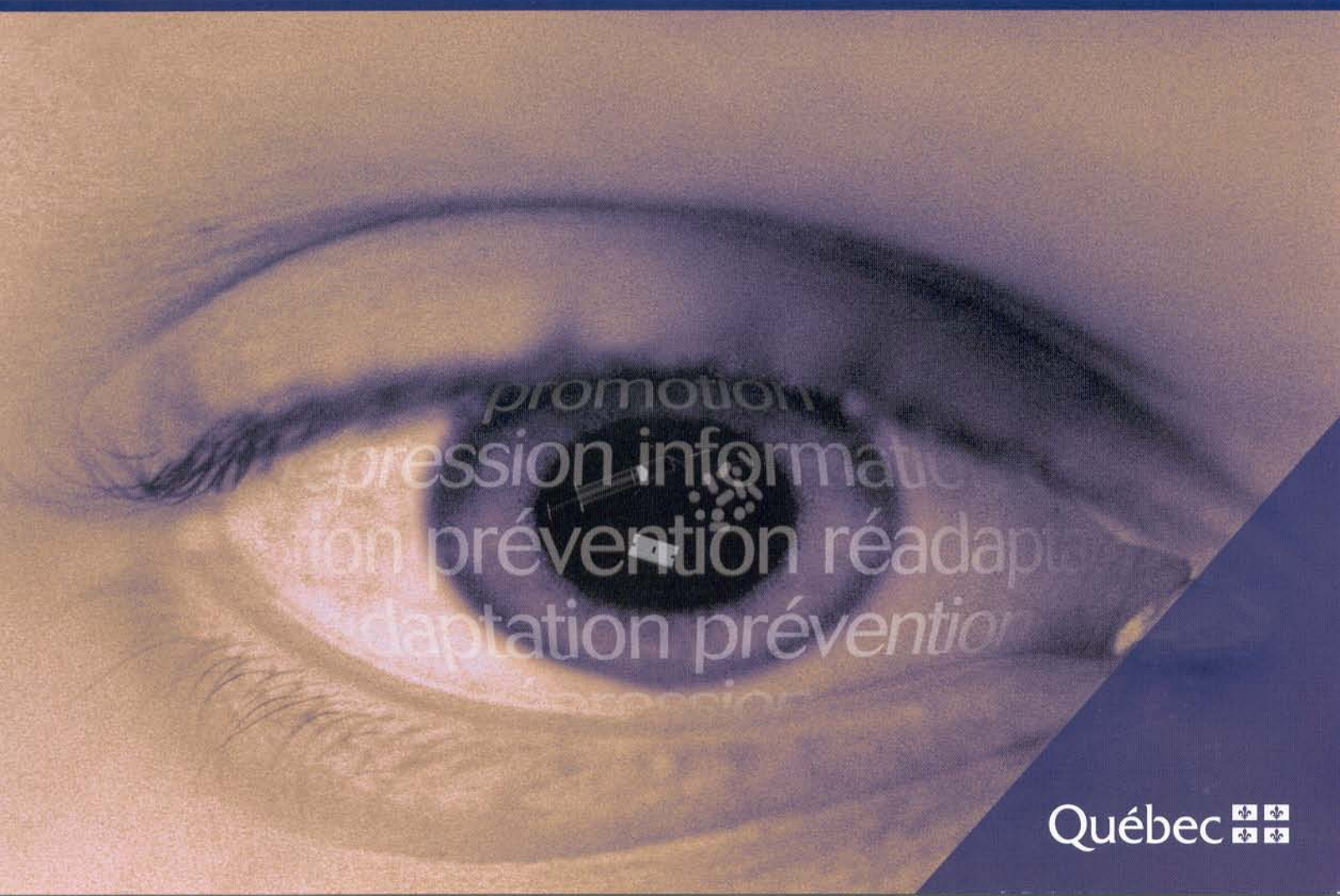


Comité permanent de lutte à la toxicomanie

LE RÔLE DES
MÉDECINS DANS LE
DÉPISTAGE ET
L'INTERVENTION
BRÈVE EN
TOXICOMANIE
AU QUÉBEC



**LE RÔLE DES
MÉDECINS DANS LE
DÉPISTAGE ET
L'INTERVENTION
BRÈVE EN
TOXICOMANIE
AU QUÉBEC**

Pierre Rouillard, md FRCPC



DÉPÔT LÉGAL (DOCUMENT SUR VERSION PAPIER):
ISBN : 2-551-22557-4
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
Octobre 2004

Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

MANDAT	5
À PROPOS DE L'AUTEUR	7
REMERCIEMENTS	9
1. INTRODUCTION	11
2. PRÉVALENCE DES TOXICOMANIES	13
2.1 Critères	13
2.1.1 LES DIAGNOSTICS DE DÉPENDANCE ET D'ABUS	13
2.1.2 LA CONSOMMATION À RISQUE ET LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE.....	13
2.2 POPULATION GÉNÉRALE	14
2.3 SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE	15
2.4 CENTRES HOSPITALIERS ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES	15
2.4.1 GÉRIATRIE	16
2.4.2 GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE.....	17
2.4.3 PÉDIATRIE.....	18
2.4.4 PSYCHIATRIE.....	18
2.4.5 URGENCE.....	19
3. DÉPISTAGE	21
3.1 CONCEPTS	21
3.1.1 DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE	21
3.1.2 RECHERCHE DE CAS.....	21
3.2 PERTINENCE DU DÉPISTAGE	21
3.3 LES MESURES DE QUANTITÉ ET DE FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ..	23
3.4 LE DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL	24
3.4.1 ENTREVUE	24
3.4.2 CAGE.....	25
3.4.3 AUDIT	26
3.4.4 EXAMEN PHYSIQUE.....	28
3.4.5 TESTS DE LABORATOIRE	29
3.5 LE DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION DE DROGUES	30
3.5.1 CAGE ADAPTED TO INCLUDE DRUGS (CAGE-AID)	30
3.5.2 SEVERITY OF DEPENDANCE SCALE (SDS)	31
3.6 DÉPISTAGE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES	31
3.6.1 GÉRIATRIE	31
3.6.2 GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE.....	32
3.6.3 PÉDIATRIE.....	36
3.6.4 PSYCHIATRIE.....	39
3.6.5 URGENCE.....	40

Table des matières

3.7 LE RÉSULTAT DU DÉPISTAGE ET L'ÉVALUATION	41
4. INTERVENTIONS	43
4.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX	43
4.2 INTOXICATION AIGUË ET SEVRAGE INTOXICATION AIGUË ET SEVRAGE.....	43
4.3 INTERVENTIONS BRÈVES.....	43
4.3.1 EFFICACITÉ	43
4.3.2 SÉLECTION DES PATIENTS.....	46
4.3.3 MÉTHODES DES INTERVENTIONS BRÈVES.....	46
4.3.4 CONNAISSANCES ET HABILITÉS ESSENTIELLES À L'INTERVENTION BRÈVE.....	49
4.3.5 PROGRAMMES DE CONSOMMATION CONTRÔLÉE.....	49
4.3.6 INTERVENTIONS MOTIVATIONNELLES.....	50
4.4 MONITORAGE DE CAS	50
4.5 L'INTERVENTION ET LES SPÉCIALITÉS MÉDICALES	51
4.5.1 GÉRIATRIE.....	51
4.5.2 GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE	51
4.5.3 PÉDIATRIE	51
4.5.4 PSYCHIATRIE	52
4.5.5 URGENCE	52
4.6 PHARMACOTHÉRAPIE.....	54
5. ATTITUDES DES MÉDECINS ET OBSTACLES	57
5.1 ATTITUDES	57
5.2 OBSTACLES.....	58
5.2.1 LES OBSTACLES EN GÉRIATRIE.....	59
5.2.2 LES OBSTACLES EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE.....	60
5.2.3 LES OBSTACLES EN PÉDIATRIE.....	60
5.2.4 LES OBSTACLES EN PSYCHIATRIE.....	61
5.2.5 LES OBSTACLES DANS LES URGENCES	61
5.3 SITUATION AU QUÉBEC.....	62
6. IMPLANTATION	65
6.1 IMPLANTATION DE GUIDES DE PRATIQUE.....	65
6.2 PLANIFICATION.....	65
6.2.1 PROGRAMME « DRINK-LESS » (AUSTRALIE).....	66
6.2.2 PROGRAMME « ALCOCHOIX » MODIFIÉ (QUÉBEC).....	68
6.2.3 PROGRAMME « ALCOHOL RISK ASSESSMENT AND INTERVENTION » (ARAI) (COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA)	68
6.3 FORMATION.....	69
6.3.1 CONTENU DE LA FORMATION	69
6.3.2 MOYENS DE LA FORMATION.....	70
6.3.3 CLIENTÈLE	70
6.3.4 EFFICACITÉ DE LA FORMATION.....	72
6.4 MODÈLES.....	72
6.4.1 SOINS PARTAGÉS	72
6.4.2 SUPPORTS À LA PRATIQUE.....	74

Table des matières

6.5 ÉVALUATION	74
7.CONCLUSION ET PISTES DE RÉFLEXION	77
ANNEXE 1	79
TABLEAU 1	79
TABLEAU 2	80
TABLEAU 3	80
ANNEXE 2.....	81
<i>AUDIT</i> - Guide d'administration	81
ANNEXE 3.....	85
Facteurs prédisposant à l'utilisation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues chez l'adolescent.....	85
LISTE DE RÉFÉRENCE.....	87

Mandat

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a pour mandat principal de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Les préoccupations du Comité portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus des substances psychoactives que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Outre les réflexions et les échanges qu'il mène au sein de ses rangs, il s'alimente à diverses sources pour réaliser son mandat : il commande des études, il recueille les opinions des divers intervenants et experts des milieux concernés, il analyse les données sur l'évolution de la problématique au Québec.

MEMBRES DU COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE

Rodrigue Paré
président du Comité
Maison Jean Lapointe

Lise Roy
vice-présidente
Université de Sherbrooke

Madeleine Roy
trésorière
Centre Dollard-Cormier

Pierre Sangollo
SCC Lafontaine

Luc Chabot
Consultant

Robert Gauthier
Pavillon Pierre-Péladeau

Don McKay
Syndicat canadien des communications,
de l'énergie et du papier (FTQ)

Dr Pierre Rouillard
C.H. Robert-Giffard

À propos de l'auteur

Le Dr Pierre Rouillard est membre du Comité permanent de lutte à la toxicomanie depuis février 2001. Il a été médecin omnipraticien de 1978 à 1991. Il a surtout travaillé en CLSC. Il s'est spécialisé en toxicomanie lors de sa résidence en psychiatrie. Il est médecin-psychiatre depuis 1995. Il a été chef du service clinique de désintoxication à l'hôpital St-François-d'Assise de 1996 à 2000. Il travaille maintenant au Centre hospitalier Robert-Giffard où il est chef de l'unité de service de toxicomanie. Il est médecin-consultant au Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve. Il est professeur clinique et directeur à l'Université Laval de Québec du certificat en études sur la toxicomanie (1^{er} cycle).

Remerciements

Les membres du Comité permanent de lutte à la toxicomanie remercient les personnes suivantes pour la préparation du présent rapport :

- Monsieur Pierre Rouillard, médecin psychiatre au Centre hospitalier Robert Giffard, professeur et auteur du rapport;
- Dr Jean Perreault, pour le soutien à la recherche documentaire et ses avis sur la problématique;
- Mesdames Monic Bleau, Lola Noël, Francine Poirier et Louise Robitaille pour le support technique et la révision du document;
- Monsieur Michel Germain, directeur général du CPLT pour la coordination des travaux et la révision finale du document.

1. Introduction

Les soins de santé de première ligne sont des services intégrés, accessibles, donnés par des cliniciens qui doivent s'occuper de la majorité des besoins de santé des individus, en développant un partenariat avec les patients dans un contexte familial et communautaire. La confiance qui existe entre un patient et son médecin de famille est un argument clé pour justifier le rôle des médecins de première ligne dans le dépistage précoce des maladies, dans les soins de maladies chroniques et dans la coordination de ceux-ci entre les différents intervenants.

Les problèmes reliés à la consommation et à l'abus de substances psychotropes sont très fréquents en médecine de première ligne. Par conséquent, il importe que les cliniciens puissent être en mesure de dépister les problèmes d'alcool ou de drogue et assurer le suivi de ces patients. L'abus ou la dépendance à l'alcool survient jusque chez 26 % des patients des cliniques médicales générales, un taux de prévalence semblable à d'autres maladies chroniques comme l'hypertension et le diabète (Sullivan and Fleming 1997). Par ailleurs, il a été démontré que les troubles reliés à l'abus de substances partagent plusieurs caractéristiques avec les autres conditions médicales chroniques comme l'apparition tardive de symptômes, une évolution imprévisible, des étiologies complexes, des traitements à base comportementale et un bon pronostic pour la rémission. Ainsi, comme pour l'hypertension, un dépistage de routine est nécessaire pour identifier les problèmes au début de leur développement.

Parce qu'il y a plus de Québécois qui abusent d'alcool que de médicaments ou de drogues illicites, les médecins voient plus les patients avec des problèmes d'alcool. Les cliniciens de première ligne doivent s'attendre à ce que 15 % à 20 % des hommes et 5 % à 10% des femmes qui les consultent soient à risque ou aient déjà des problèmes médicaux, psychosociaux ou légaux liés à l'alcool. De plus, on constate que les buveurs d'alcool à faible risque consomment moins de 1 à 2 consommations par jour, ne boivent pas plus de 3 à 4 consommations par occasion et ne boivent pas dans les situations à risque élevé (grossesse, conduite automobile, médicaments en interaction avec l'alcool). Les buveurs à risque dépassent occasionnellement les quantités maximales recommandées. Ils peuvent avoir des accidents, des chutes, des brûlures, etc.

Au Québec, on estime que 6 millions de personnes (80 % de la population) ont reçu des services médicaux en 2003-2004 (MSSS 2004). Mentionnons également que les patients qui abusent de l'alcool ou des drogues consultent les omnipraticiens plus souvent. Les problèmes liés à l'abus de substances peuvent demeurer non détectables jusqu'à ce qu'il y ait un accident, un problème au travail ou avec la justice, et ce, avant que les symptômes physiques soient apparents. Ils peuvent être situationnels ou transitoires, sans progresser ou devenir chroniques. Il est difficile de prédire si un consommateur va développer un problème sérieux, d'où l'importance de le suivre régulièrement (Sullivan and Fleming 1997).

Comme les troubles liés à une substance sont souvent des conditions chroniques

1. Introduction

progressant lentement dans le temps, les médecins de première ligne, par leurs contacts périodiques réguliers avec les patients, sont dans une position idéale pour dépister les problèmes d'alcool ou de drogue et assurer le suivi de ceux-ci. De plus, les études ont démontré que les médecins de première ligne peuvent aider plusieurs patients à diminuer leur consommation d'alcool et ses conséquences néfastes, via de brèves interventions de 10 à 15 minutes (Wallace, Cutler et al. 1988; Kahan, Wilson et al. 1995). Ce potentiel d'intervention est toutefois sous-utilisé. Saitz et ses collègues ont découvert que 45 % des patients demandant de l'aide dans un centre spécialisé affirmaient que leur médecin de famille n'était pas au courant de leur problème de consommation (Saitz, Mulvey et al. 1997). Effectivement, depuis quelques décennies, il y a une tendance générale à traiter les patients avec problèmes de consommation en dehors des soins de santé de première ligne.

Le présent document a donc été conçu pour les médecins et autres professionnels de la santé en cabinets privés, en CLSC, en milieu hospitalier et en CHSLD dans le but de les outiller afin de dépister rapidement les patients pouvant avoir des problèmes de consommation, de mieux intervenir auprès de cette clientèle et de faciliter l'implantation de mesures efficaces au sein de leurs organisations.

À l'aide d'une recension de la littérature scientifique nationale et internationale, nous présenterons, dans un premier temps, la prévalence des toxicomanies de la population générale et plus spécifiquement celle que l'on retrouve dans les soins de santé de première ligne, les centres hospitaliers et les

spécialités médicales. Dans un deuxième temps, nous traiterons du dépistage en présentant notamment les méthodes préconisées par plusieurs équipes cliniques selon les divers cas et clientèles rencontrés. Nous dresserons également le portrait des différents modèles et outils d'intervention les plus souvent utilisés. Par la suite, nous aborderons la question de l'attitude des médecins et les obstacles identifiés en regard de la problématique de l'abus d'alcool et de drogues de leurs patients. Nous proposerons aussi des idées et des exemples pour assurer une implantation adéquate au sein des réseaux de soins de santé existants. Finalement, nous concluons en partageant quelques pistes de réflexions quant au rôle des médecins dans le dépistage et l'intervention brève en toxicomanie au Québec.

2. Prévalence des toxicomanies

2.1 CRITÈRES

2.1.1 LES DIAGNOSTICS DE DÉPENDANCE ET D'ABUS

« Pour aborder les problématiques d'alcoolisme et de toxicomanie, il existe plusieurs modèles explicatifs et d'intervention. L'*American Psychiatric Association* (American Psychiatric Association 1996) décrit les troubles liés à une substance par les termes de dépendance ou d'abus qui sont des diagnostics cliniques posés selon les critères du DSM-IV. Les mêmes critères s'appliquent, peu importe la ou les substances psychotropes en cause, que ce soit l'alcool, les médicaments psychotropes ou les drogues illégales.

