas régulière, on leur demande d'estimer le nombre de verres consommés par « occasion de boire » ainsi que le nombre de jours dans la semaine ou dans le mois où ils boivent de l'alcool.

Il est utile de demander au patient s'il consomme d'autres substances psychoactives, comme le tabac ou le cannabis, afin de prendre en compte une éventuelle polyconsommation. Le Baromètre santé 2005¹ nous informe que :

- concernant le tabac, près de 51 % des jeunes de 15-25 ans ayant été au moins une fois en état d'ivresse dans l'année sont des fumeurs réguliers (contre 23 % pour les jeunes n'ayant pas été ivres) ;
- concernant le cannabis, un peu plus de 30 % des jeunes de 15-25 ans ayant été au moins une fois en état d'ivresse dans l'année sont des consommateurs récents* ou réguliers** de cannabis (contre 5,4 % pour les jeunes n'ayant pas été ivres dans l'année).

En revanche, on ne retrouve pas de différence significative chez les adultes :

- concernant le tabac, 27 % des consommateurs quotidiens d'alcool sont fumeurs réguliers (contre 28 % des non consommateurs quotidiens) ;
- concernant le cannabis, 1 % des consommateurs quotidiens d'alcool a un usage régulier ou répété du cannabis (contre 1,7 % des non-consommateurs quotidiens).

S'intéresser à une éventuelle polyconsommation permet d'avoir une approche globale des problèmes de santé du patient. Cependant, on n'utilisera pas le terme générique de « drogues » pour toute consommation de substance psychoactive, au risque d'effrayer le patient ou de créer un amalgame entre les différentes consommations. Il est préférable de centrer la démarche sur la personne, son comportement et chacune des situations de consommation¹⁵.

Les informations recueillies peuvent être inscrites dans le dossier médical du patient, au même titre que d'autres informations sur ses habitudes de vie, en vue d'une démarche globale de prévention.

Avant d'aller plus loin, on s'assure que le patient est d'accord pour parler de sa consommation d'alcool¹⁶. Il est en effet possible qu'il ait à ce moment-là d'autres préoccupations et ne souhaite pas en parler.

Il est alors préférable de ne pas insister, et d'explorer dans un premier temps avec le patient ce qui le préoccupe. On reviendra plus tard, ou à l'occasion d'une autre consultation, à la question de l'alcool.

Si le patient est d'accord pour parler de sa consommation d'alcool, on lui propose de faire le point ensemble.

* Consommateur récent : ayant consommé du cannabis au moins une fois au cours des trente derniers jours.

** Consommateur régulier : ayant consommé du cannabis au moins dix fois au cours des trente derniers jours.

Pour aider le patient à faire le point

Cette étape consiste pour le patient à réfléchir à la place que l'alcool prend dans sa vie et à lui permettre de savoir où il en est en terme de consommation. Elle est indispensable au médecin pour comprendre la situation du patient.

Elle s'appuie sur **le livret « Pour faire le point »** qui comprend plusieurs tests. Il peut être rempli par le patient pendant la consultation ou lui être remis pour qu'il le remplisse chez lui.

Pendant toute cette phase, le médecin a pour rôle **d'accompagner la réflexion du patient** et **de l'aider à formuler ce qu'il ressent**, les tests servant de point de départ à la discussion.

1 > Explorer la relation du patient avec l'alcool

Avant d'aborder une approche quantitative de la consommation d'alcool, on peut proposer au patient de raconter une journée type de sa vie en essayant de repérer comment sa consommation de vin, apéritif, bière ou alcools distillés s'y intègre.

Les premières questions sont donc qualitatives et portent sur le ressenti du patient :

- « *Pensez-vous que vous consommez de l'alcool par plaisir, par habitude, parce que ça vous aide dans les moments difficiles ?* »
- « *Par besoin ou par goût de l'ivresse ?* »
- « *Pensez-vous que vous buvez trop ?* »
- « *Votre consommation d'alcool a-t-elle eu d'après vous des conséquences dans votre vie ?* »
- « *Et d'après votre entourage ?* »
- « *Vous sentez-vous mal à l'aise pour en parler ?* »

Le test intitulé « Les bonnes choses et les moins bonnes choses associées à votre consommation d'alcool » (page 10 du livret) constitue un autre point d'entrée pour explorer la relation du patient à l'alcool.