Le diagnostic de dépendance est posé en présence de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que la personne continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à sa consommation. (Voir l'annexe 1 – tableau 1 pour les critères de dépendance à une substance)

Le diagnostic d'abus est posé en présence de problèmes psychologiques, sociaux ou comportementaux graves associés à la consommation de la substance » (April and Rouillard 2001). (Voir l'annexe 1 – tableau 2 pour les critères d'abus à une substance)

2.1.2 LA CONSOMMATION À RISQUE ET LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE

« Pour l'alcool, la consommation peut parfois être suffisamment importante pour constituer un risque élevé de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux, sans qu'il y ait abus ou dépendance au sens des définitions retenues. La consommation d'un volume important d'alcool, comme la consommation régulière de plus de 9 consommations standard par semaine pour une femme ou de plus de 14 pour un homme (la consommation standard est définie au tableau 3), et le fait de s'intoxiquer (*binge drinking*) sont des comportements qui augmentent la probabilité que des problèmes physiques, psychologiques et sociaux associés à l'alcool surviennent (Bondy, Rehm et al. 1999). Les interventions à l'intention de ces buveurs à risque visent à modifier ces comportements, dans une perspective préventive.

Certains buveurs à risque n'ont pas de problème associé à cette consommation alors que d'autres en ont. Dans ce dernier cas, on parle parfois de consommation problématique. Toutefois, ni dans un cas ni dans l'autre, les personnes ne souffrent de « troubles » diagnostiqués, au sens du DSM-IV » (April and Rouillard 2001). (Voir l'annexe 1 – tableau 3 pour la définition de la consommation standard)

2. Prévalence des toxicomanies

2.2 POPULATION GÉNÉRALE

« Au Canada, en 2000-2001 (Statistique Canada 2002) plus de 90 % des Canadiens de 15 ans et plus, incluant ceux du Québec, avaient consommé de l'alcool au cours de leur vie, tandis que 78 % de ceux-ci, en avaient consommé durant la dernière année. Sur le plan de la consommation de drogues (excluant les médicaments psychotropes sans ordonnance), moins du quart des Canadiens avaient consommé des drogues au cours de leur vie, tandis que seulement 7 % d'entre eux l'avaient fait dans les 12 mois précédant l'enquête de 1994 (Macneil and Webster 1997).

Enfin, au Québec en 2000-2001 (Statistique Canada 2002), la consommation à vie d'alcool était de 93 % soit l'équivalent du Canada avec 92,5 %. D'autre part, la consommation d'alcool au Québec au cours des douze derniers mois était supérieure à celle du Canada (78,2 %) et des États-Unis (66,1 %), soit 82 % de la population québécoise de 15 ans et plus. Par ailleurs, la consommation à vie de drogues (incluant les médicaments psychotropes sans ordonnance) touchait près du tiers de la population du Québec en 1998 et sa consommation durant les douze derniers mois était de 17,4 %, soit plus que les États-Unis en 2002 avec 14,9 %....

Le Québec (40,9 %) se situe sous la moyenne de l'ensemble du Canada (45,1 %) quant au pourcentage de consommateurs excessifs d'alcool (5 verres ou plus en une même occasion.)...

Le Québec (1,5 %) se classe sous la moyenne de l'ensemble du Canada (2 %) en

ce qui a trait au pourcentage de personnes à risque d'être dépendantes de l'alcool. Il est à noter que le pourcentage d'hommes à risque d'être dépendants (2,1 %) est trois fois supérieur à celui des femmes (0,7 %). Ceci positionne le Québec à l'avant-dernière position des provinces, devant seulement le Nouveau-Brunswick avec 1,4 %. Ce risque de dépendance à l'alcool est défini par un résultat de trois ou plus à un indicateur de risques de dépendance à l'alcool, l'échelle de dépendance à l'alcool du *Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF)* (Kessler, Andrews et al. 1998)...

Le pourcentage de consommateurs excessifs d'alcool atteint rapidement un sommet avec les 20-24 ans (65,3 %) et ce, autant chez les hommes (76,2 %) que chez les femmes (56,1 %), pour décroître ensuite progressivement avec l'âge...

Le pourcentage de personnes à risque d'être dépendantes de l'alcool atteint rapidement un sommet chez les 20-24 ans avec 4,3 %. Dans ce groupe d'âge, les hommes atteignent 6,4 %. Toutefois, les femmes atteignent leur sommet plus jeune avec 3,2 % des 15 à 19 ans...

En 2002, ce sont 1 % des canadiens et 0,4 % canadiennes qui étaient à risque de dépendance aux drogues illicites, tandis que pour le Québec ces pourcentages sont de 1,2 % chez les hommes et 0,5 % chez les femmes » (Comité permanent de lutte à la toxicomanie 2003).

2. Prévalence des toxicomanies

2.3 SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

Quoique la plupart des gens qui consomment de l'alcool n'aient aucun problème lié à leur consommation, les médecins en cabinet peuvent s'attendre à ce que 15 % à 20 % des hommes et 5 % à 10 % des femmes les consultants soient à risque de développer ou aient déjà des problèmes liés à leur consommation d'alcool (médicaux, légaux ou psychosociaux). Ces problèmes peuvent inclure un diabète non contrôlé, des arrestations pour conduite avec facultés affaiblies, des problèmes au travail, à l'école, avec la famille ou dans leur couple (Manwell, Fleming et al. 1998).

Aux États-Unis, les médecins de première ligne voient, sur 2 ans environ, 70 % de la population générale (Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University 2000). En France, les médecins généralistes sont en contact annuellement avec 75 % de la population française (Reynaud, Parquet et al. 1999). Au Québec, on estime que 6 millions de personnes (80 % de la population) ont reçu des services médicaux en 2003-2004 (MSSS 2004). Les patients qui abusent de l'alcool ou des drogues consultent les omnipraticiens plus souvent. Il y a une tendance générale depuis quelques décennies à traiter les patients avec problèmes de consommation en dehors des soins de santé de première ligne. Il y a évidence que cette façon de fonctionner diminue les soins que les patients pourraient recevoir d'un système de première ligne global. D'un autre côté, il y a aussi évidence qu'un nombre significatif de patients avec des problèmes liés à la consommation n'ont pas accès aux soins médicaux spécia-

lisés lorsqu'ils en ont besoin (Furler, Patterson et al. 2000).

Comme les troubles liés à une substance sont souvent des conditions chroniques progressant lentement dans le temps, les médecins de première ligne, par leurs contacts périodiques réguliers avec les patients, sont dans une position idéale pour dépister les problèmes d'alcool ou de drogue et assurer le suivi de ces patients. De plus, les études ont démontré que les médecins de première ligne peuvent aider plusieurs patients à diminuer leur consommation d'alcool et ses conséquences néfastes, via de brèves interventions de 10 à 15 minutes (Wallace, Cutler et al. 1988; Kahan, Wilson et al. 1995). Ce potentiel d'intervention est toutefois sous-utilisé. Saitz et ses collègues ont découvert que 45 % des patients demandant de l'aide dans un centre spécialisé affirmaient que leur médecin de famille n'était pas au courant de leur problème de consommation (Saitz, Mulvey et al. 1997).

2.4 CENTRES HOSPITALIERS ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Selon l' *Institute of Medicine* (Institute of Medicine 1990) entre 15 % et 30 % des patients hospitalisés dans les centres hospitaliers généraux ont des problèmes d'alcool. Moore (Moore, Bone et al. 1989) a dépisté au *John Hopkins Hospital*, toutes les nouvelles admissions pour l'alcoolisme. Les tests de dépistage *CAGE* et *SMAST* ainsi que des questions sur la quantité consommée étaient posées par des interviewers entraînés pendant deux semaines. Si le dépistage était positif, il y avait une entrevue avec le médecin traitant. Les prévalen-

2. Prévalence des toxicomanies

ces variaient selon les départements : 25 % en médecine, 30 % en psychiatrie, 19 % en neurologie, 12,5 % en obstétrique-gynécologie et 23 % en chirurgie. Les médecins traitants avaient diagnostiqué moins de problèmes d'alcoolisme que les chercheurs avec les tests de dépistage.

Seppa (Seppa and Makela 1993) a dépisté les gros buveurs ("*heavy drinkers*") chez 1 641 patients dans un hôpital universitaire. La prévalence était de 25 % chez des hommes, de 11 % chez les femmes, pour un total de 17 %. Les médecins n'avaient identifié que 43 % des hommes et 26 % des femmes dépistées positives selon le questionnaire par une infirmière avec l'aide du test *CAGE*. À l'inverse, les médecins avaient dépisté 17 % des hommes et 14 % des femmes gros buveurs, non dépistés par l'infirmière. Ici encore, la prévalence variait selon les départements. Elle était de 33 % en psychiatrie, 20 % en médecine, 31 % en chirurgie, 18 % en neurologie, 4 % en obstétrique-gynécologie, 23 % en O.R.L., 13 % en ophtalmologie et 11 % chez ceux avec traumatismes.

Hopkins (Hopkins, Zarro et al. 1994) a montré que dans un grand centre hospitalier académique urbain, seulement 28 % de 1 010 admissions consécutives, avaient eu un dépistage adéquat de toxicomanie. Le *CAGE* n'avait pas été utilisé une seule fois. La prévalence était de 16 % et presque tous ces patients avaient été admis en relation avec leurs problèmes de toxicomanie. Seulement 37 % de ces 160 patients avaient été diagnostiqués par l'équipe de médecins et seulement 5 % avaient eu un suivi thérapeutique adéquat. Hopkins rappelle que l'Association médicale américaine recom-

mande une histoire en profondeur de l'usage des drogues et de l'alcool lors de tout examen complet de santé.

L'*American Psychiatric Association* (American Psychiatric Association 1995) mentionne que les dépistages sur les patients dans des cliniques externes d'hôpitaux généraux pour l'abus d'alcool ou la dépendance, ont donné des taux de prévalence de 5 % à 36 %.

Dans une étude sur un échantillon probabiliste de 2 040 admissions, dans 90 hôpitaux généraux aux États-Unis, l'*AUDIT* a été utilisé pour le dépistage. La prévalence d'abus ou de dépendance à l'alcool dans la dernière année était de 7,4 %. L'auteur recommande un dépistage pour tous les buveurs d'alcool hospitalisés (Smothers, Yahr et al. 2003).

2.4.1 GÉRIATRIE

« Depuis une dizaine d'années, de plus en plus de personnes de 65 ans et plus consomment de l'alcool. En 2000-2001, près des deux tiers de ces gens en consommaient, comparativement à environ la moitié de ceux-ci il y a à peine dix ans. Chez les 65 ans et plus, le pourcentage d'ordonnances de médicaments psychotropes occupait la seconde place parmi tous les médicaments avec 11,7 % d'ordonnances en 1998 et 10,2 % en 2001. Près d'une personne âgée non hébergée sur cinq consommait des benzodiazépines en 2000 » (Comité permanent de lutte à la toxicomanie 2003).

La prévalence d'abus d'alcool ou de consommation à risque, chez les personnes âgées, varie entre 3 % et 30 % dépendant

2. Prévalence des toxicomanies

du sexe et des milieux. La prévalence était de 8 % à 30 % chez les patients hospitalisés. La prévalence des problèmes liés à l'alcool chez les personnes âgées, en salle d'urgence des centres hospitaliers de courte durée, varie de 14 % à 30 %. En clinique externe, la prévalence pour un abus ou une dépendance à une SPA variait de 5 % à 23 % (Reid, Fiellin et al. 1999). La prévalence d'abus de médicaments psychotropes peut aller jusqu'à 5 % environ (Widlitz and Marin 2002).

Des études en Australie (McInnes and Powell 1994) et aux États-Unis (Curtis, Geller et al. 1989) montrent que les cliniciens ne reconnaissent l'alcoolisme chez les personnes âgées hospitalisées que dans deux tiers des cas. À chaque année, les personnes âgées de 65 ans et plus font de 6 à 8 visites à des médecins en externe.

2.4.2 GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Dans une enquête canadienne effectuée, en 2000-2001 et comprenant 1 115 femmes québécoises, 24 % de celles-ci ont admis avoir consommé de l'une consommation d'alcool durant la leur dernière grossesse. Le pourcentage variait de 11,3 % (Gaspésie et Îles-de-la Madeleine) à 35,5 % (région de Québec). En Ontario, le pourcentage était de 12,9 % et la moyenne canadienne de 12,2 % (Statistique Canada 2002).

Combinant 27 rapports publiés dans les années '80 avec les données du *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*, Gomby et Shiono (Gomby 1991) ont estimé qu'environ 2 % à 3 % des nouveau-nés avaient pu être exposés aux opiacés durant la période intra-utérine, comparé à 4,5 % de

nouveau-nés exposés à la cocaïne et 17 % à la marijuana. Ces expositions étaient moindres que celles estimées de 73 % à l'alcool. Lors d'une conférence en 1995, le *NIDA* a présenté une étude sur 2 613 femmes dans 52 hôpitaux. Il a été estimé que 5,5 % des femmes enceintes avaient utilisé une drogue illégale durant la grossesse. Les estimés les plus élevés étaient pour la marijuana (2,9 %) et pour la cocaïne (1,1 %).

Les hôpitaux qui ont utilisé des méthodes de dépistage rigoureuses ont eu des taux de prévalence de 3 à 5 fois plus élevés que les hôpitaux qui avaient des méthodes moins systématiques de dépistage de la cocaïne (Chasnoff, Landress et al. 1990).

Ostrea (Ostrea 1992) a évalué dans un centre périnatal tertiaire à Détroit, 3 879 naissances sur une période d'un an; 3 010 sujets ont été étudiés; 44 % étaient positifs pour une drogue, 31 % étaient positifs pour la cocaïne, 21 % pour la morphine et 12 % pour le cannabis. D'autre part, seulement 335 ou 11,1 % des mères avaient été identifiées comme usant de drogues illicites durant la grossesse, lorsque les données étaient basées sur les dires de la mère. De ces 335 mères, 88 % de leurs nouveau-nés avaient un dépistage positif pour une drogue dans le méconium tandis que seulement 52 % des tests d'urine des enfants étaient positifs. L'auteur conclut que les femmes enceintes qui admettent prendre des drogues sont probablement des toxicomanes plus sévères. Chez elles, l'incidence de complications périnatales était élevée et la quantité de cocaïne ou d'opiacés retrouvée dans le méconium était aussi plus haute. Il y avait une augmentation de 400 % de l'incidence de l'exposition

2. Prévalence des toxicomanies

à des drogues chez les nouveau-nés lorsqu'on utilisait le dépistage du méconium du nouveau-né par rapport aux déclarations de la mère.

Les travaux de Motherisk (Koren 1996) à Toronto indiquent que le nombre de bébés présentant des symptômes de toxicomanie a sextuplé entre 1986 et 1992. On estime que chaque année, 10 % à 15 % de tous les nouveau-nés de Toronto viennent au monde en ayant été exposés à des substances psychoactives (SPA). Les recherches ont montré que les taux d'abandon du rôle parental au sein des familles toxicomanes étaient plus élevés et que les enfants de parents toxicomanes étaient plus susceptibles d'être retirés de leur foyer.

2.4.3 PÉDIATRIE

« Les jeunes de 15 à 24 ans viennent au second rang (86 %) dans la prévalence de consommation actuelle d'alcool, tout de suite après les 25 à 44 ans (89 %). Les Québécois de 15 à 19 ans occupent la première place au Canada quant au pourcentage de consommateurs actuels d'alcool avec un pourcentage de 82,9 % de buveurs. Ce sont chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on retrouve le plus grand pourcentage de risque de dépendance à l'alcool, soit 3,9 %, un pourcentage deux fois plus grand que le groupe venant en seconde place, soit les 25 à 44 ans avec 1,6 % » (Comité permanent de lutte à la toxicomanie 2003).

Une étude chez les jeunes de 12 à 17 ans, l'Enquête Québécoise sur le tabagisme des élèves du secondaire 2002, révèle que les jeunes ont fait usage de cannabis à 39,1 %, d'hallucinogènes à 12,5 %, d'amphétamines

à 7,6 %, de cocaïne à 5,2 %, de solvant à 2,2 % et d'héroïne à 1,2 % dans les 12 mois ayant précédé l'enquête (Perron et Loisel 2003). Dans les centres jeunesse, la proportion des jeunes qui consomment régulièrement de l'alcool et des drogues est environ quatre fois plus élevée que celle des élèves du secondaire. Chez les jeunes de la rue à Montréal, 32 % déclarent avoir déjà consommé de l'héroïne au cours de leur vie, 16 % dans le dernier mois, 10 % toutes les semaines et 5 % tous les jours (Otis 1996).

Dans une étude, on a trouvé que 18 % des adolescents traités dans une urgence rencontraient les critères diagnostics d'abus ou de dépendance à l'alcool dans leur vie (Chung, Colby et al. 2003).

2.4.4 PSYCHIATRIE

« En résumé, environ 50 % des clients avec un trouble psychiatrique sévère ont un trouble relié à l'utilisation d'une substance dans leur vie et 25 % à 35 % dans les derniers 6 mois. L'alcool est la substance dont on abuse le plus souvent, suivie par le cannabis et la cocaïne. On retrouve des taux plus élevés chez les clients mâles, jeunes, moins éduqués et célibataires. L'abus de substances est aussi plus élevé chez les clients qui ont un meilleur fonctionnement social prémorbide, ceux qui ont un trouble de personnalité antisociale, une histoire de trauma et de trouble de stress post-traumatique ou des antécédents familiaux d'abus de substance » (Mueser, Noordsy et al. 2003).

Dixon (Dixon, Dibietz et al. 1993) a montré que la prévalence d'abus de substances

2. Prévalence des toxicomanies

détectées varie de 23 % à 55 % chez des patients hospitalisés dans un centre hospitalier psychiatrique public. Chez 474 patients, la prévalence était de 23 % si l'on prenait le diagnostic d'admission ou de sortie selon le DSM III-R, de 25 % si l'on prenait comme indice les traitements antérieurs en toxicomanie interne ou externe, de 39 % si l'on prenait comme indicateur tout usage de drogues ou d'alcool dans les 30 jours avant l'admission, de 41 % si l'on prenait tout usage au quotidien de drogues dans le passé et de 55 % si l'on prenait tout usage quotidien ou hebdomadaire dans le passé. L'auteur concluait en disant qu'un dépistage bref de l'usage récent régulier de drogue ou d'alcool pouvait être la meilleure façon de déterminer les besoins de traitement dans cette population.

Drake (Drake, Alterman et al. 1993) dit que l'abus des substances n'est identifié que chez 25 % des sommaires au départ de l'hôpital des patients psychiatriques avec comorbidité. Ce sous-diagnostic amène un surtraitement de syndromes psychiatriques avec une médication et une négligence de la désintoxication, de l'éducation en toxicomanie et un manque de plan de traitement et de référence en toxicomanie. Même sous des circonstances optimales, avec une batterie extensive d'interviews structurées et standardisées, lui-même n'avait détecté que 75 % des schizophrènes qui abusaient d'alcool dans une étude antérieure. Selon lui, les tests d'urine sont probablement l'approche la plus faisable et la plus efficace pour détecter l'usage de drogues illicites chez les schizophrènes. Enfin, l'auteur rappelle que même une consommation minimale d'alcool ou de drogues doit être évaluée, car elle peut avoir des conséquen-

ces négatives pour cette population de patients avec troubles psychotiques sévères.

2.4.5 URGENCE

Les études ont démontré que 9 % à 25 % des patients testent positifs (dans le sang, l'expiration ou autrement) pour l'alcool dans les urgences. Ce taux est plus élevé chez les patients accidentés et varie entre 30 % et 47 %. Enfin, il peut aller jusqu'à 70 % chez les patients traumatisés à cause de la violence.

Il y a moins d'études pour les drogues autres que l'alcool. Soderstrom (Soderstrom 1994) décrit 3 études totalisant plus de 1 000 patients, donnant comme prévalence de dépistage de cannabis des taux de 5 % à 37 %, de cocaïne de 5 % à 34 % et de PCP de 10 % à 17 %. Les drogues peuvent être dépistées seules ou en combinaison avec l'alcool. Un résultat positif dans l'une des 2 catégories est associé avec une plus haute probabilité d'un résultat positif dans l'autre catégorie. Dans une étude, dans un centre de trauma, 28 % des patients avaient un diagnostic de dépendance à une drogue (autre que l'alcool) à vie, tandis que 18 % avaient ce même diagnostic au moment de l'admission. Parmi ceux qui avaient un dépistage urinaire positif pour une drogue, 39 % avait un diagnostic de dépendance courant, tandis que seulement 4 % de ceux avec un dépistage urinaire négatif avaient ce diagnostic (Cherpitel and Borges 2004).

Adams (Adams, Magruder-Habib et al. 1992) rapporte que 9 % à 39 % des patients de l'urgence ont un diagnostic d'abus d'alcool. Un estimé du taux de prévalence d'alcoolisme ou de problèmes reliés à

2. Prévalence des toxicomanies

l'alcool chez toutes les personnes hospitalisées pour blessures est de 20 % à 25 % (Rostenberg 1995). L'alcoolisme est la maladie chronique la plus fréquente chez les patients victimes de trauma avec un taux de 25 % à 40 % (Gentilello, Donovan et al. 1995). Soderstrom (Soderstrom, Dischinger et al. 1992) a trouvé que 62 % des patients avec une alcoolémie positive avaient un diagnostic actuel de dépendance à l'alcool. Il a aussi noté que presque 30 % des patients qui avaient une alcoolémie négative à l'urgence avaient aussi ce diagnostic.

Dans les hôpitaux avec un service de trauma, les patients traumatisés qui ont été dépistés positifs pour l'alcoolisme avaient 3,5 fois plus de risques d'être réadmis pour une deuxième blessure accidentelle (Rivara, Grossman et al. 1997). Dans une étude longitudinale d'une durée de 5 ans sur des patients admis dans un centre de trauma, l'incidence de l'abus de substances était de 67 % chez ceux qui avaient des blessures récurrentes (Sims, Bivins et al. 1989).

3. DÉPISTAGE

3.1 CONCEPTS

3.1.1 DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE

« En épidémiologie, le terme « dépistage » désigne une démarche systématique pour identifier, dans une population apparemment en bonne santé, les personnes qui sont susceptibles de présenter une maladie ou un problème. Dans un programme de « dépistage systématique », tous les efforts sont faits pour atteindre le plus grand nombre de personnes répondant à certains critères et pour les inviter à se soumettre à un ou des tests visant à reconnaître le plus précocement possible la présence d'un problème (Fowler and Austoker 1997). Le programme de dépistage du cancer du sein est l'un de ces programmes bien connus » (April and Rouillard 2001).

3.1.2 RECHERCHE DE CAS

« Dans le milieu médical, on utilise couramment le terme « recherche de cas » (traduction de « *case finding* ») lorsque cette démarche de « dépistage » vise les personnes venues consulter d'elles-mêmes un service de santé pour n'importe quel problème autre que celui « recherché » (Fowler and Austoker 1997). Ainsi, la recherche de cas de consommation à risque d'alcool consisterait à poser des questions spécifiques sur ce sujet à toutes les personnes venues consulter un médecin même si la raison de la consultation n'a rien à voir avec la consommation.

Dans ce texte, les termes « dépistage » et « recherche de cas » sont utilisés dans le

même sens, soit celui de « recherche de cas », tel qu'il est défini précédemment » (April and Rouillard 2001).

3.2 PERTINENCE DU DÉPISTAGE

Les expériences de dépistage rapportées ici portent sur la consommation d'alcool. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'études équivalentes portant sur le dépistage de la consommation de drogues.

Le dépistage de problèmes associés à l'alcool et le *counseling* sont des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (Babor, Grant et al. 1994). Le Groupe d'étude sur l'examen médical périodique a repris cette recommandation à l'intention des médecins canadiens dans le Guide canadien de médecine clinique préventive (Haggerty 1994). Ce guide précise quelles sont les interventions cliniques préventives prouvées efficaces que les cliniciens doivent réaliser en fonction de l'âge de la personne qui consulte. Chez les adultes, la recherche de cas des problèmes associés à l'alcool et le *counseling* sont justifiés :

- par la prévalence élevée de la consommation à risque et des troubles associés à la consommation d'alcool;
- par la possibilité d'intervenir précocement et d'améliorer la situation;
- par le fait qu'il existe des tests valides pour reconnaître les problèmes recherchés (Haggerty 1994).

Il importe toutefois d'éviter d'étiqueter à tort des personnes comme étant « à risque » de problèmes associés à la consommation de psychotropes sans contribuer à amélio-

3. Dépistage

rer la situation. Le cas échéant, ces personnes peuvent subir un préjudice (par exemple, pour l'obtention d'une police d'assurance, d'un emploi, etc.), sans en retirer des avantages. En effet, les questionnaires de dépistage ne permettent pas de poser un diagnostic. Ils constituent une première étape qui devra être complétée par un clinicien qui fera l'évaluation nécessaire pour préciser le diagnostic » (April and Rouillard 2001).

Pour qu'un dépistage soit utile, en première ligne, le problème visé doit être prévalant dans la population générale et doit diminuer la durée ou la qualité de la vie; il doit y avoir un traitement efficace qui diminue la morbidité et la mortalité lorsque donné au stage asymptomatique de la maladie; il doit être détectable avec un dépistage peu coûteux (National Institute of Health 1996). L'Institut de médecine des États-Unis a recommandé que des questions sur l'utilisation de l'alcool soient incluses dans les questions sur le style de vie que l'on doit demander à toutes les personnes qui consultent en première ligne, comme pour l'alimentation, l'exercice et, le tabagisme (Institute of Medicine 1990).

Le but du dépistage est d'identifier les individus qui sont à risque de développer des problèmes reliés à l'alcool ou à d'autres substances, et, dans ce groupe, identifier des patients qui ont besoin d'une évaluation plus complète pour ensuite faire un plan pour le traitement. Le *Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)* (Sullivan and Fleming 1997) recommande que les cliniciens de première ligne, de façon routinière et périodique, dépistent tous les patients pour l'abus de substance. L'examen visuel seul

ne détecte pas les intoxications et encore moins les signes plus subtils des comportements liés à la consommation. Un avantage majeur de faire ce dépistage en première ligne est que les patients dépistés peuvent être vus lors de visites subséquentes. Même si le dépistage est négatif, il peut être l'occasion de faire la promotion de la santé et de la prévention.

Le *CSAT* croit que les médecins et le personnel qui travaille avec les médecins peuvent dépister, de façon fiable, les problèmes d'alcool. Ils doivent cependant être familiers avec l'instrument de dépistage et son interprétation, posséder des habiletés d'entrevue, être capables d'avoir un bon rapport avec les patients et être sensibles aux effets stigmatisants possibles du dépistage.

Habituellement, en première ligne, on doit privilégier la sensibilité d'un instrument sur sa spécificité; il est plus important de ne pas manquer de vrais cas que d'évaluer quelques patients qui finalement n'auront pas le problème. Un dépistage positif peut habituellement être confirmé ou infirmé par les autres éléments de l'entrevue et la connaissance que le médecin a du patient; sinon, une évaluation plus extensive est nécessaire.

L'efficacité d'un instrument de dépistage, dans une population donnée, dépend, entre autres facteurs, de la compréhension des questions par le patient, des réactions émotionnelles du patient aux questions et des propriétés psychométriques de l'instrument dans une population donnée.

Le coût d'administration d'un test de dépistage dépend de la personne qui le fait (pa-

tient, médecin, infirmière), du temps qu'il prend à le faire passer et à le coter, ainsi que d'une formation adéquate.

Pour améliorer la probabilité de réponses honnêtes, les cliniciens doivent demander les questions en séquence en commençant par le tabac puis par l'alcool. La plupart des gens qui abusent de substances boivent aussi de l'alcool. Une première question efficace est : « parlez-moi de votre consommation d'alcool ». Si le client répond qu'il n'a pas bu dans la dernière année, le clinicien doit demander : « pourquoi vous ne prenez pas d'alcool ? ». Si le patient n'a jamais pris d'alcool ou n'en a pas pris depuis 5 ans et plus, le clinicien peut terminer l'évaluation (Steinweg and Worth 1993). Il y a quelques exceptions. Même s'ils n'admettent pas prendre d'alcool, les adolescents doivent être questionnés sur l'utilisation de drogues, particulièrement le cannabis. Les femmes enceintes, les femmes âgées de plus de 60 ans et les femmes qui vivent de la détresse psychologique peuvent être questionnées sur l'usage de médicaments prescrits ou non prescrits.

Lorsque le clinicien soupçonne que le patient ne répond pas honnêtement, il peut, avec la permission du patient, demander des informations à des sources collatérales, comme l'époux, les parents et la fratrie.

3.3 LES MESURES DE QUANTITÉ ET DE FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

« Les mesures de quantité-fréquence sont généralement utilisées lors des enquêtes de population. Elles estiment la consommation moyenne d'alcool durant une période

(par exemple, une semaine ou un mois) en multipliant la quantité moyenne prise par occasion de consommation avec la fréquence de ces occasions. Comme ceci ne donne pas d'indications sur la variabilité de la consommation, d'autres mesures ont été développées pour compléter l'information, comme la « fréquence graduée » (« graduated frequency ») ou encore en demandant la consommation réelle d'alcool durant une brève période récente (par exemple, durant la dernière semaine) (Rhem, Greenfield et al. 1999). En contexte clinique, les mesures de quantité-fréquence servent surtout à préciser l'ampleur de la consommation d'alcool au moment de l'évaluation. D'après Sobell (Sobell and Sobell 1995) les cliniciens croient que les personnes ont tendance à sous-estimer ou à nier leur consommation réelle d'alcool. En 1995, le Collège des médecins de famille du Canada, dans le cadre du projet ARAI (Collège des médecins de famille du Canada 1994) recommande de faire la recherche de cas en combinant le test CAGE avec des mesures de quantité-fréquence. Ces dernières sont le nombre de verres par jour (les jours où la personne boit), le nombre de jours de consommation par semaine et le nombre maximal de verres bus en une occasion lors du dernier mois. On considère qu'il y a présomption de risque si :

- la personne répond « oui » à l'une ou l'autre des questions du CAGE;
- une femme boit quotidiennement plus de 3 consommations standard;
- un homme boit quotidiennement plus de 4 consommations standard;

3. Dépistage

- un homme ou une femme boit plus de 12 consommations par semaine.

Le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) fait la même recommandation à l'exception de la consommation hebdomadaire qui est différente pour les hommes et les femmes. En effet, on considère une consommation potentiellement à risque lorsqu'une femme boit plus de 7 consommations par semaine et qu'un homme boit plus de 14 consommations par semaine (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 1995).

Les recommandations de ces deux organismes ont été émises en 1995. Plus récemment, en 1997, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, ainsi que la Fondation de la recherche sur la toxicomanie se sont entendus pour proposer des directives sur la consommation d'alcool à faible risque. Ces directives ont été approuvées par divers organismes, notamment le Collège des médecins de famille du Canada. Elles recommandent que les femmes limitent leur consommation hebdomadaire à 9 verres ou moins et les hommes à 14 verres ou moins, et on suggère, tant aux hommes qu'aux femmes, de ne pas boire plus de 2 consommations par jour. L'alcool doit être consommé lentement et l'ivresse doit être évitée. Dans certaines circonstances, l'abstinence est recommandée (Bondy, Rehm et al. 1999).

Finalement, force est de constater que les avis évoluent beaucoup sur le sujet. Il semble admis que la limite de consommations à risque est différente chez les hommes et les femmes. Dans l'état actuel des connaissances, il est approprié de conseiller aux hom-

mes qui boivent plus de 14 consommations par semaine de réduire leur consommation. Chez les femmes, cette limite est moins claire et les recommandations varient. La recommandation de boire au maximum 9 consommations par semaine est la plus récente. Elle semble raisonnable d'autant plus qu'elle est intermédiaire entre les 12 consommations par semaine du projet ARAI et les 7 consommations par semaine du NIAAA » (April and Rouillard 2001).

3.4 LE DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

3.4.1 ENTREVUE

Les taux de détection des problèmes d'alcool peuvent être augmentés en faisant une histoire détaillée de la consommation d'alcool chez tous les patients, en étant alerte aux présentations cliniques du boire excessif, en utilisant des questionnaires de dépistage et des marqueurs de laboratoire. Les médecins doivent inclure des questions sur l'alcool dans leur questionnaire de routine sur le tabac, l'exercice, la diète, les antécédents médicaux et familiaux et l'utilisation des médicaments. Les patients sont rarement dérangés par un questionnaire factuel de routine sur l'alcool (Brands, Kahan et al. 2000). Les études démontrent que le dépistage avec des questionnaires standardisés, comme le *CAGE* ou l'*AUDIT*, sont plus efficaces que les seules questions sur la quantité-fréquence, le jugement clinique ou les tests de laboratoire seuls (Fiellin and Saitz 1999).

Les médecins doivent questionner tous les patients sur l'alcool de façon routinière, dans les circonstances suivantes :

- à la première visite;
- lors d'un examen physique complet (exemple : examen annuel, examen d'admission à l'hôpital);
- durant les visites prénatales;
- lors de la prescription de médicament pouvant interagir avec l'alcool;
- lorsqu'il y a un problème pouvant être relié à l'alcool (Brands, Kahan et al. 2000).

3.4.2 CAGE

Selon Fleming (Fleming 2003), « On a développé, pour détecter la dépendance à l'alcool, des questions portant indirectement sur les comportements, comme celles contenues dans le *CAGE* (Ewing 1984) ou dans des questionnaires dérivés le *T-ACE* ou le *TWEAK* (Sokol, Martier et al. 1989; Russell, Martier et al. 1994). Le *CAGE* évalue quatre domaines liés à la consommation d'alcool à vie. On considère qu'une ou deux réponses positives signifient que le test est positif; on peut alors demander des questions additionnelles ou référer les patients à un spécialiste en toxicomanie. Les propriétés psychométriques du *CAGE* sont pauvres chez les Américains d'origine africaine ou mexicaine (Volk, Cantor et al. 1997). La sensibilité et la spécificité du *CAGE* dans différentes études varient entre 60 % et 95 % et 40 % et 95 % respectivement (Beresford, Blow et al. 1990). La variabilité de ces résultats peut être reliée à (1) l'utilisation de critères différents comme *gold standard* pour l'alcoolisme (2) l'évaluation de la consommation à vie par rapport à la consommation courante (3) l'utilisation d'un pointage de 1 à 4, et (4)

des différences dans les populations étudiées. Les défauts majeurs du *CAGE* sont qu'ils n'évaluent pas les problèmes courants, les niveaux de consommation d'alcool ou les boires excessifs (*binges*) ». Le *CAGE* repose trop sur les réactions psychologiques à la consommation (Allen, Litten et al. 1998). La performance du *CAGE* dans la détection d'alcoolisation à risque en population générale est moindre que celle de l'*AUDIT* (Fiellin, Reid et al. 2000). Cette dernière observation a été également faite chez le sujet âgé (Adams, Barry et al. 1996), chez l'adolescent (Aertgeerts, Buntinx et al. 2000), ainsi que dans une étude européenne en population générale (Aertgeerts, Buntinx et al. 2001). Chez les femmes enceintes, le *CAGE* a montré sa faible sensibilité de repérage de l'abus et de la dépendance (Bradley, Boyd-Wickizer et al. 1998). Le *CSAT* (Sullivan and Fleming 1997) recommande d'utiliser le seuil d'une réponse positive en première ligne pour améliorer la sensibilité. La version française du *CAGE*, le *DETA* (acronyme de « diminuer, entourer, trop et alcool »), a été validée en 1988 à l'hôpital Beaujon (Ramirez, Darne et al. 1990). L'administration du *CAGE* prend environ 30 secondes.