Avant de passer à la phase quantitative de l'évaluation, on s'assure que le patient est d'accord pour continuer à parler de sa consommation d'alcool.

Prendre en compte les relations de chacun avec l'alcool

Dans la mise en oeuvre d'une démarche éducative avec un patient désireux réduire sa consommation d'alcool, il est essentiel de prendre en compte ses caractéristiques individuelles mais aussi son appartenance à un « groupe donné » : la consommation d'alcool et les risques encourus, les déterminants de la consommation ou les motivations pour la réduire ne sont pas les mêmes, par exemple, chez les jeunes, chez les femmes enceintes et chez les personnes en situation de précarité.

> Les jeunes

L'Inserm recommande, pour toute démarche préventive de consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues), de recueillir également les préoccupations des parents sur la santé de leurs enfants et de les associer à la démarche éducative. Le discours de prévention doit cibler les conséquences à court terme, le passage de la consommation expérimentale à la consommation régulière et abusive. Il ne doit pas se limiter à une information sur les produits et leurs effets¹⁷. On peut également aborder les comportements de « défonce » fréquents chez les jeunes et leurs conséquences en termes d'accidents de la route ou de rapports sexuels non protégés. On peut surtout identifier les raisons de consommation (dépression, influence du groupe...), ainsi que les conséquences sur la vie quotidienne et les études. Il s'agira alors d'envisager avec eux les alternatives possibles.

> Les femmes enceintes

Il n'a pas été mis en évidence de seuil de consommation sans risque. En vertu du principe de précaution, il est donc recommandé aux femmes enceintes de s'abstenir totalement de toute consommation d'alcool (vin, bière, cidre, champagne, apéritifs, alcools forts, etc.) dès le début de la grossesse, pendant toute sa durée et au cours de l'allaitement. Cette recommandation vaut pour toutes les occasions de consommation, qu'elles soient quotidiennes ou ponctuelles, même festives¹⁸.

La majorité des femmes méconnaissent les effets négatifs de l'alcool durant la grossesse¹⁹. Le médecin aura donc un rôle d'autant plus important que l'on connaît les conséquences médicales, psychologiques, sociales et économiques du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Ce dernier se caractérise par un retard de croissance pré et post-natal, ainsi que des anomalies du système nerveux central : anomalies neurologiques, retard de développement intellectuel, problèmes de comportement, altérations des fonctions intellectuelles et/ou anomalies structurelles telles qu'une

microcéphalie. Le SAF se caractérise également par des anomalies craniofaciales (fentes palpébrales étroites, face moyennement allongée, philtrum long et lèvre supérieure mince).

Le principal problème du SAF, pour le devenir des enfants, est l'atteinte du système nerveux. En effet, près d'un enfant atteint sur deux présente un retard mental et la plupart ont des problèmes d'apprentissage, de mémoire, d'attention et de comportement.

Le SAF est la forme la plus complète et la plus grave de la pathologie, l'enfant souffrant de dommages physiques et de problèmes neurocomportementaux. Pour désigner des formes partielles d'alcoolisation in utero, on parle des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF). Dans ce cas, on constate essentiellement des problèmes tels que des difficultés d'apprentissage, une immaturité et une instabilité émotionnelle, des comportements impulsifs, oppositionnels et antisociaux, problèmes qui ne sont souvent diagnostiqués que tardivement²⁰.

Il n'y a pas de dose seuil connue pour qu'apparaissent ces effets néfastes. En effet, tout dépend du moment du développement du fœtus auquel il est exposé à la toxicité de l'alcool. C'est pourquoi la seule recommandation qui peut être donnée est « zéro alcool » pendant la grossesse.

La question de l'alcool doit être envisagée dès le projet de grossesse ou dès le début de la grossesse, de manière aussi systématique que l'alimentation, la consommation de tabac ou de médicaments²¹.

« Les médecins ont un rôle particulièrement déterminant à jouer dans la prévention du SAF auprès des femmes alcoolo-dépendantes (...) De ce fait, elles ont réellement besoin d'un accompagnement professionnel et humain particulièrement adapté à leur détresse physique et psychologique. C'est à la fois le groupe de femmes auquel il est le plus urgent de faire de la prévention et celui pour lequel c'est le plus difficile. Il convient de les orienter vers un réseau de soutien pluridisciplinaire. »²⁰

> En pratique

Deux informations sont à retenir et à indiquer systématiquement en début de grossesse, lors de l'interrogatoire : l'alcool traverse le placenta et il est potentiellement toxique pour les cellules neurologiques de l'enfant. Seule l'option « zéro alcool » doit donc être retenue dès le début de la grossesse, pendant toute sa durée et au cours de l'allaitement ²².