Dans une étude à l'urgence, le dépistage avec le *CAGE* seul était peu sensible pour l'abus ou la dépendance à l'alcool à vie (69 % pour un point de césure plus grand ou égal à 1), tandis que la stratégie recommandée par le *NIAAA* (*CAGE* plus grand ou égal à 1 ou consommation plus grande ou égale à 14 par semaine ou 4 par occasion pour les hommes et 7 par semaine ou 3 par occasion pour les femmes) avait une sensibilité de 81 % et une spécificité de 80 % (Friedmann, Saitz et al. 2001).

3. Dépistage

3.4.3 AUDIT

La plupart des données de cette section sont tirées du rapport de Babor (Babor, Higgins-Biddle et al. 2001).

L'*Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* ou *Questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool* a été développé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme méthode simple de dépistage du boire excessif d'alcool et pour aider dans l'évaluation brève. Il comporte 10 questions. Il donne un cadre d'intervention pour aider les buveurs à risque à réduire ou à cesser leur consommation d'alcool. L'*AUDIT* aide aussi à identifier la dépendance à l'alcool et certaines conséquences spécifiques de la surconsommation de l'alcool. Il a été particulièrement conçu pour les praticiens en santé, mais avec des instructions appropriées, il peut être auto-administré ou utilisé par du personnel non médical.

L'*AUDIT* a plusieurs avantages :

- il a été développé spécialement pour les soins de première ligne;
- il a été validé dans 6 pays lors de sa conception;
- il identifie les consommations à risque d'alcool ainsi que les personnes avec abus ou dépendance possible;
- il est bref (environ 2 à 4 minutes à remplir et environ 15 secondes à coter) et flexible. Les changements dans l'ordre des questions et dans la formulation (plus ou moins exacte) des questions ne changent presque pas les résultats de l'*AUDIT*;

- il est compatible avec les définitions diagnostiques du ICD-10;
- les questions se rapportent surtout à la dernière année.

Lors de l'étude internationale du développement du test, la sensibilité de l'*AUDIT* pour différents indices de consommation d'alcool problématique était supérieure à 0,90 et les spécificités, selon les pays, autour de 0,80 lorsque le seuil de 8 points (sur 40) était choisi. La fiabilité test-retest est élevée ($r=.86$) (Sinclair, McRee et al. 1992). Les résultats de l'*AUDIT* corrélaient bien avec les mesures des conséquences de la prise d'alcool, les attitudes envers l'alcool, la vulnérabilité à la dépendance et les raisons pour boire. Les résultats de l'*AUDIT* peuvent prédire, chez les patients ambulatoires, l'apparition future d'une maladie physique ou d'un problème social relié à l'alcool. Ils peuvent aussi prédire l'utilisation des soins futurs de santé et le risque d'évoluer vers une consommation à risque (Conigrave, Saunders et al. 1995).

Un grand nombre de sous-populations ont été étudiées, y compris les patients en première ligne, à l'urgence, les utilisateurs de drogues, les personnes âgées, les étudiants, les personnes non employées et les personnes avec un niveau socio-économique bas. (Babor, Higgins-Biddle et al. 2001). Le lecteur trouvera à l'**annexe 2** les modalités d'administration de l'*AUDIT*.

AUDIT modifié

Selon Bradley (Bradley, Bush et al. 2003) :

« Les 3 premières questions de l'AUDIT qui évaluent la consommation de l'alcool sont appelées AUDIT-C. Elles se sont montrées prometteuses comme test de dépistage bref pour la consommation à risque d'alcool dans la dernière année et/ou pour l'abus ou la dépendance d'alcool actif (Bush, Kivlahan et al. 1998; Fiellin, Reid et al. 2000; Aertgeerts, Buntinx et al. 2001; Reinert and Allen 2002). L'AUDIT-C était aussi sensible et spécifique que l'AUDIT complet à 10 items pour la détection de la consommation à risque ou de l'abus ou de la dépendance à l'alcool (selon les critères du DSM-III-R) (APA) chez les hommes vus en externe en pratique générale au Ministère des Vétérans, (Bush, Kivlahan et al. 1998), mais seulement 2 études de l'AUDIT-C ont inclus des femmes (Aertgeerts and Buntinx 2001; Gordon, Maisto et al. 2001). Dans une étude sur 393 femmes suivies dans 2 cliniques de vétérans Bradley (Bradley, Bush et al. 2003) a montré que les 3 questions de l'AUDIT-C étaient aussi efficaces que l'AUDIT standard à 10 items et qu'il était un excellent test de dépistage pour identifier la consommation à risque d'alcool dans la dernière année et/ou la dépendance à l'alcool selon le DSM-IV chez les femmes. Le point de césure optimal de dépistage pour l'AUDIT-C chez les femmes était de 2 ou plus. Une variante de la question no 3 de l'AUDIT demandant la fréquence d'une consommation de 4 ou plus en une seule occasion dans la dernière année améliorerait de beaucoup la sensibilité de la question 3 comme dépistage à un item chez les femmes.... L'AUDIT-C est probablement un questionnaire de dépistage plus efficace que le CAGE chez les femmes.... Nous croyons que l'AUDIT-C est le question-

naire bref optimal pour le dépistage de routine de l'abus ou de la dépendance active à l'alcool chez les hommes et les femmes dans les milieux médicaux; il dépiste aussi la consommation à risque (Bush, Kivlahan et al. 1998; Aertgeerts, Buntinx et al. 2001). Pour les femmes, nous préférons l'AUDIT-C avec la question no 3 ajustée au sexe, i.e. 4 consommations ou plus définissant un binge chez les femmes par rapport à 6 chez les hommes. Lorsque la prévalence de consommation à risque d'alcool et/ou d'abus ou de dépendance selon le DSM-IV est de 20 % dans un milieu, le point de césure recommandé pour l'AUDIT-C est de 2 pour maximiser la sensibilité ». (Bradley, Bush et al. 2003) Aux États-Unis, l'organisation Veteran Affairs (VA) a ordonné l'utilisation de l'AUDIT-C pour le dépistage en première ligne (Bradley, Kivlahan et al. 2004).

Quoique l'AUDIT-C identifie une majorité de buveurs à risque dans différentes populations, le nombre de faux positifs pour l'abus et la dépendance à l'alcool est assez élevé. Aertgeerts (Aertgeerts, Buntinx et al. 2002) a rapporté une valeur prédictive positive faible à 40 % avec un point de césure de 5, tandis que Bush (Bush, Kivlahan et al. 1998) rapportait des taux de faux positifs de 40 % et 28 % à des points de césure de 3 et 4. Gordon (Gordon, Maisto et al. 2001) a trouvé un taux de faux positifs de 50 % (comparé à d'autres questions quantité-fréquence) lorsque le point de césure était de 3. Ce taux diminuait à 20 % avec un point de césure à 5.

La question no 3 de l'AUDIT sur le boire excessif (binges) était aussi un test de dépistage efficace chez les hommes (Bush, Ki-

3. Dépistage

vlahan et al. 1998; Bradley, Kivlahan et al. 2001). Quoique la question no 3 de l'AUDIT n'ait pas été évaluée chez les femmes, une étude dans une urgence a

montré qu'une autre question spécifique selon le sexe sur le binge était un test de dépistage efficace chez les femmes (Williams and Vinson 2001).

3.4.4 EXAMEN PHYSIQUE

Signes et symptômes fréquents chez les gros buveurs	
<i>Apparence générale</i>	<i>Odeur d'alcool Hygiène déficiente</i>
<i>Neurologique</i>	<i>Tremblements Ataxie Dysarthrie</i>
<i>Cardiovasculaire</i>	<i>Hypertension Dysrythmie Accident cérébro-vasculaire</i>
<i>Gastro-intestinal</i>	<i>Gastrite Dyspepsie non spécifique Diarrhée récurrente Hépatomégalie Douleurs au foie Ictère Pancréatite</i>
<i>Système reproducteur</i>	<i>Dysfonction érectile Menstruations irrégulières Infertilité</i>
<i>Locomoteur</i>	<i>Trauma Ecchymoses importantes</i>
<i>Psychologique</i>	<i>Insomnie Fatigue Dépression Anxiété</i>
<i>Comportemental</i>	<i>Infidélité aux rendez-vous et aux traitements Demande de substances psychotropes</i>
<i>Social</i>	<i>Trouble conjugal Violence familiale Absentéisme à l'école ou au travail Baisse de performance Conduite en état d'ébriété</i>

Tableau adapté de Brands (Brands, Kahan et al. 2000)

3.4.5 TESTS DE LABORATOIRE

Le *CSAT* ne recommande pas l'utilisation régulière de tests de laboratoire comme instrument de dépistage en première ligne (Sullivan and Fleming 1997). Par contre, les tests de laboratoire peuvent être utiles pour compléter l'évaluation, confirmer le diagnostic, établir une valeur de base puis surveiller l'évolution, particulièrement les GGT (gamma glutamyl transpeptidase). Un test de laboratoire positif peut être un incitatif puissant pour motiver les patients.

Le GGT est élevé chez environ 75 % des individus qui sont dépendants à l'alcool; cette sensibilité varie de 60 % à 90 %. Chez les buveurs à risque sans évidence de dépendance, la sensibilité est plus basse (20 % à 50 %) particulièrement en première ligne. La consommation de plus de 40 g (3 unités) d'alcool par jour augmente le GGT chez les alcooliques chroniques tandis que chez ceux qui boivent peu, au moins 60 g par jour, pendant 5 semaines, est nécessaire. Dans la population générale, le GGT est corrélé positivement à la consommation d'alcool. Le GGT est élevé chez 20 % des hommes et 15 % des femmes qui consomment environ 40 g d'alcool par jour et chez 40 % à 50 % des hommes et 30 % des femmes qui consomment plus de 60 g par jour. La demi-vie du GGT est de 14 à 26 jours et son dosage retourne habituellement à la normale de 4 à 5 semaines après l'arrêt de l'alcool. Malgré son manque de spécificité, 50 % à 72 % des niveaux élevés des GGT peuvent être expliqués par une consommation excessive d'alcool. Une augmentation du GGT, en l'absence d'autres causes évidentes, doit toujours nous faire suspecter un abus d'alcool, et

une diminution rapide du GGT suite à l'abstinence confirme cet abus (Sharpe 2001).

Selon le groupe de travail présidé par Michel Reynaud (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 2002) : « La GGT est une enzyme membranaire d'origine hépatique bien connue autant par les patients que par les praticiens... Il y a diverses interférences à répertorier comme la cirrhose du foie, les cholestases hépatiques, les cardiopathies, le diabète et bien sûr certains traitements inducteurs enzymatiques comme les antiépileptiques. À cause de la faible sensibilité et spécificité de la GGT dans le dépistage des patients ayant une consommation nocive d'alcool, ce marqueur biologique, utilisé seul, ne s'avère pas efficace comme moyen pour objectiver le diagnostic ».

Selon Allen (Allen and Litten 2001), une consommation chronique de 4 consommations ou plus par jour, pendant 4 à 8 semaines, augmente de façon significative la GGT, du moins chez les alcooliques. Il faut habituellement de 4 à 6 semaines d'abstinence pour que la GGT retourne à un niveau normal. La capacité de ce test à détecter une consommation élevée d'alcool dans le passé récent en permet l'utilisation pour monitorer l'abstinence chez les alcooliques en traitement. La GGT est aussi élevée dans les conditions suivantes : certaines maladies rénales, traumatismes sévères, hyperthyroïdie, tabagisme, obésité et utilisation de barbituriques (Allen, Litten et al. 1998).

« Le VGM (volume globulaire moyen) est un marqueur d'un alcoolisme déjà installé. Sa demi-vie étant de trois mois, il est plutôt

3. Dépistage

considéré comme un marqueur du long terme. On ne peut pas le considérer comme témoin précoce car sa sensibilité est trop faible pour être un marqueur utile dans le dépistage de l'usage nocif d'alcool. L'étude sur l'objectivation de l'abus d'alcool par des marqueurs biologiques, a trouvé une sensibilité de 24 %, une spécificité de 96 %. C'est-à-dire que 76 % des patients présentant un abus d'alcool ne seront pas détectés en utilisant le VGM. Par contre, dans l'alcoolodépendance, la sensibilité augmente à 63 %. La spécificité du VGM est élevée, mais sa sensibilité est trop faible » (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 2002). Le VGM peut être élevé dans la déficience en acide folique ou en vitamine B₁₂, dans l'hypothyroïdie, dans les maladies du foie non alcooliques, dans le tabagisme et avec l'utilisation de médicaments antiépileptiques. (Allen, Litten et al. 1998). Selon le NIAAA, le VGM augmente après une consommation excessive d'alcool (60 g) d'une durée 4 à 8 semaines. Sa spécificité élevée nous permet de détecter une rechute

après une longue période d'abstinence. Il faut 3 mois d'abstinence pour que le VGM revienne à la normale.

La principale faiblesse du VGM est sa basse sensibilité (40 % à 50 %), tant dans les milieux hospitaliers qu'en première ligne; mais sa spécificité est grande (80 % à 90 %) et très peu de personnes abstinentes ou de buveurs sociaux auront des valeurs élevées de VGM (Sharpe 2001).

3.5 LE DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION DE DROGUES

3.5.1 CAGE ADAPTED TO INCLUDE DRUGS (CAGE-AID)

Le seul outil de dépistage de drogues ayant été validé, pour utilisation dans un contexte de soins de première ligne, est le *CAGE-AID*. Trois études ont étudié les propriétés du *CAGE-AID* (Brown and Rounds 1995) (Brown, Leonard et al. 1998; Dyson, Appleby et al. 1998).

AUTEUR	MILIEU	NBRE SUJETS	ÉTALON	RÉSULTAT	SENSIBILITÉ	SPÉCIFICITÉ
Brown, 95	Médecine familiale	124	DIS-R	≥ 1 ≥ 2	,79 ,70	,77 ,85
Dyson, 98	Hôpital psychiatrique	100	SCID-P	≥ 1 ≥ 2	,86 à ,97 ,66 à ,83	,41 à ,87 ,52 à ,91
Brown, 98	Hôpital général	363	DIS-R puis CIDI-SAM	≥ 1	,709	,757

Le *CAGE-AID* a une moins bonne sensibilité pour les individus avec des problèmes légers d'abus de drogue ou débutants (Brown and Rounds 1995). La sensibilité du *CAGE-AID* est moins bonne chez les femmes.

Comme le *CAGE*, le *CAGE-AID* se base sur la présence de problèmes à vie. Certains patients, avec des problèmes dans le passé, peuvent donc avoir un test positif alors que des adolescents et ceux n'ayant pas encore subi de conséquences négatives de leur usage de drogue auront un test négatif. Pour cette raison, il est recommandé de demander aussi : « Avez-vous utilisé des drogues de rue plus de cinq fois dans votre vie ? ». Une réponse positive devrait suggérer de poursuivre le dépistage plus loin et possiblement de faire une évaluation.

Reynaud (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 2002) propose, pour une évaluation rapide de l'abus ou de la dépendance au cannabis, le *CAGE-Cannabis* où 2 réponses positives et plus évoquent une consommation nocive.

De plus, pour les groupes à risque élevé, le *CSAT* (Sullivan and Fleming 1997) recommande de dépister simultanément au questionnaire, l'alcool et les drogues (les groupes à risque incluent les populations ayant des troubles psychiatriques, de comportement, des problèmes sociaux ou familiaux, ou présentant des facteurs de risques génétiques). De plus, les patients se sentiront habituellement moins menacés si les questions concernant l'usage de drogue sont associées aux questions sur l'alcool que si elles sont posées seules.

3.5.2 SEVERITY OF DEPENDANCE SCALE (SDS)

Selon April (April and Rouillard 2001) « le *Severity of Dependance Scale* (SDS) a été conçu pour mesurer le degré de dépendance à différentes drogues. Ce test bref est composé de cinq items, chacun d'eux mesurant des éléments psychologiques de la dépendance (Gossop, Darke et al. 1995). Contrairement au *DAST*, qui concerne la consommation de toutes drogues confondues, le SDS est conçu pour que l'individu y réponde en pensant à une substance particulière, quitte à reprendre autant de fois la série de cinq questions en fonction du nombre de substances jugées problématiques. Les études réalisées en Angleterre et en Australie démontrent la validité de ce test pour mesurer la sévérité de la dépendance à l'héroïne, à la cocaïne, aux amphétamines (Gossop, Darke et al. 1995; Topp and Mattick 1997), au cannabis (Swift, Copeland et al. 1998) et aux benzodiazépines » (de las Cuevas, Sanz et al. 2000).

3.6 DÉPISTAGE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

3.6.1 GÉRIATRIE

Parce que les signes avertisseurs d'abus de substances (problèmes de sommeil, chutes, pertes cognitives, dépression, irritabilité, isolement, détérioration de l'hygiène, douleurs chroniques, malnutrition etc.) peuvent facilement être confondus ou masqués par d'autres maladies concomitantes, plus fréquentes chez les personnes âgées, le *CSAT* (Blow 1998) recommande de dépister tous les adultes âgés de 60 ans et plus pour l'abus d'alcool et de médicaments lors de

3. Dépistage

leur examen physique régulier. À tout le moins, les personnes âgées qui vivent des changements importants (déménagement, retraite, deuil, etc.) doivent être dépistées.

Pour dépister l'usage de médicaments, le médecin peut poser des questions comme :

- voyez-vous un autre médecin régulièrement ? Pourquoi ?
- avez-vous des problèmes avec les médicaments que vous prenez ?
- allez-vous à plus d'une pharmacie ?
- utilisez-vous des médicaments non prescrits ? Si oui, lesquels, pourquoi, combien et depuis quand ?