Pour répondre à cet enjeu, une série de mesures sont prises, dont la mise en place d'un message sanitaire sur les conditionnements de boissons alcoolisées. Cet avertissement sera progressivement appliqué et prendra la forme d'un message écrit : « La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant » ou d'un pictogramme.*

> Les personnes en situation de précarité

Chez les personnes les plus démunies, la consommation d'alcool peut s'inscrire dans un contexte de souffrance psychosociale liée aux difficultés de logement, au chômage, à la solitude, etc. Ce mal-être s'accompagne souvent d'une dévalorisation personnelle. La démarche éducative va donc favoriser au maximum l'expression, la valorisation des personnes et le renforcement du lien social.

2 > Évaluer le niveau de consommation du patient

Le patient a souvent du mal à connaître précisément son niveau de consommation d'alcool. Un tableau (pages 5 et 6 du livret) lui permet de le faire en s'attachant à chaque moment de la journée et à chaque jour de la semaine.

* Arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées (Journal Officiel du 3 octobre 2006).

3 > Savoir où en est le patient

Il existe plusieurs questionnaires qui permettent de repérer une consommation nocive et/ou une dépendance à l'alcool (pages 12 à 16 du livret).

Le premier test du livret et le plus simple est le **questionnaire DETA**²³ qui comprend quatre questions (page 12 du livret « Pour faire le point ») :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **Trop** ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'**Alcool** le matin pour vous sentir en forme ?

À partir de deux réponses positives, la probabilité d'une consommation excessive, et partant, d'une éventuelle dépendance, est très élevée.

Les limites au questionnaire DETA : les réponses concernent la vie entière et non pas une période donnée (l'année qui précède ou autre), ce qui peut surévaluer certains résultats. De plus, les questions du DETA reposent plus sur le ressenti du patient que sur des éléments chiffrables.

Le second test est le **questionnaire AUDIT**²⁴ (page 13 du livret « Pour faire le point »). Il porte sur les douze derniers mois de la vie du patient. L'intérêt de ce questionnaire plus long est de permettre d'identifier les patients ayant une consommation nocive ainsi que les patients en situation de dépendance alcoolique. À l'heure actuelle, le questionnaire AUDIT est le test de référence.

Son interprétation est la suivante :

- un score total compris entre 7 et 12 pour un homme et 6 et 12 pour une femme correspond à une consommation nocive ;
- un score total supérieur à 13 correspond à une dépendance à l'alcool. Une prise en charge spécialisée peut être nécessaire, par exemple dans un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ou dans une consultation hospitalière spécialisée.

> Pour en savoir plus

Si le patient ne peut remplir le questionnaire AUDIT présenté ci-dessus, il existe aussi le **questionnaire FACE²⁵** (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien). En cinq questions, il permet de classer les patients selon un risque faible ou nul, une consommation excessive probable, une dépendance probable.

Il est à remplir au cours d'une relation face-à-face. Les questions doivent être posées sans reformulation et sont cotées selon les réponses spontanées du patient. En cas d'hésitation, il devra répondre en fonction de « la réponse la plus proche de la réalité » :

> À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? (sur les douze derniers mois)

- Jamais _____ 0
- Une fois par mois au moins _____ 1
- Deux à quatre fois par mois _____ 2
- Deux à trois fois par semaine _____ 3
- Quatre fois ou plus par semaine _____ 4

> Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? (sur les douze derniers mois)

- Un ou deux _____ 0
- Trois ou quatre _____ 1
- Cinq ou six _____ 2
- Sept à neuf _____ 3
- Dix ou plus _____ 4

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

- Non _____ 0
- Oui _____ 4

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

- Non _____ 0
- Oui _____ 4

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

Non _____ **0**
Oui _____ **4**

> Interprétation des résultats :

Hommes :

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

Femmes :

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

4 > Clore l'étape de bilan

À l'issue de cette étape, on demande au patient ce qu'il pense du bilan réalisé, comment il le ressent et ce qu'il compte en faire.