L'*AUDIT* s'est avéré efficace pour le dépistage des problèmes liés à l'alcool chez les personnes âgées dans plusieurs études (Clay 1997; Reinert and Allen 2002), mais pas dans d'autres qui montraient une sensibilité entre 0,50 et 0,60 (Morton, Jones et al. 1996; Bradley, Bush et al. 1998; Bush, Kivlahan et al. 1998). Il se peut qu'à cause d'une tolérance diminuée avec l'âge, les personnes âgées aient des problèmes avec des niveaux de consommation plus bas que les plus jeunes; un résultat bas aux 3 premières questions de l'*AUDIT* quantifiant la consommation pourrait être trompeur (Reinert and Allen 2002). De plus, les problèmes liés à la consommation de l'alcool ne dépendent pas seulement de la quantité consommée, mais aussi des maladies physiques et/ou mentales associées, des médicaments et de l'état fonctionnel (Fink 1998).

Lorsque les instruments à autodéclaration sont utilisés, il faut tenir compte de la disposition du client à se montrer ouvert et honnête au sujet de son comportement. La honte, la culpabilité, le déni et la croyance voulant qu'ils doivent être capables de régler leurs propres problèmes peuvent empêcher les personnes âgées de parler en toute franchise (Santé Canada 2003).

« Les experts clés ont signalé que les services d'approche reposant sur un modèle de réduction des méfaits sont les plus efficaces pour faire le lien entre les personnes âgées et les services de traitement... Des services coordonnés et complets de gestion de cas devraient être offerts aux personnes âgées au besoin » (Santé Canada 2003).

3.6.2 GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Il est recommandé que les femmes enceintes s'abstiennent de toute consommation d'alcool ou de drogues. À cause des risques pour le fœtus, les cliniciens de première ligne doivent questionner toutes les femmes enceintes sur leur consommation.

Blondel (1993) fait les recommandations suivantes :

- le but du dépistage prénatal est d'améliorer les soins aux patientes et non pas de punir les femmes toxicomanes;
- il faut demander de façon routinière à toutes les femmes enceintes de décrire leurs usages passés et présents de tabac, d'alcool et de drogues illicites. Il est recommandé de questionner sur les drogues légales et puis, de façon progressive, sans juger, de questionner sur les drogues illicites;

- utiliser plusieurs méthodes de dépistage comme le questionnaire, les tests de laboratoire, les dépistages urinaires;
- conseiller avec soin les femmes enceintes au 1^{er} trimestre, sur les dangers du tabac, de l'alcool et des autres drogues;
- être vigilant sur les signes et symptômes comportementaux, physiques, psychosociaux, de l'abus de substances chez la mère;
- un dépistage universel par les tests de laboratoire n'est pas recommandé.

Birchfield (Birchfield, Scully et al. 1995) a étudié les politiques de 49 hôpitaux de la région de Chicago pour le dépistage des femmes enceintes. Les critères les plus souvent cités pour dépister les mères et les enfants étaient l'admission en entrevue de l'utilisation de drogues, la suspicion par le soignant de l'utilisation de drogues, un diagnostic de séropositivité au VIH ou de maladie sexuellement transmise chez la mère ou une combinaison de ces critères. Durant le travail, le personnel citait les facteurs suivants pour suspecter un abus de drogues : le style de vie de la cliente, le fait que le conjoint de la cliente utilisait de la drogue, une histoire ou des signes d'utilisation d'alcool et de drogues, des soins prénataux absents ou tardifs, des complications médicales et un comportement anormal de la cliente. Dans les unités néonatales, les comportements suivants laissaient suspecter une utilisation de drogues chez la mère : des problèmes d'alimentation, un inconfort et des signes de sevrage comme l'irritabilité, l'excitation, un cri à tonalité élevée, des conditions médicales comme des anomalies anatomiques, un petit poids de naissance et des hémorragies intraventriculaires. Enfin,

l'auteur rappelle que l'analyse du méconium peut détecter l'utilisation de cocaïne, de cannabis, d'opiacés et d'autres drogues jusqu'à 20 semaines avant l'accouchement.

Dans un hôpital urbain, McLellan (McLellan 1995) a démontré que 32 % des femmes qui n'avaient pas eu de soins prénataux testaient positives pour la cocaïne dans leur urine, en comparaison avec 2,5 % chez les femmes qui avaient eu des soins prénataux adéquats. Cette différence se retrouvait aussi chez les femmes dépistées positives pour les opiacés et le cannabis.

Alcool

Russel (Russell, Martier et al. 1994) a étudié l'efficacité de cinq questionnaires de dépistage de l'alcool chez 4 743 femmes américaines qui avaient rapporté avoir déjà bu, dans une clinique prénatale d'un centre urbain. L'étude a confirmé l'utilité de questionnaires brefs qui évaluent la quantité d'alcool indirectement, en demandant aux femmes leur tolérance aux effets de l'alcool, les conséquences psychologiques de la consommation d'alcool et les préoccupations des personnes significatives. Le *T-ACE* consiste en quatre items dont trois sont semblables au *CAGE*. La quatrième question est une question qui porte sur la tolérance : « combien de consommations vous faut-il pour vous sentir high ? ». Le *TWEAK* consiste en cinq items : trois qui sont semblables au *T-ACE* dont deux du *CAGE* et deux autres empruntés du *MAST* qui sont : « est-ce que votre épouse et des parents se sont déjà plaints ou ont été inquiets à propos de votre consommation ? » et « avez-vous déjà été réveillé le matin après avoir bu la nuit auparavant et

3. Dépistage

ne vous rappelant pas ce que vous aviez fait la veille ? ». L'étude validait le *T-ACE* et fournissait une évidence préliminaire que le *TWEAK* était encore meilleur avec une sensibilité de 79 % et une spécificité de 83 %.

« Cherpitel (Cherpitel 1997) a examiné plusieurs protocoles de dépistage brefs et a constaté que l'*Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* et le *TWEAK* sont plus sensibles pour les femmes que le *CAGE* ou la formule abrégée du *Michigan Alcohol Screening Test (MAST)*. Tous les protocoles de dépistage ont été trouvés plus sensibles pour les hommes que pour les femmes; la réduction des valeurs limites du *TWEAK*, du *CAGE* et du *AUDIT* a amélioré la sensibilité, sans réduire substantiellement la spécificité pour les femmes » (Roberts and Nanson 2000).

Dans une étude de 350 femmes enceintes à Boston, le *T-ACE*, l'*AUDIT* et des facteurs cliniques (*craving* d'alcool dans la dernière semaine, soins obstétricaux de routine, âge supérieur à 30 ans, reconnaissance tôt de la grossesse) ont identifié chacun 65 % à 70 % des femmes prenant de l'alcool, tandis que le *SMASST* seul dépistait moins de femmes. Une mention de la consommation d'alcool se retrouvait au dossier de seulement 20 % des femmes enceintes (Chang, Goetz et al. 1999).

Les femmes peuvent quantifier leur consommation d'alcool avec plus d'exactitude dans un questionnaire auto-administré ou informatisé que dans une entrevue (Russell, Martier et al. 1996). Comme le *TWEAK* et le *T-ACE* ne comportent pas de questions sur les quantités,

Sokol (Sokol, Martier et al. 1989) suggère de faire un suivi auprès des femmes dont les réponses indiquent des problèmes d'alcool et de poser des questions sur les quantités d'alcool consommé actuellement et au moment de la conception.

Quoique l'*AUDIT* n'a pas été développé spécifiquement pour les femmes enceintes, il comporte deux avantages. Il peut distinguer entre les consommations légères et sévères et il inclut une question sur le boire excessif (6 consommations ou plus en une seule occasion), qui aide à identifier les femmes enceintes qui ont consommé des doses élevées d'alcool dans une période de 24 heures. Le principal problème avec ce questionnaire est qu'il ne peut déterminer exactement à quel moment de la grossesse l'exposition est survenue (Savage, Wray et al. 2003). On peut, en plus d'utiliser l'*AUDIT* pour mesurer la consommation de la dernière année, utiliser un *AUDIT* modifié ne comptant les consommations que depuis le début de la grossesse. Toute consommation d'alcool lors d'une grossesse doit nous amener à quantifier les consommations, au moins par trimestre de grossesse.

Il a été démontré aussi (Ylikorkala, Stenman et al. 1987) qu'une élévation du volume moyen des globules rouges et de l'enzyme hépatique GGT prédit le niveau de consommation d'alcool et les anomalies congénitales reliées à l'alcool chez les femmes enceintes ayant des problèmes de consommation d'alcool.

Drogues

Lorsqu'on utilise seulement les données d'utilisation rapportées par la mère à l'entrevue, nous pouvons manquer beaucoup de cas positifs. Dans une étude à Boston, Zuckerman (Zuckerman, Frank et al. 1989) a montré que, malgré que les femmes savaient que leurs urines allaient être analysées, 26 % des femmes qui ont testé positives pour le cannabis et 45 % des femmes qui ont testé positives pour la cocaïne ont nié avoir utilisé la drogue en question durant leur grossesse. Dans une autre étude en Californie, Gillogley (Gillogley, Evans et al. 1990) a prouvé que 48 % des femmes qui avaient testé positives pour la cocaïne, les amphétamines ou les opiacés dans des tests d'urine, n'avaient pas utilisé de la drogue durant leur grossesse.

Le comité de bioéthique de la Cité de la Santé de Laval a publié ses recommandations sur le dépistage de la cocaïne chez les nouveau-nés (Cité de la Santé de Laval 1994). Compte tenu du fait que le test de dépistage de la cocaïne dans les urines du nouveau-né est utile pour les médecins, mais non indispensable à l'amorce d'un traitement de l'enfant, et compte tenu de l'importance de maintenir une relation de confiance avec la mère, il est recommandé ce qui suit :

1. La mère de l'enfant doit être informée des problèmes de son enfant et la relation doit être établie entre les problèmes du nouveau-né et la consommation de cocaïne par la mère.
2. L'autorisation doit être demandée à la mère pour que le test de dépistage de cocaïne dans les urines du nouveau-né soit fait. Si la

mère refuse de donner son consentement, ce refus doit être respecté.

3. L'information doit être donnée à la mère à l'effet que son enfant devra être transféré aux soins intermédiaires et qu'il devra être mis sous surveillance étroite. Advenant le refus de la mère, les recours légaux doivent être utilisés au nom de la protection de l'enfant.

Selon Koren (Koren and Klein 1997), compte tenu de la grande complexité des interrelations entre les droits de la mère et ceux du fœtus, ainsi que de l'extrême diversité des opinions qui existent concernant le dépistage des drogues, il est très peu probable que le dépistage systématique soit adopté pour les mères des nourrissons. Les données de leurs recherches laissent clairement entrevoir qu'il peut être suffisant de ne faire des analyses que dans les cas où des soupçons reposent sur des signes non spécifiques d'exposition à la cocaïne. Comme les cheveux des nouveau-nés poussent au cours du dernier trimestre de la grossesse, un résultat positif d'analyse des cheveux indique que la consommation maternelle de cocaïne s'est poursuivie longtemps après l'annonce de la grossesse et qu'il existe une possibilité de dépendance. La confirmation de l'exposition intra-utérine par l'analyse des cheveux permet d'intervenir plus tôt, afin d'assurer les soins appropriés au nourrisson et à la mère. Dans les cas positifs, il convient de suivre de près la mère et le nourrisson, de leur offrir des soins postnatals, du soutien, des conseils en matière de contraception, les visites d'une infirmière en santé communautaire ainsi qu'une formation visant à perfectionner les aptitudes parentales. En résumé, le 1^{er} test à effectuer pour déceler la présence de cocaïne chez la

3. Dépistage

bébé devrait être l'analyse d'urine. Si cette analyse donne un résultat positif, il n'est pas nécessaire de poursuivre plus avant. Par contre, si elle donne un résultat négatif, l'analyse des cheveux constitue le meilleur choix.

Après consultation de 33 groupes focus comprenant des femmes enceintes et des intervenants, Howell (1998; Howell and Chasnoff 1999) émet les recommandations suivantes :

- des services complets et intégrés pour les femmes aux niveaux régional et local;
- les projets doivent être bien implantés dans la communauté car cela prend du temps pour changer les attitudes des patientes et des intervenants;
- les programmes doivent atteindre toutes les femmes;
- les réponses doivent être rapides. Lorsqu'on a dépisté un cas possible, une évaluation complète doit être faite en dedans de 24 heures et un traitement mis en place en dedans de 24 heures après la décision de la patiente;
- les programmes doivent être interdisciplinaires. Les intervenants doivent avoir une expertise en toxicomanie, en soins prénataux, en protection de l'enfance, en intervention familiale et pouvoir aider pour la garde des enfants et le transport.

Il existe une preuve modérée et un certain consensus chez les experts que les services à guichet unique répondant à l'ensemble des besoins de services de santé et sociaux des femmes enceintes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie (par exem-

ple : aide au transport et pour la garde des enfants, éducation, formation professionnelle, placement en emploi, logement, alimentation et soutien du revenu, et aide à l'accès aux services de soins de santé et de santé mentale) sont efficaces pour engager les femmes dans le traitement et les inciter à persévérer (Roberts and Nanson 2000).

Il existe une preuve modérée que la thérapie d'entretien à la méthadone (TEM) dans le contexte de soins complets a un impact positif sur la santé de la mère et l'issue de la naissance pour les mères opiomanes. L'accès prioritaire à la TEM pour les femmes enceintes et les éléments de programmes qui éliminent les obstacles au traitement devraient être considérés dans la conception du programme. Les lignes directrices de dosage de la méthadone devraient tenir compte des changements du métabolisme de la méthadone qui peuvent se produire aux derniers stades de la grossesse (Roberts and Nanson 2000).

3.6.3 PÉDIATRIE

Parce que la prévalence d'utilisation chez les adolescents est très élevée et que des interventions précoces avec ce groupe devraient être très efficaces, les cliniciens de première ligne doivent faire un dépistage routinier chez ces patients. Selon l'Association Médicale Américaine, on doit questionner tous les adolescents annuellement sur leur utilisation de tabac, d'alcool, de drogues illicites, de médicaments prescrits et non prescrits, y compris les stéroïdes anabolisants (Elster and Kuzets 1994). Il est relativement facile d'identifier les problèmes sévères reliés à l'alcool chez l'adolescent, mais il est plus difficile de dé-

pister un problème de consommation émergent (Werner and Adger 1995).

Pour les adolescents à risque élevé d'abus de substances, on doit réévaluer la consommation aux six mois. Tous les adolescents qui reçoivent des soins en santé mentale doivent être dépistés de façon systématique, de même que les adolescents se présentant à l'urgence pour traumatisme, les itinérants, les jeunes en lien avec la Direction de la protection de la jeunesse et les décrocheurs scolaires (Winters 1999).

Le médecin doit aussi dépister les parents abusant de substances psychoactives, car leur consommation peut affecter les enfants et constitue un facteur de risque important pour l'abus de substances chez l'enfant (Werner and Adger 1995).

Dans un échantillon de 3 564 étudiants au collège, en Belgique, âgés en moyenne de 18 ans, l'*AUDIT* à un résultat de 6 ou plus, avait une sensibilité de 80 % et une spécificité de 78 %, une valeur prédictive positive de 37 % et une valeur prédictive négative de 77 %. La prévalence de problèmes reliés à l'alcool était de 14,1 %. L'*AUDIT* performait mieux que le *CAGE* (Aertgeerts, Buntinx et al. 2000). Chung (Chung, Colby et al. 2000) a modifié trois questions de l'*AUDIT* pour les rendre plus appropriées pour l'adolescent : six boissons ou plus en une occasion, incapacité de se souvenir de la nuit précédente et prise de l'alcool dès le matin pour se remettre en forme. Cet *AUDIT* modifié était efficient à un point de césure de 4 chez des adolescents à l'urgence.

DEP-ADO :

Le groupe de « Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec » (RISQ) a développé une grille de dépistage pour les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO). C'est un outil léger et facile d'utilisation, validé, utile au plan de l'intervention et de la référence, en continuité avec l'IGT-ADO. Elle est composée de 17 questions. Elle peut se passer en mode face à face ou auto-administré et prend de 10 à 15 minutes. Elle ne nécessite pas de formation. « Le calcul du résultat se fait à partir de six éléments principaux : la consommation des diverses substances au cours des 12 derniers mois et des derniers 30 jours, l'âge au début de la consommation régulière, le boire excessif, l'injection de substances ainsi qu'un certain nombre de méfaits associés à la consommation. La consommation de tabac est abordée, mais n'est pas prise en compte dans le calcul du résultat. Enfin, une dernière question porte sur des informations générales : sexe, âge, niveau scolaire. Les résultats, ou « Feux » permettent d'établir une typologie graduée. » (Landry, Guyon et al. accepté pour publication).

3. Dépistage

FEU VERT	Résultat de 13 ou moins	Pas de problème évident
FEU JAUNE	Résultat de 14 à 19	Problème en émergence (intervention souhaitable en première ligne)
FEU ROUGE	Résultat de 20 ou plus	Problème évident (intervention suggérée en deuxième ligne)

Une étude approfondie menée par le *RISQ* sur les qualités psychométriques de la grille, tant au plan de la validité (de construit, de critère et convergente) que de la fidélité (test-retest, inter modes de passation, cohérence interne) a confirmé la validité et la fidélité de la DEP-ADO.

« Les intervenants de première ligne de plusieurs régions du Québec (dans les écoles, les centres jeunesse, les tribunaux pour jeunes) l'utilisent comme outil de dépistage et d'orientation vers les services spécialisés de traitement. Les résultats à la DEP-ADO et la classification par feux s'avèrent également, de l'aveu des intervenants qui l'utilisent, un instrument de prise de conscience pour le jeune et une ouverture sur une intervention motivationnelle. Ils favorisent l'ouverture d'un dialogue entre l'intervenant et le jeune et permettent l'exploration de voies de solutions. Par ailleurs, le DEP-ADO a eu dans plusieurs régions des répercussions positives sur l'organisation des services. Elle est devenue un standard commun qui facilite le passage d'une ressource à l'autre » (Landry, Guyon et al. accepté pour publication).

L'*American Academy of Pediatrics* a émis les recommandations suivantes à l'intention de ses membres (1998) :

Les pédiatres devraient :

- être au courant de l'étendue des problèmes de consommation et d'abus de drogues, de tabac et d'alcool dans leur communauté, ainsi que de leurs conséquences pour la santé;
- discuter de prévention et de promotion de la santé incluant le tabac, l'alcool et les autres drogues dès la première visite incluant la visite prénatale. Les opportunités de discuter des abus de substances peuvent avoir lieu lors d'examen de routine aussi bien que lorsqu'il y a une visite pour une blessure ou un épisode de maladie;
- être alertes aux signes et symptômes suggestifs d'abus de substances et être capables d'identifier les enfants et les adolescents qui présentent des comportements les mettant à risque de développer un problème de tabagisme, d'alcool ou de drogue (**annexe 3**);

- être capables d'évaluer la nature et l'étendue des habitudes de consommation de leurs patients et des familles de leurs patients afin d'offrir les conseils appropriés (intervention brève) concernant les risques liés à l'abus de SPA et pouvoir évaluer si une référence pour du counseling supplémentaire est nécessaire;
- procéder à l'entrevue, seuls avec l'adolescent, afin d'obtenir une information valable et confidentielle concernant l'utilisation de drogue et/ou de problèmes associés;
- être au courant des ressources communautaires spécialisées dans l'évaluation et le traitement des problèmes d'abus de substances;
- servir de personne ressource pour la prévention du tabagisme et effectuer les références, lorsque approprié, vers des ressources spécialisées;
- les enfants, adolescents et leur famille devraient être informés que même une utilisation à des fins récréatives d'alcool, de tabac et d'autres drogues par les enfants et les adolescents, indépendamment de la quantité ou de la fréquence, est illégale et pose des risques potentiels pour la santé;
- obtenir le consentement du patient avant d'effectuer un test de dépistage de drogue, à moins que son état mental ou son jugement ne soit altéré.

3.6.4 PSYCHIATRIE

Parce que les conséquences d'un abus de substances non traité sont graves chez les patients avec un trouble psychiatrique, et parce que l'abus de substances est souvent méconnu chez les patients avec un trouble

psychiatrique sévère, il est préférable de dépister un peu trop de clients que pas assez.

Certains ont recommandé un dépistage de routine chez tous les patients psychiatriques. Des tests répétés seraient utiles chez ceux à risque comme les patients avec des rechutes de leur trouble mental fréquentes, des crises d'agressivité, un domicile instable ou ceux qui reviennent d'un congé de fin de semaine. Les tests de dépistage courts comme le *CAGE* ou le *TWEAK* peuvent être pratiques; le *SMAST* est moins spécifique dans cette population.

L'*AUDIT* a démontré une bonne sensibilité et une bonne spécificité pour détecter les troubles liés à l'alcool chez les personnes avec un trouble mental sévère. Chez des patients en externe ayant un diagnostic de trouble psychiatrique sévère et persistant, Maisto et coll. ont trouvé, avec le point de césure habituel de 8, que l'*AUDIT* avec une sensibilité de 0,90 et une spécificité de 0,70 comparé au *Structured Clinical Interview Criterion (SCID)*. Pour ceux qui avaient des symptômes d'un trouble relié à l'alcool, mais qui ne rencontraient pas les critères au complet pour un diagnostic, la sensibilité était de 0,72 et la spécificité de 0,83 (Maisto, Carey et al. 2000). L'*AUDIT* a bien performé dans un groupe de patients avec une schizophrénie. À un résultat de 8 et plus, l'*AUDIT* avait une sensibilité de 0,87 et une spécificité de 0,890 lorsque comparé au *CIDI* (Dawe, Seinen et al. 2000).

3. Dépistage

3.6.5 URGENCE

Dans les urgences, l'évaluation clinique seule n'est pas suffisante. Yates (Yates, Hadfield et al. 1987) a rapporté que 32 % des patients avec une alcoolémie entre 85 mg % (26,6 mmol/L) et 200 mg % (43,4 mmol/L) étaient identifiés comme non intoxiqués et que 33 % des patients avec une alcoolémie en haut de 200 mg % étaient identifiés comme non ou peu intoxiqués. Plusieurs médecins de l'urgence croient pouvoir identifier un patient intoxiqué, mais ils surestiment, de façon constante, cette capacité (Rostenberg 1995). La sensibilité d'une alcoolémie positive, chez les patients victimes de trauma, pour détecter un abus ou une dépendance à l'alcool est de 52 % à 66 %. La spécificité varie de 82 % à 94 % (Dischinger, Mitchell et al. 2001).

En 1995, Cherpitel et Clark (Cherpitel and Clark 1995) ont rapporté que la performance de meilleurs instruments de dépistage par questions varie selon le genre, l'ethnie et le type de blessure. Le *TWEAK* et l'*AUDIT* étaient les meilleures mesures en comparaison du *CAGE*, du *MAST* (bref) et de l'échelle de trauma. Une seule question tirée du *TWEAK* et du *CAGE* (demandant aux patients s'ils avaient l'impression qu'ils devaient diminuer leur consommation d'alcool) était aussi sensible que tous les instruments de dépistage à travers la plupart des sous-groupes. Cependant, la spécificité n'était pas aussi bonne pour ce simple item.

Les avantages de l'*AUDIT* pour dépister les problèmes d'alcool chez les patients traumatisés sont qu'il a été conçu pour être utilisé en première ligne, qu'il est efficace pour

détecter la consommation à risque ou à problèmes précocement, et qu'il évalue la consommation de la dernière année (Rostenberg 1995). Dans une étude, l'utilisation des deux premières questions de l'*AUDIT* (quantité, fréquence) a démontré une sensibilité de 80 % à 88 % et une spécificité de 71 % à 82 % pour détecter la dépendance à l'alcool courante chez des victimes de traumatismes dans un département d'urgence (Soderstrom, Dischinger et al. 1998).

Le Collège américain des chirurgiens, par son comité sur les traumatismes, recommande depuis plus de 20 ans un dépistage systématique de l'alcool et des drogues pour les urgences avec une vocation de traumatologie; ce dépistage est considéré comme essentiel. En 1991, l'Association Médicale Américaine a adopté une résolution encourageant les centres hospitaliers à dépister l'alcool et les drogues chez les patients blessés à l'urgence et d'offrir une évaluation et un traitement à ces patients.

Brookoff (Brookoff, Campbell et al. 1993) rapporte que 63,7 % des urgences avec traumatologie de niveau 1 et 40 % des urgences avec traumatologie de niveau II, effectuaient des dépistages de routine pour l'alcool et les drogues. La plupart des centres de traumatologie incluait des questions sur l'abus de drogues ou d'alcool dans l'anamnèse (89,8 %); cependant, l'utilisation d'un test de dépistage standardisé n'était rapportée que dans 5,1 % des centres.

Le taux de prévalence chez les patients à l'urgence justifie amplement le besoin d'un dépistage de routine pour l'utilisation de substances. En terme d'efficacité, l'usage

de test de dépistage comme le *TWEAK* et l'*AUDIT* est simple et peu coûteux. Il est aussi recommandé qu'un examen mental soit effectué de routine chez les patients ayant abusé d'une substance.

Si ces questionnaires de dépistage simple sont positifs, il est recommandé de faire une alcoolémie et un dépistage urinaire de drogues dans les conditions suivantes : patient jeune et de sexe masculin, lorsqu'il y a une blessure ou comorbidité psychiatrique, lorsque la visite survient la nuit ou durant les fins de semaine. Si l'alcoolémie ou le dépistage de drogues dans l'urine sont positifs ou s'il y a une élévation des indices biochimiques d'abus d'alcool (GGT, VGM ou autres) ou si le tableau psychiatrique est compatible avec un abus de substances, il est recommandé d'évaluer, de façon plus approfondie, le patient (el-Guebaly, Armstrong et al. 1998).

Le *CSAT* recommande qu'une alcoolémie et un dépistage urinaire de drogues de rue soient faits de routine chez tous les patients, âgés de 14 ans et plus, admis à l'urgence pour un accident. Les patients avec une alcoolémie supérieure à 20 mg/dl (ou 20 mg %, le seuil légal étant de 80 mg %), un dépistage urinaire positif, un **GGT** élevé et un *AUDIT* positif doivent avoir une évaluation pour la toxicomanie (Rostenberg 1995).

3.7 LE RÉSULTAT DU DÉPISTAGE ET L'ÉVALUATION

Les patients qui ont un dépistage négatif parce qu'ils sont abstinents ou ont une consommation non problématique doivent être félicités de leur style de vie et renforcés

en ce qui concerne les bienfaits sur la santé. Dans les cas d'abstinence, les médecins doivent vérifier si elle reflète une abstinence depuis toujours, récente ou la rémission d'un problème antérieur de consommation.

Même si le premier dépistage est négatif, le *CSAT* (Sullivan and Fleming 1997) recommande un nouveau dépistage périodique pour l'abus de substances, car l'usage problématique peut varier durant la vie. Les problèmes suivants nécessitent un dépistage plus fréquent : hypertension, insomnie, diabète, ulcères réfractaires au traitement, demandes répétées de médicaments, perte de poids inexplicquée, infection cutanée, chutes fréquentes, fractures, lacérations ou brûlures répétées, violence domestique, dépression, maladies sexuellement transmises, etc.

Le médecin doit présenter les résultats d'un dépistage positif d'une manière non menaçante et sans jugement. Le type et la séquence des interventions suite au dépistage vont dépendre de plusieurs facteurs : la sévérité des problèmes, l'expertise du médecin de première ligne en toxicomanie et le besoin d'évaluation et de traitement spécialisé. Il peut continuer avec une brève évaluation pour poursuivre la démarche lors d'une visite ultérieure. Il peut aussi référer le patient à une ressource plus spécialisée.

L'évaluation en profondeur de l'abus de substances demande des habiletés spécialisées et peut durer de 1 1/2 heure à 2 heures. Les médecins de première ligne vont souvent référer les patients avec des problèmes sévères à des spécialistes pour évaluation et traitement. Les médecins doivent connaître les ressources existantes sur leur

3. Dépistage

territoire et avoir une connaissance de base de ces évaluations. Un médecin qui pratique dans un endroit isolé pourrait devoir assumer une plus grande responsabilité dans ces cas. Le médecin doit donc être capable de bien référer, de participer comme un membre de l'équipe de traitement et de suivre les progrès de son patient.

Une évaluation globale :

- examine les problèmes reliés à la consommation (médicaux, comportementaux, sociaux et financiers);
- collecte les données nécessaires pour les diagnostics formels;
- établit la sévérité du problème;
- aide à déterminer le niveau de soins approprié;
- guide la planification du traitement (déficits, habiletés, supports);
- définit le niveau de base de l'état du patient pour comparaison future (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 1995).

« Le clinicien ou l'intervenant de première ligne peut vouloir référer une personne à des ressources spécialisées parce qu'il considère qu'elle a besoin d'une évaluation plus élaborée. Il peut aussi référer un individu qui présente des problèmes sévères, comme la dépendance aux substances, pour qu'il reçoive des traitements spécialisés. C'est souvent le clinicien ou l'intervenant qui présente les options de traitement et qui réfère la personne aux services appropriés » (Botelho, Skinner et al. 1999).

Le processus de référence représente une transition au cours de laquelle le plan de

traitement risque d'être abandonné. Le clinicien de première ligne est responsable d'assurer la continuité des services tout au long du processus de référence (Botelho, Skinner et al. 1999). Il arrive qu'il soit responsable d'assurer le suivi de la personne après le traitement spécialisé.

Lorsqu'un patient est référé à un traitement spécialisé, le médecin peut continuer le suivi de différentes façons, dépendant du temps et des ressources disponibles. Il peut (Sullivan and Fleming 1997) :

- se renseigner sur les ressources spécialisées de traitement dans sa communauté;
- rester en lien avec les intervenants du programme spécialisé auquel il réfère le patient;
- demander des rapports sur le plan de traitement et les progrès de ses patients en traitement, avec la permission des patients;
- clarifier son rôle dans les soins continus du patient (traiter les conditions médicales spécifiées, écrire des prescriptions, vérifier la fidélité au traitement par des tests de laboratoire);
- renforcer l'importance de continuer le traitement auprès des patients et des proches;
- assurer le dépistage des rechutes et aider à la prévention de rechutes;
- continuer le suivi des patients qui cessent le traitement spécialisé;
- être prudent dans la prescription de médicaments psychotropes pour l'anxiété, l'insomnie, la douleur ou autres problèmes.

4. Interventions

4.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

Une personne qui a une consommation importante d'alcool ou de drogues mais qui n'est pas dépendante à ce ou ces produit(s) et qui n'a pas de diagnostic d'abus, peut très bien bénéficier de simples conseils pour réduire sa consommation. Une personne qui a un problème d'abus pourrait nécessiter une intervention en externe. Des interventions plus intenses, avec un objectif d'abstinence, seraient plus appropriées pour une personne dépendante à une ou à plusieurs substances. Plus la dépendance est sévère et moins grande est la capacité de contrôle, plus il est nécessaire de viser l'abstinence. Ces options doivent tenir compte des objectifs du client et s'accompagner des interventions pouvant réduire les méfaits. La planification de l'intervention sera différente pour une personne présentant une maladie psychiatrique concomitante (Maisto and McKay 1995).

4.2 INTOXICATION AIGUË ET SEVRAGE

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a publié un document sur l'intoxication à l'alcool et en publiera un sur la désintoxication au cours de l'année 2004.

4.3 INTERVENTIONS BRÈVES

Si les problèmes dépistés semblent légers à modérés, si d'autres conditions médicales peuvent être aggravées par la consumma-

tion, si le patient refuse une référence pour une évaluation ou un traitement, le médecin peut débiter une intervention thérapeutique brève, faite à son bureau. Une intervention brève est une technique de prévention secondaire que les médecins peuvent facilement incorporer dans leur pratique. En une ou quelques visites, le médecin explique les résultats du dépistage, donne de l'information sur les niveaux acceptables de consommation, conseille le patient sur un changement, évalue la préparation du patient à changer, négocie les buts et les stratégies pour le changement. L'intervention brève est peu coûteuse, peut se faire lors d'une entrevue de 10 à 15 minutes et dure de une à six séances.

4.3.1 EFFICACITÉ

Le but de l'intervention brève est d'aider les gens à réduire ou arrêter leur consommation d'alcool ou de drogue. Quoique l'abstinence peut demeurer un objectif à long terme, l'objectif premier de l'intervention brève est de réduire la consommation d'alcool à des niveaux de consommation à faible risque pour la santé. L'intervention brève peut avoir pour effet de diminuer la consommation d'un individu pour une durée allant jusqu'à 4 ans, chez les patients non dépendants dans le réseau de soins primaires et les hôpitaux (Wilk, Jensen et al. 1997), autant chez les hommes que chez les femmes (WHO Brief Intervention Study Group 1996) et pour tous les groupes d'âge au-dessus de 18 ans, incluant les personnes âgées (Fleming, Barry et al.

4. Interventions

1997). La plupart des recherches sur l'intervention brève ont porté sur des patients qui sont de gros buveurs plutôt que sur les dépendants à l'alcool avec des résultats encourageants. Une seule séance d'intervention peut diminuer la consommation d'alcool et ses conséquences néfastes de 10 % à 50 %.

Au moins 32 études contrôlées d'interventions brèves en première ligne sur plus de 5 518 patients montrent que de telles interventions sont plus efficaces que l'absence de traitement et peuvent être aussi efficaces que les traitements plus intensifs (Bien, Miller et al. 1993). Parmi les modalités qui ont été testées comme traitement pour les problèmes d'alcool, les interventions brèves sont de celles qui ont été l'objet du plus grand nombre d'études (74). Miller (Miller, Wilbourne et al. 2003) les a classées en quatre catégories : les interventions brèves (34 études dont 74 % positives), les thérapies motivationnelles (18 études dont 72 % positives), les manuels d'auto-changement (bibliothérapie) (17 études dont 59 % positives) et le monitoring de cas (5 études dont 80 % positives).

Kahan (Kahan, Wilson et al. 1995), dans une revue de 11 études d'interventions brèves, chez les buveurs à problèmes, a montré que les quatre meilleures études prouvaient que des interventions brèves diminuaient la consommation de 5 à 7 consommations par semaine.

Même des effets modestes chez 10 % à 30 % des patients sont importants à cause de la haute prévalence des problèmes liés à l'alcool et des nombreuses conséquences pour la santé publique (Bien, Miller et al.

1993). Bien que les études sur l'arrêt du tabac aient montré que quatre ou cinq séances étaient plus efficaces qu'une séance (Kahan, Wilson et al. 1995), et que des études ont montré que des séances additionnelles pouvaient amener une plus grande diminution de la consommation d'alcool, d'autres études n'ont pas démontré de différence entre une et plusieurs visites (Chick, Ritson et al. 1988; Babor, Grant et al. 1994) ou entre des séances de 5 minutes ou de 30 à 60 minutes (Chick, Ritson et al. 1988). Dans une méta-analyse comparant les interventions brèves (quatre sessions ou moins) à des groupes contrôles ou à des groupes avec une intervention plus longue, il y avait peu de différence entre les traitements brefs et les traitements plus longs sauf pour la période de trois à six mois après l'intervention (Moyer, Finney et al. 2002).