S'il pense qu'il devrait modérer sa consommation d'alcool, on lui remet le livret « Pour réduire sa consommation », en lui proposant de continuer la démarche entamée lors d'une consultation ultérieure.

S'il ne se sent pas prêt à réduire sa consommation d'alcool, tout en respectant sa décision, on peut lui demander d'être plus vigilant quant à sa situation par rapport à l'alcool, et lui proposer d'en reparler lors d'une prochaine consultation.

> Apporter de l'information

Les livrets destinés au patient contiennent de nombreuses informations sur la consommation d'alcool. Cependant, pendant le dialogue, des demandes plus spécifiques peuvent émerger. C'est au médecin, au cours de la démarche éducative, d'y répondre.

Lorsqu'on apporte une information, il est essentiel de prendre en compte les représentations et les savoirs préalables des individus. En effet, si l'on n'en tient pas compte, ces représentations risquent de faire obstacle à la compréhension et à l'appropriation d'un savoir nouveau. C'est pourquoi il est recommandé de :

- commencer par **explorer ce que sait le patient**, son point de vue sur la question ;
- **construire les explications à partir de ce que le patient a dit.**

On peut ensuite lui demander d'expliquer ce qu'il a **compris**. Enfin, on peut conclure en lui demandant ce qu'il pense de cette information et ce qu'il compte en faire, en manifestant de l'intérêt pour ce qu'il dit.

Si le patient souhaite plus de détails sur les effets de l'alcool sur l'organisme, on lui fournit l'information de manière neutre en parlant de « ce qui peut arriver quand on a une consommation excessive d'alcool » et en faisant explicitement référence au « point de vue des experts » plutôt qu'à ses propres convictions. L'information sera d'autant mieux acceptée qu'elle sera « scientifique », dégagée autant que possible de connotations personnelles, morales ou affectives. On peut par exemple expliquer au patient que boire au-dessus des repères de consommation réduit l'espérance de vie, comme le fait une obésité ou une HTA.

Si l'information sur les méfaits de l'alcool peut aider certaines personnes à choisir de réduire leur consommation, elle est rarement suffisante. Il faut également que le patient trouve un bénéfice à essayer de réduire sa consommation : se prouver que l'on est capable de changement est valorisant et rassurant.

Pour aider le patient à réduire sa consommation

Cette étape a pour objectif d'aider le patient à renforcer ses motivations pour réduire sa consommation d'alcool, à se préparer à le faire, à passer à l'action et à consolider ses nouvelles habitudes.

Elle s'appuie sur **le livret « Pour réduire sa consommation »**, qui comprend plusieurs tests et des « trucs » pour modérer sa consommation. Ce livret peut être rempli par le patient pendant la consultation ou lui être remis pour qu'il le remplisse chez lui.

Pendant toute cette phase, il s'agit d'aider le patient à renforcer ses motivations et à **construire ses propres solutions**, les tests servant de point de départ à la discussion.

1 > Comprendre la position du patient par rapport à un projet de modération

Rollnick et ses collaborateurs^{16, 26} ont cherché à comprendre ce qui fait qu'une personne se sent plus ou moins prête à changer de comportement, par exemple à réduire sa consommation d'alcool. Ils ont identifié deux facteurs :

- **l'importance** que la personne accorde au fait de changer de comportement,
- **la confiance** qu'a la personne en ses chances de réussite si elle décidait de le faire.

La notion d'importance renvoie au « **pourquoi** », c'est-à-dire à toutes les raisons qu'a le patient d'envisager ou non une modification de ses habitudes. La notion de confiance renvoie au « **comment** » c'est-à-dire à toutes les préoccupations du patient quant à la manière d'y parvenir.

Le test « Réduire votre consommation d'alcool, qu'en pensez-vous ? » (page 7 du livret « Pour réduire sa consommation ») demande au patient d'évaluer, sur une échelle de 1 à 10 :

- l'importance que revêt pour lui le fait de réduire sa consommation d'alcool,
- la confiance qu'il a en ses chances de réussite s'il décidait de le faire.

Les chiffres choisis par le patient sont un point de départ pour engager le dialogue. À cette occasion, on peut lui demander :

- pourquoi il n'a pas choisi un chiffre plus petit (ou pourquoi il a choisi un chiffre aussi grand),
- ce qui pourrait l'amener à choisir un chiffre plus grand.