Une étude internationale faite par l'Organisation mondiale de la Santé (WHO Brief Intervention Study Group 1996) chez 1 260 hommes et 299 femmes sans histoire de dépendance à l'alcool, mais étant classés à risque selon l'*AUDIT*, recrutés chez les patients hospitalisés en hôpital général, dans des départements d'urgence et dans des cliniques de première ligne, a montré une diminution de la consommation d'alcool de 17 % par rapport à un groupe contrôle. Les deux méthodes de traitement, soit un counseling de cinq minutes ou une brève thérapie de groupe, avaient le même résultat. Les thérapeutes étaient dans 46 % des cas des infirmières, 18 % des médecins, 17 % des psychologues et 18,7 % d'autres professionnels.

« Par ailleurs, une étude (McIntosh, Leigh et al. 1997) réalisée en contexte de médecine familiale a montré des effets similaires pour trois types d'interventions brèves auprès de buveurs à risque : conseils brefs par le médecin (cinq minutes), deux sessions de 30 minutes où le médecin utilise des méthodes cognitives comportementales et deux sessions de 30 minutes où une infirmière utilise des méthodes identiques. Les auteurs concluent qu'il est possible que le fait qu'une personne soit soumise à des tests de dépistage et d'évaluation soit suffisant pour réduire la consommation. Il se peut aussi que les conseils et dépliants soient plus efficaces qu'on le pense. Finalement, l'effet serait le même que les conseils soient prodigués par un médecin ou une infirmière » (April and Rouillard 2001).

L'intervention brève peut réduire les coûts engendrés pour la société, comme le nombre de journées de maladie (Fleming, Mundt et al. 2000). Elle peut aussi diminuer les coûts d'utilisation du système de santé par la réduction des visites à la salle d'urgence, des jours d'hospitalisation (Fleming, Barry et al. 1997), des réadmissions (Gentilello, Rivara et al. 1999) et des visites en clinique privée (Israel, Hollander et al. 1996). Ce type d'intervention réduit aussi la conduite en état d'ébriété (Monti, Colby et al. 1999) et la mortalité (Monti, Colby et al. 1999).

Si un clinicien suspecte qu'un client a un problème de toxicomanie, l'éthique ne commande-t-elle pas une évaluation et une référence au besoin, sachant que les traitements sont efficaces (Rostenberg 1995) ? L'efficacité du dépistage est si évidente que

l'Association médicale américaine a recommandé formellement le dépistage de routine de tous les patients vus en première ligne et à d'autres niveaux de pratique médicale. L'Association recommande aussi que les médecins, lorsque le dépistage est positif, fassent une entrevue motivationnelle et une intervention brève (American Medical Association 1999).

Les études suggèrent qu'environ 60 % à 70 % des buveurs à problèmes ne répondent pas aux interventions brèves. Dans le projet « *TREAT* », les fumeurs de tabac ne répondaient pas aussi bien que les non-fumeurs. Dans cette étude, la dépression et les facteurs sociaux économiques ne prédisaient pas les réponses. D'autres études ont évalué la préparation au changement comme prédicteur et ont trouvé des résultats variables (Fleming 2003).

Une revue systématique récente avec méta-analyse des études contrôlées randomisées qui utilisait un dépistage de problèmes liés à l'alcool avant une intervention brève (entre une consultation de 10 minutes et cinq consultations de 5 à 20 minutes) a remis en question la faisabilité d'un dépistage en médecine générale (Beich, Thorsen et al. 2003). Dans les huit études, on a trouvé plusieurs sources de biais qui ont pu amener une surévaluation des effets de l'intervention. La validité externe était compromise parce qu'en moyenne 75 % des cas identifiés par le dépistage comme abusant d'alcool ne se sont pas qualifiés pour l'intervention brève après une deuxième évaluation. Pour 1 000 patients dépistés, 90 avaient un dépistage positif et nécessitaient une évaluation supplémentaire après laquelle 25 se qualifiaient pour une

4. Interventions

intervention brève. Après un an, 2,5 clients rapportaient qu'ils consommaient moins que le niveau maximum recommandé.

Dans une revue systématique avec méta-analyses, retenant 12 études sur les interventions brèves pour les buveurs à risque en première ligne, Ballesteros (Ballesteros, Duffy et al. 2004) n'a pas trouvé d'évidence claire d'une relation entre la dose et l'effet. Il a trouvé qu'une intervention minimale (avis simple) n'était pas meilleure que les soins usuels, mais que les interventions brèves (une session de 10 à 15 minutes avec possibilité de visites de suivi de 3 à 5 minutes) étaient plus efficaces que l'intervention minimale et comparables à des interventions brèves enrichies (avec des suivis de 10 à 15 minutes). Il y avait une différence de succès de 11 % entre l'intervention brève et les soins usuels (*odds ratio* = 1,6), ce qui veut dire qu'il faut traiter neuf buveurs à problème pour qu'un de ceux-ci ne soit plus un buveur à problème après six à douze mois.

Une intervention brève chez les usagers de cannabis a diminué le nombre de symptômes de dépendance et de problèmes liés au cannabis, a diminué la consommation d'environ 30 % et a augmenté les taux d'abstinence (Stephens, Roffman et al. 2000; Copeland, Swift et al. 2001).

4.3.2 SÉLECTION DES PATIENTS

Les interventions brèves s'adressent aux patients qui ont un dépistage positif (AUDIT ≥ 8 ou *CAGE-AID* ≥ 1), une consommation légère ou modérée d'alcool (plus grande que les niveaux recommandés), un usage occasionnel de cannabis ou d'autres drogues illicites et un abus des médica-

ments psychotropes. Les patients qui cotent très haut sur les tests de dépistage, qui consomment beaucoup, qui ont des symptômes de dépendance, des maladies physiques ou mentales compliquées nécessitent une évaluation en profondeur pour confirmer un diagnostic d'abus ou de dépendance. En général, les patients qui ont eu des problèmes récurrents ou importants dans la dernière année ayant interféré avec leurs rôles sociaux, causé des problèmes légaux, sociaux ou interpersonnels, ou des dangers pour le patient ou les autres sont moins susceptibles de répondre à une intervention brève.

Les patients qui ont une histoire antérieure de traitement spécialisé en toxicomanie auront probablement encore besoin d'un traitement spécialisé. (Bien, Miller et al. 1993; Kahan, Wilson et al. 1995). Cependant, les patients que le médecin soupçonne de dépendance peuvent résister, au début, à une référence en milieu spécialisé, mais accepter quand même une intervention brève avec le médecin. Cette intervention brève peut aider à diminuer le problème et à motiver le patient à accepter une référence.

4.3.3 MÉTHODES DES INTERVENTIONS BRÈVES

L'intervention brève, telle que définie dans plusieurs études (Bien, Miller et al. 1993; O'Connor and Kosten 1998; Beich, Thorsen et al. 2003; Graham and Fleming 2003) est habituellement constituée de trois à cinq séances qui durent de 5 à 60 minutes.

Selon plusieurs auteurs, six éléments forment la structure de l'intervention brève

pour laquelle l'acronyme suivant a été proposé (Miller 1996) :

Frames

- *Feedback* des risques associés;
- *Responsabilité* du patient;
- *Avis* donné au patient de modifier sa consommation;
- *Menu* de moyens de changer ses habitudes offert au patient;
- *Empathie* de la part du médecin;
- *Soi/confiance en soi* et optimisme stimulé chez le patient.

De plus, il est important de se fixer des objectifs et des visites de suivi afin d'augmenter l'efficacité de l'intervention brève (Graham and Fleming 2003).

Le « *Feedback* »

Le médecin avise le patient des risques associés au niveau de consommation. Il peut lui démontrer par certains indicateurs, comme des tests de laboratoire, que sa consommation lui fait du tort. Il informe son patient des conséquences physiques ou psychologiques néfastes liées à sa consommation (Kristenson, Ohlin et al. 1983; Heather, Campion et al. 1987; Fleming, Barry et al. 1997). Par exemple, le médecin peut informer le patient que sa consommation d'alcool contribue à un problème de santé actuel telle son hypertension ou peut augmenter le risque de développer d'autres problèmes de santé

(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 1995).

Il faut aussi « donner un feedback positif pour les actions et les efforts positifs du patient, du soutien et de l'attention. Il est utile de se souvenir que le patient est dans une dynamique d'échec, de critique interne (la culpabilité) et que le mode relationnel dominant dans son entourage est la critique. Le médecin est peut-être le seul qui puisse prendre le contre-pied de cette situation, et par conséquent créer une dynamique positive favorisant le changement » (Charon 2002).

Responsabilité du patient

L'impression de contrôle est reconnue pour motiver les changements de comportement (Miller and Rollnick 1991). Ainsi, l'intervention brève met souvent l'accent sur le choix et la responsabilité personnelle du patient à diminuer sa consommation (Edwards and Rollnick 1997).

L'Avis de changer

Dans certains cas, le médecin donne un conseil explicite de diminuer ou de réduire la consommation. En exprimant sa préoccupation au sujet de la consommation actuelle du patient et des risques potentiels pour la santé, le médecin peut discuter des normes de consommation plus sécuritaires (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 1995).

4. Interventions

Menu de moyens pour réduire sa consommation

Des études montrent clairement que l'offre de plusieurs alternatives de traitement, le choix étant laissé au patient, entraîne une meilleure adhésion et un meilleur résultat que la proposition d'un seul traitement.

Le médecin peut suggérer au patient une variété de moyens à partir desquels le patient peut faire un choix. Cela peut inclure une limite spécifique de consommation; apprendre à reconnaître, selon ses expériences antérieures, les situations à risque élevé qu'il devra éviter; planifier d'avance une quantité à respecter; diminuer le rythme de consommation et surtout, apprendre à faire face aux problèmes de la vie quotidienne qui peuvent entraîner la consommation (Sanchez-Craig, Annis et al. 1984; Sanchez-Craig, Spivak et al. 1991; 1996). Les professionnels de la santé distribuent fréquemment du matériel didactique (bibliothérapie) qui présente de telles stratégies et aide l'individu à les appliquer (Wallace, Cutler et al. 1988; Anderson and Scott 1992; Israel, Hollander et al. 1996). Ce genre de matériel inclut souvent un calendrier de consommation qui aide le patient à prendre conscience de ses journées d'abstinence et du nombre de consommations les jours où il boit (Heather, Champion et al. 1987). Il peut aussi noter les moments de tentations et les pressions sociales qui le poussent à consommer et y noter les alternatives qu'il a adoptées (Sanchez-Craig 1994). Lorsqu'on traite un patient présentant une dépendance, l'abstinence devient le but de l'intervention brève.

Empathie de la part du médecin

Une intervention chaleureuse et compréhensive est définitivement plus efficace qu'une attitude agressive, confrontante et coercitive (Bien, Miller et al. 1993). Miller et Rollnick (Miller and Rollnick 1991) ont démontré que l'utilisation d'une approche empathique entraînait une réduction de consommation de l'ordre de 77 % comparativement à 55 % avec une attitude confrontante.

Soi/confiance en soi et optimisme du patient

Le médecin doit, en intervention brève, encourager le patient à utiliser ses propres ressources afin de changer son comportement et à être optimiste en sa capacité de modifier ses habitudes de consommation (1997).

Composantes de l'intervention brève selon CSAT (Sullivan and Fleming 1997)

- *Feedback* au patient sur le résultat du dépistage et les risques pour sa santé;
- Conseils persuasifs pour un changement de comportement;
- Évaluation de la préparation au changement du client;
- Négociation des objectifs et des stratégies pour le changement;
- Suivi.

Feedback au patient sur le résultat du dépistage et les risques pour sa santé (*voir le contenu précédemment*)

Conseils persuasifs pour un changement de comportement (*voir le contenu précédemment*)

Évaluation de la préparation au changement du client

La plupart des études portant sur le synchronisme entre l'intervention et la volonté du patient d'entreprendre une démarche nous proviennent des études sur le tabac. Les conclusions de ces recherches ont été appliquées aux clients désireux de diminuer leur consommation d'alcool (O'Connor, Farren et al. 1997; Graham and Fleming 2003). Les patients ont plus de chances d'entreprendre un changement quand ils sont malades et qu'ils sentent qu'ils peuvent changer. Il est donc important d'évaluer si l'individu est prêt à changer afin d'adapter l'intervention de façon adéquate.

Une erreur fréquente est de proposer trop vite des changements avec comme conséquence d'importantes résistances. Le passage par des étapes progressives, éventuellement peu ambitieuses en termes de changement, est souvent nécessaire.

Négociations des buts

Les patients ont plus de chance de modifier leur consommation s'ils sont impliqués dans l'établissement d'un objectif (Ockene, Quirk et al. 1988; Miller and Rollnick 1991; Ockene, Adams et al. 1999). L'objectif est habituellement négocié entre le patient et son médecin et peut être présenté soit

comme une ordonnance médicale du médecin ou comme un contrat signé par le patient (Fleming, Barry et al. 1997; Kalant 1997).

Suivi

Le médecin s'assure du suivi des progrès du patient et le supporte dans ses efforts. Le suivi peut prendre la forme d'appels téléphoniques, de visites médicales, d'examen physique ou de tests de laboratoire.

4.3.4 CONNAISSANCES ET HABILITÉS ESSENTIELLES À L'INTERVENTION BRÈVE

Afin d'effectuer une intervention brève de qualité, le médecin doit posséder certaines connaissances, compétences et habiletés. Voici quatre habiletés essentielles :

1. une attitude de compréhension et d'acceptation;
2. être capable de faire de l'écoute active et d'aider le client à explorer et résoudre son ambivalence ;
3. être capable de se satisfaire d'objectifs intermédiaires;
4. posséder une excellente connaissance des stades du changement à travers lesquels le client doit passer avant, pendant et après le changement.

4.3.5 PROGRAMMES DE CONSOMMATION CONTRÔLÉE

« Les programmes de consommation contrôlée sont généralement des interventions cognitives comportementales brèves

4. Interventions

dont la stratégie principale est l'auto-enregistrement des consommations avec parfois l'obligation d'une période initiale de deux semaines d'abstinence. Les modalités et la durée varient d'un programme à l'autre. Le recrutement se fait sur une base volontaire et l'intervention est offerte aux personnes qui consultent spécifiquement pour un problème de consommation d'alcool » (Sanchez-Craig, Annis et al. 1984; Sanchez-Craig 1994; Robson, Edwards et al. 1995). Plusieurs médecins pratiquent ce modèle.

Selon April (April and Rouillard 2001), « Alcochoix est l'un de ces programmes. Il s'adresse à des personnes qui boivent de 15 à 35 consommations par semaine, qui ne sont pas dépendantes de l'alcool et qui n'ont pas de problèmes graves secondaires à leur consommation. Les personnes ont le choix entre trois formules. Selon la formule autonome, la personne reçoit un guide qu'elle utilise seule. La personne qui bénéficie de la formule dirigée reçoit le même guide et rencontre un intervenant à deux reprises. Dans la formule de groupe, les personnes participent à six rencontres de groupe, chacune d'une durée d'une heure et demie. Le programme a été évalué dans le cadre d'un projet pilote réalisé à Edmonton. Les participants ont réduit leur consommation moyenne hebdomadaire de moitié (de 22 par semaine à 11 par semaine). Il n'y avait pas de différence selon la formule utilisée (autonome, dirigée ou de groupe). L'étude ne comprenait pas de groupe témoin pour comparer l'efficacité du programme à l'absence d'intervention » (Robson, Edwards et al. 1995).

4.3.6 INTERVENTIONS MOTIVATIONNELLES

L'entrevue motivationnelle cible les doutes et les incertitudes des clients sur leur consommation et les changements nécessaires. Elle utilise différentes stratégies pour changer les croyances, les mauvaises perceptions et les attitudes en rapport avec l'alcool, tout en augmentant le sentiment d'efficacité et d'optimisme quant au changement. Différentes techniques amènent le client à résoudre leur ambivalence et à s'engager à changer : amener le client à parler de changement, augmenter la dissonance cognitive, écrire une balance décisionnelle, et négocier des objectifs proximaux (Zweben, Rose et al. 2003).

L'intervention brève de style motivationnel est basée sur les principes de la psychologie de la motivation et les stades du modèle du changement. L'intervention dure entre 1 et 3 séances. Elle utilise les six éléments du *FRAMES*, regroupement suggéré par Miller, pionnier de l'entrevue motivationnelle. Les principales différences avec l'intervention brève sont : plus d'interactions avec le client; les arguments pour le changement viennent du client; plus d'emphase sur un consensus avec le client; utilisation de techniques comme les reflets, le recadrage, la résolution de l'ambivalence avant d'amorcer un changement (Zweben, Rose et al. 2003).

4.4 MONITORAGE DE CAS

Le monitoring de cas (*case monitoring*) est un modèle de traitement conçu pour contrer les difficultés des modèles de traitements conventionnels à maintenir l'engagement

des clients dans le traitement pendant les trois à six mois qui suivent le début du traitement. Ce mode de traitement inclut une cédule flexible d'appels téléphoniques avec les clients après un traitement spécialisé ou une désintoxication (Stout, Rubin et al. 1999). Le monitoring de cas demande un mécanisme fiable pour contacter les clients durant un à deux ans. Plusieurs médecins pratiquent ce modèle.

Les principales composantes de ce monitoring sont :

- un contact continu de basse intensité avec le client à travers une interaction avec du support, empathique, sans jugement et suscitant la réflexion;
- un monitoring de la fidélité aux différents éléments du plan de soin, de l'abstinence et des problèmes significatifs de la vie courante;
- une aide pour un retour en traitement actif si nécessaire;
- ce monitoring est plus intensif qu'un suivi d'un projet de recherche, mais moins qu'un traitement traditionnel ou qu'une gestion de cas (Zweben, Rose et al. 2003);
- le monitoring de cas s'applique moins à ceux qui ont des problèmes chroniques sévères ou multiples.