2 > Aider le patient à faire le point sur ses motivations

Le test « Ce que vous attendez, ce que vous redoutez » (page 9 du livret « Pour réduire sa consommation ») permet au patient de formuler ses attentes et ses craintes quant à une réduction de consommation.

À partir de ce test, on pourra, en fonction des craintes évoquées, lui apporter des informations, lui proposer de recourir à l'aide d'un autre professionnel, l'aider à identifier des moyens de faire face aux difficultés qu'il pressent.

À ce stade, on peut demander au patient s'il se sent prêt à modérer sa consommation en utilisant l'échelle (page 10 du livret « Pour réduire sa consommation ») qui est adaptée de celle proposée par Rollnick et ses collaborateurs¹⁶.

3 > Aider le patient à se préparer

Le test « Mieux connaître ses habitudes de consommation pour mieux se préparer » (page 14 du livret « Pour réduire sa consommation ») sert de support à cette démarche.

Il s'agit d'aider le patient à :

- repérer toutes les situations dans lesquelles il boit le plus d'alcool,
- choisir celles qu'il voudrait éviter ou au cours desquelles il voudrait boire moins,
- réfléchir à ce qu'il pourrait faire à la place pour résister à l'envie de boire.

4 > Assurer un suivi

On peut proposer au patient de le revoir dans les semaines qui suivent sa décision de modération. Lors de ces nouvelles rencontres, on évoque la manière dont les choses se passent : les points positifs mais aussi les difficultés ressenties, le vécu du patient dans cette période de changement d'habitudes.

Le livret comprend trois tableaux de suivi sur trois semaines (pages 16 et 17) à partir desquels on peut aider le patient à analyser ses difficultés et à rechercher des solutions. On l'aidera également à ne pas vivre les retours en arrière comme des échecs.

Bibliographie et ressources complémentaires

> Références bibliographiques

- 1 - Gautier A. Guilbert P.(dir). *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 170
- 2 - Mouquet MC., Villet H., *Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné*. Etudes et Résultats DREES 2002 ; (192).
- 3 - Canoui-Poitrine F., Mouquet MC. *Les risques d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins*. Etudes et Résultats DREES 2005 ; (405).
- 4 - Rueff B. *Alcoolologie clinique*. Paris : Flammarion, coll. Médecines Sciences, 1989 : 147 p.
- 5 - Hill C. *Alcool et risque de cancer*. Actualités et dossier en santé publique 2000 ; (30) : 14-17.
- 6 - Laumon B., Gadegbeku B., Martin JL. Analyse épidémiologique. In : *Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM)*. Paris : OFDT, 2005.
- 7 - Bloch J. / coord. Dumont C. *Rapport de la commission d'orientation sur le cancer*. Paris : ministère de la Santé, 2003 : 324 p.
- 8 - *Intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool*. Saint-Denis : Inpes, coll. Repères pour votre pratique, 2004. (Réf : 09-04907-DE).

> Références bibliographiques

- 9** - *Drogues & dépendances, le livre d'information*. Saint-Denis : Inpes, 2006 : p. 11-13.
- 10** - Anderson P., Gual A., Colom J. *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Alcohol and Primary Health Care*. Department of Health of the Government of Catalonia : Barcelona, 2005. (traduction à paraître aux éditions Inpes).
- 11** - Prochaska J.O., Velicer W.F. *The transtheoretical model of health behaviour change*. American Journal of Health Promotion 1997; 12(1) : 38-48.
- 12** - Fournier C., Ferron C., Tessier S. et al. (dir.). *La Charte du réseau des comités d'éducation pour la santé*. In : *Education pour la santé et éthique*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 2001 : 143 p.
- 13** - Poikolainen K. *Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations : a meta analysis*. Preventive medicine 1999 ; 28(5) : 503-9.
- 14** - Ministère de la santé. *Les usages à risque et l'usage nocif de substances psychoactives : éléments pour une identification et une aide précoce. Rapport du groupe de travail présidé par le Professeur Michel Reynaud*. 2001 : 173 p.
- 15** - CFES. *Avis du Conseil scientifique du CFES 1999-2001*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 2001 : 54 p.
- 16** - Rollnick S., Mason P., Butler C. *Health Behaviour Change. A guide for practitioners*. Londres : Churchill Livingstone, 1999 : 225 p.
- 17** - INSERM. *Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Synthèse et recommandations*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 34 p.
- 18** - *Intervention auprès des consommateurs excessifs d'alcool*. Saint-Denis : Inpes, coll. Repères pour votre pratique, 2004. (Ref. Inpes : 09-04907-DE).
- 19** - Lelong N., Kaminski M., Chwalow J., et al. *Attitudes and behavior of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption*. Patient Educ Couns 1995; 25(1) : 39-49.
- 20** - Titran M., Gratias L. *A sa santé ! Pour une prise de conscience des dangers de l'alcool pendant la grossesse*. Paris : Albin Michel, 2005 : 214 p.
- 21** - Société Française d'Alcoologie. *Les conduites de l'alcoolisation au cours de la grossesse. Recommandations de la Société française d'addictologie*. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25 (2S) : 74S-81S.
- 22** - *Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Recommandations*. Paris : Anaes, 2002 : p. 144.

> Références bibliographiques

- 23** - Ministère de la santé. *Les usages à risque et l'usage nocif de substances psychoactives : éléments pour une identification et une aide précoce. Rapport du groupe de travail présidé par le Professeur Michel Reynaud.* 2001 : 173 p.
- 24** - Michaud P. *Boire moins, c'est mieux.* Alcool ou santé 2001, (237) : p. 10.
- 25** - Arfaoui S., Dewost AV., Demortlere G., Abesdris J., Abramovici F., Michaud P. *Repérage précoce du risqué alcool : savoir faire "FACE".* Rev Prat Med Gen. 2004; 18(641) : 201-5.
- 26** - Miller WR., Rollnick S. *L'entretien motivationnel.* Paris : Dunod, 2006 : 241 p.

> Bibliographie complémentaire

Sur la prévention de l'alcoolisme

- Rueff B. *Les malades de l'alcool. Guide pratique.* Paris, John Libbey, 1995.
- Lettre Prévention Education Santé n°3, mai 1999. Numéro thématique sur la prévention de l'alcoolisme.

Sur l'éducation pour la santé des patients

- Bury J.A. *Education pour la santé : concepts, enjeux, planification.* Bruxelles : De Boeck Université coll. Savoirs et santé, 1989 : 236 p.
- Deccache A., Lavendhomme E. *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes.* Bruxelles : De Boeck Université, coll. Savoirs et santé, 1988 : 240 p.
- D'Ivernois J.F, Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient.* Paris : Vigot, 1995 : 200 p.
- Dande A. et al. (dir.) *L'éducation pour la santé des patients. Un enjeu pour le système de santé.* Vanves : CFES, 2001 : 183 p.
- Sandrin-Berthon B. et al. (dir.) *L'éducation du patient au secours de la médecine.* Paris : PUF, 2000 : 198 p.
- Sandrin-Berthon B. et al. (dir.) *L'éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative.* Vanves : CFES, 1997 : 175 p.

 **Ressources complémentaires****> Écoute alcool :**

de 14h00 à 02h00, coût d'une communication locale depuis un poste fixe au :
0 811 91 30 30

> Fil santé jeunes :

de 8h du matin à minuit, 7j/7, appel anonyme et gratuit.
3224

> Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : (Inpes).

Possibilité de commander gratuitement les outils d'information et d'aide à l'arrêt .

www.inpes.sante.fr

> Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie : (Anpaa).

(tél : 01 42 33 51 04).

www.anpaa.asso.fr

> Société Française d'Alcoologie :
www.sfalcoologie.asso.fr**> Mission interministérielle de lutte contre les dépendances et la toxicomanie :** (Mildt).

www.drogues.gouv.fr

> Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (Ippsa).

www.ippsa.asso.fr

 **Autres documents pour les patients diffusés par l'Inpes :**

- Guide pratique « Pour faire le point sur votre consommation d'alcool ». Réf. : 210-05111-B
- « Drogues et dépendance, le livre d'information », Réf. : 240-07260-L
- « Alcool, plus d'infos pour moins d'intox », Réf. : 210-08565-B

Ces documents gratuits sont à votre disposition dans la limite des stocks disponibles.

Vous pouvez les commander en envoyant un fax à l'Inpes au 01 49 33 23 91 en précisant **la référence du document** et vos coordonnées professionnelles.