4.5 L'INTERVENTION ET LES SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Dans une revue systématique sur l'efficacité des interventions brèves opportunistes pour les buveurs à problème dans les hôpitaux généraux, une seule étude sur huit a

montré une efficacité dans la réduction et la consommation d'alcool. Dans la plupart des études, le groupe contrôle rapportait aussi une diminution de la consommation de l'alcool (Emmen, Schippers et al. 2004).

4.5.1 GÉRIATRIE

Une intervention brève de deux séances de 10 à 15 minutes, données par un médecin de première ligne à des personnes âgées, a diminué de 34 % la consommation d'alcool, le boire excessif de 74 % et le pourcentage de personnes âgées consommant plus de 21 consommations par semaine, de 62 % (Fleming, Manwell et al. 1999).

4.5.2 GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Les interventions brèves pour réduire l'usage à risque d'alcool pendant la grossesse sont efficaces (Leutwyler, Daepfen et al. 2004). Dans plusieurs études, la majorité des femmes enceintes qui consommaient beaucoup d'alcool et qui ont eu du counseling ont réduit leur consommation d'alcool et ces réductions de consommation étaient associées à un taux plus bas du syndrome alcoolo-fœtal (National Institute Health 1996).

4.5.3 PÉDIATRIE

Deux études ont montré que les interventions brèves étaient efficaces chez des étudiants au collège buvant beaucoup d'alcool (Baer, Kivlahan et al. 1992; Marlatt, Baer et al. 1998) et plusieurs autres ont montré qu'elles étaient efficaces aussi pour des adolescents vus à l'urgence (Wagner, Brown et al. 1999). Dans une étude portant sur une séance d'entrevue motivationnelle, chez les

4. Interventions

adolescents âgés de 18 à 19 ans traités pour un problème d'alcool, dans une urgence, on a démontré une diminution des blessures liées à l'alcool par la suite (21 % vs 50 %) de même que des arrestations pour conduite automobile en état d'ivresse (3 % vs 23 %) (Monti, Colby et al. 1999).

4.5.4 PSYCHIATRIE

Les interventions motivationnelles qui ont été démontrées efficaces en toxicomanie ont été adaptées pour les personnes ayant aussi un trouble psychiatrique. Dans une étude pilote sur 30 sujets schizophrènes avec abus ou dépendance à l'alcool, une entrevue motivationnelle a amené une diminution significative du nombre de journées avec prise d'alcool et une augmentation de l'abstinence (Graeber, TB et al. 2003). Dans une autre étude, des patients hospitalisés en psychiatrie ont été dépistés avec l'*AUDIT*. Les patients qui ont reçu l'entrevue motivationnelle brève avaient une réduction plus grande de leur consommation hebdomadaire d'alcool après 6 mois (Hulse and Tait 2002). Cependant, après cinq ans il n'y avait plus de différences significatives avec ceux qui n'avaient eu que de l'information sur le délai après le traitement pour une hospitalisation liée à l'alcool. Les patients qui avaient eu une entrevue motivationnelle avaient moins d'hospitalisation en psychiatrie (Hulse and Tait 2003).

4.5.5 URGENCE

Conigrave (Conigrave, Burns et al. 1991) notait que 63 % des buveurs à problèmes dépistés à l'urgence n'avaient jamais eu de conseils sur leurs problèmes de toxicomanie. Davidson (Davidson, Koziol-McLain

et al. 1997) notait que seulement 13 % des patients intoxiqués à l'alcool à l'urgence avaient eu une référence en toxicomanie.

Le coût des soins de santé dû aux traumatismes liés à l'usage de psychotropes est très important. Presque la moitié des lits de traumatologie sont occupés par des patients blessés lorsque sous l'influence de l'alcool (Gentilello, Donovan et al. 1995). Ces coûts peuvent être réduits si les patients à risque sont identifiés avant qu'il y ait répétition des traumatismes ou apparition d'autres problèmes de santé. La plupart des alcooliques sont éventuellement vus à l'urgence. Les médecins de l'urgence sont dans une position privilégiée pour identifier les abus de substances lorsqu'ils traitent les traumatismes reliés à ces substances. La cause principale de décès chez les alcooliques est un trauma. La visite à l'urgence d'un patient intoxiqué est décrite comme une « fenêtre d'opportunité ». Il est reconnu que traiter les blessures seulement n'est pas en soi suffisant pour diminuer le risque de récurrence de traumatismes. Le coût de traitement des patients pour leurs abus de substances est moins que le coût relié aux futures blessures ainsi qu'aux autres problèmes reliés à l'abus de SPA.

Plusieurs modèles ont été décrits dans la littérature. En 1994, 59 % des centres de traumatologie aux États-Unis employaient 1 ou 2 conseillers en toxicomanie à temps plein (Soderstrom, Dailey et al. 1994). Le personnel de l'urgence, soit les médecins, les infirmières, le travailleur social ou d'autres professionnels peuvent être formés à évaluer et à faire des interventions brèves pour les clients avec problèmes de toxicomanie. Une autre possibilité est d'avoir une

entente de consultation par un service de toxicomanie. Ce service doit être avisé rapidement pour pouvoir intervenir à l'urgence avant le départ du client, afin d'évaluer le problème et de faire un plan de traitement.

La salle d'urgence représente souvent la porte d'entrée du patient alcoolique ou toxicomane. L'urgentologue est donc, lui aussi, dans une situation idéale pour effectuer une brève intervention en reflétant au patient la relation entre un problème de santé aigu et sa consommation d'alcool ou de drogues. L'étude de Chafetz et coll. (Chafetz, Blane et al. 1962) a démontré, dans le contexte d'une salle d'urgence, que 65 % des patients ayant une dépendance alcoolique recevant de brefs conseils concernant leur état allaient à un rendez-vous subséquent dans un centre de thérapie spécialisé comparativement à seulement 5 % pour ceux qui ne recevaient aucun counseling.

Dans une étude, sur 762 patients admis dans un centre de trauma, la plupart des patients avaient une dépendance à l'alcool modérée. Le traitement consistait en une intervention brève de 30 minutes puis à l'envoi d'une lettre, après 1 mois, résumant la rencontre. Après 12 mois, le groupe ayant reçu l'intervention brève buvait 22 unités d'alcool de moins par semaine comparé à une diminution de 7 unités dans le groupe contrôle. L'étude a aussi démontré une diminution de 48 % des réhospitalisations pour blessures avec un suivi de trois ans. Les patients dans le groupe avec intervention brève conduisaient moins l'auto en état d'ivresse (Gentilello, Rivara et al. 1999).

Nous décrivons enfin un programme de dépistage et d'intervention qui a reçu un prix d'excellence de la ville de Boston, et qui a été financé sur une base récurrente à cause des bénéfices ajoutés de ce programme (Bernstein, Bernstein et al. 1997). Il s'agit d'un programme à quatre étapes :

1. dépistage de cas;
2. consentement, engagement du patient et évaluation;
3. entrevue brève de négociation, discussion des options et des ressources;
4. références actives ou liens avec des services de support;
5. « Follow-up ».

Cinq personnes avec des expériences antérieures d'éducation de pairs, de travail dans la communauté, de gestion de cas ou de conseiller en toxicomanie ont reçu un entraînement supplémentaire. Une entrevue semi-structurée de 15 minutes était passée aux patients et les clients étaient approchés lorsqu'ils attendaient à la salle d'urgence. Les patients identifiés par le personnel de l'urgence comme abusant de substances étaient dirigés vers une de ces cinq personnes.

Si un problème d'abus de substances était détecté, les patients recevaient l'offre d'être engagé dans le projet en question (ASSERT). Deux tests de dépistages, le DAST-10 et l'AUDIT étaient alors administrés pour évaluer la sévérité du problème. Les patients marquaient de façon visuelle sur une règle leur degré de motiva-

4. Interventions

tion, variant de 1 à 10. Ensuite, une entrevue de négociation de traitement de 15 à 20 minutes avait lieu pour explorer le pour et le contre de l'usage de drogues et pour négocier les stratégies.

4.6 PHARMACOTHÉRAPIE

ALCOOL :

Naltrexone (ReVia)

La naltrexone est un antagoniste des opiacés qui a été approuvée en 1994 par la *Federal Drug Administration (FDA)* pour le traitement de l'abus et de la dépendance à l'alcool. Elle doit être utilisée avec des interventions psychosociales (O'Malley 1998). Son usage est recommandé par *AHCPR* et le *NIAAA*.

Les médecins utilisent peu la naltrexone aux États-Unis; entre 2 % à 13 % seulement des patients en traitement pour l'alcoolisme ont reçu de la naltrexone (Mark, Kranzler et al. 2003). Dans une étude ontarienne évaluant les opinions du personnel travaillant dans les services de traitements spécialisés en toxicomanie, sur 53 modalités de traitement, le traitement pharmacologique avait en moyenne une cote négative, comme pouvant nuire aux patients (Ogborne, Wild et al. 1998).

Le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)* (O'Malley 1998) mentionne les critères de prescription suivants :

- patients avec dépendance à l'alcool, stables au plan médical et qui ne prennent pas d'opiacés;

- absence d'hépatite aiguë ou d'insuffisance hépatique;
- patients ne nécessitant pas d'analgésie aux opiacés;
- patients ayant un support pour augmenter la fidélité au traitement;
- traitement psychosocial en même temps.

Obstacles à la prescription de naltrexone :

- faible promotion du fabricant;
- manque de formation des médecins en prégradués et en formation médicale continue;
- coût élevé de la médication (200,00 \$/mois); par contre, le médicament est sur le formulaire du gouvernement du Québec et est payé pour les bénéficiaires de l'Aide sociale;
- manque de médecins dans les milieux de toxicomanie : centres de réadaptation, organismes communautaires, etc.;
- réticence des groupes (12 étapes) favorisant l'abstinence aux médicaments psychotropes.

Le SAMHSA émet des recommandations pour implanter la prescription de naltrexone par tous les médecins (O'Malley 1998). Il suggère de mettre sur pied des projets pilotes ou des projets de recherche (études ouvertes) comprenant 20 à 50 patients suivis pendant trois à six mois et prenant de la naltrexone avec un traitement psychosocial standard. Il suggère aussi d'élaborer et de diffuser un protocole formel qui inclut les critères et les procédures

pour dépister et admettre les patients; pour conduire l'évaluation physique initiale et du suivi; pour référer les patients ayant besoin de services médicaux ou psychosociaux supplémentaires; pour cesser ou continuer le traitement; pour gérer les urgences pouvant survenir et pour évaluer l'efficacité et l'efficience du programme.

Volpicelli et coll. (Volpicelli, Pettinati et al. 2001) ont publié un livre proposant une approche pour le médecin combinant la médication et les traitements psychosociaux des toxicomanies. Ils ont appelé leur approche BRENDA :

1. **B**iopsychosociale, évaluation
2. **R**apport aux patients sur l'évaluation
3. **E**mpathie
4. **N**eeds; besoins identifiés en collaboration avec le patient
5. **D**onner directement un avis aux patients pour remplir ces besoins
6. **A**juster les soins à la réaction du patient

Autres médicaments

D'autres médicaments, comme l'ondansetron (antagoniste du récepteur sérotoninergique 5-HT₃) réduit le désir de boire chez les humains. Il est efficace pour diminuer la fréquence et le nombre de consommation chez les alcooliques à début précoce (< 25 ans) (Kranzler, Pierrucilagha et al. 2003) (Johnson, Roache et al. 2000). Le topiramate, un anticonvulsivant qui augmente l'activité du GABA et diminue celle du glutamate, a diminué le craving chez des alcooliques, ainsi que le nombre de jours de consommation et le nombre de consommations par jour (Swift 2003) (Johnson, Ait-Daoud et al. 2003).

DROGUES :

Certains médicaments sont utilisés car les preuves de leur efficacité sont solides (méthadone et buprénorphine). D'autres sont utilisés pour traiter les conditions sévères même si leur efficacité est restreinte à certains groupes de patients (clonidine et naltrexone). D'autres médicaments peuvent être utilisés dans des situations précises, comme les benzodiazépines dans le sevrage (National Treatment Agency for Substance Misuse 2003).

La meilleure évidence d'efficacité est pour la méthadone orale qui amène une diminution importante de consommation d'opiacés et une réduction de nombreux méfaits (réduction de la mortalité, de la prévalence du VIH et de la criminalité) pendant plusieurs années. Il est essentiel que le traitement par la méthadone soit accessible à tous ceux qui en ont besoin. De nombreux patients peuvent être traités en première ligne, surtout lorsqu'ils sont stables après un traitement en milieux spécialisés (National Treatment Agency for Substance Misuse 2003).

Pour l'abus de stimulants, il y a peu de données sur l'efficacité des médicaments.

Les toxicomanes abusent souvent de benzodiazépines comme drogue secondaire, soit pour augmenter l'effet de leur drogue préférée ou pour traiter des sevrages. Elles ont un potentiel addictif important, le sevrage peut être dangereux et elles contribuent, de façon importante, aux décès par surdose. Il n'y a pas d'évidence pour leur utilisation à long terme comme traitement de maintien. Elles devraient être réservées

4. Interventions

au traitement des troubles anxieux ne répondant pas aux autres traitements (National Treatment Agency for Substance Misuse 2003).

5. ATTITUDES DES MÉDECINS ET OBSTACLES

5.1 ATTITUDES

Selon April (April and Rouillard 2001), « les écrits abondent pour justifier l'utilisation d'outils normalisés pour mettre en évidence la consommation d'alcool et pour convaincre les médecins d'offrir du *counseling* aux personnes à risque. On estime, en effet, que 20 % des personnes qui consultent dans les hôpitaux et les cliniques sont à risque ou ont des problèmes associés à l'alcool (Adams, Barry et al. 1996; Fleming, Manwell et al. 1998). Ainsi, si les médecins et les intervenants utilisaient ces interventions brèves et peu coûteuses, ils pourraient avoir un impact important sur la santé de la population (Skinner 1990).

Pourtant, la réalité est loin de l'idéal. Les propos des médecins semblent paradoxaux. Ceux-ci reconnaissent l'importance de la problématique de la toxicomanie, questionnent les personnes sur leur consommation, veulent des outils normalisés, mais il n'est pas certain qu'ils vont les utiliser. Une étude américaine sur le dépistage des problèmes liés à l'alcool au moment de l'admission des patients dans un hôpital universitaire montre que, bien qu'il y ait certaines informations sur la consommation d'alcool consignées dans la majorité des dossiers, moins de 15 % des médecins résidents et des infirmières ont accepté d'utiliser un questionnaire normalisé (d'environ 20 questions et d'une durée de trois minutes) (McCrary and Langenbucher 1996).

Des chercheurs canadiens (Rush, Ellis et al. 1994) ont, pour leur part, étudié la perception des médecins de famille au regard de l'usage d'alcool et de tabac. Par des entrevues et des « focus-groups », ils ont constaté que les participants considèrent qu'il est de leur rôle de médecin de famille d'identifier la consommation d'alcool et d'intervenir dans le contexte d'une approche holistique de la médecine. Ils identifient cependant des barrières importantes pour jouer ce rôle. Outre les obstacles habituels de contraintes de temps, de manque d'incitatif financier pour la prévention, les médecins sont préoccupés par l'idée de questionner les patients sur ce sujet tabou et ont peu confiance en leur capacité d'influencer le comportement de consommation (Rush, Ellis et al. 1994).

Cette dernière étude s'inscrit dans un projet de formation pour soutenir les médecins dans l'identification et la prise en charge de patients qui boivent, fument ou adoptent des habitudes de vie qui constituent des facteurs de risque pour divers problèmes de santé. Les résultats de l'étude ont rendu les auteurs ambivalents quant à l'utilisation de protocoles, notamment celui du Collège des médecins de famille (projet ARAI) (Collège des médecins de famille du Canada 1994). D'une part, les protocoles permettent aux médecins d'aborder la question de la consommation d'alcool sans utiliser des critères arbitraires. D'autre part, la résistance des médecins à faire passer des questionnaires normalisés à tous les patients est réelle et doit être reconnue. D'autres stratégies devraient être développées pour s'assurer que la consommation d'alcool est évaluée. Les auteurs suggèrent donc que, si les formateurs souhaitent présenter une approche

5. Attitudes des médecins et obstacles

standardisée de la détection et de la prise en charge de la consommation d'alcool, les protocoles soient ajustés aux croyances et aux besoins individuels des médecins (Rush, Ellis et al. 1994).

Fleming (Fleming, Manwell et al. 1998) attribue le manque d'adhésion des médecins à ces pratiques à différentes causes, notamment la formation insuffisante, l'absence de modèle en cours de formation, le manque d'évaluation de la pratique, les normes de pratique qui ne tiennent pas compte de l'usage d'alcool et, finalement, le fonctionnement des cliniques. Il propose de corriger cet état de fait par les mêmes stratégies utilisées pour favoriser les changements de pratique pour les autres problèmes de santé : formation en groupe, éducation par des collègues réputés (« opinion leaders »), rétroaction sur la performance, formation individualisée dans les milieux cliniques, incitatifs financiers.

Le modèle des étapes de changement expliquant comment les personnes changent leurs comportements de consommation pourrait aider à comprendre comment les cliniciens changent leurs comportements cliniques, et comment les milieux de pratique modifient leurs comportements organisationnels. Il n'existe pas de façon simple pour aborder le problème de cette manière et on en est plutôt à un stade de développement de connaissances » (Botelho, Skinner et al. 1999).

5.2 OBSTACLES

Obstacles relevés dans la littérature
➤ Manque de formation adéquate lors des études prégraduées, de la résidence ou de la formation médicale continue
➤ Scepticisme sur l'efficacité des traitements
➤ Résistance du patient
➤ Inconfort à discuter de l'abus des substances
➤ Manque de temps
➤ Peur de perdre des patients s'il y a trop de toxicomanes dans la clientèle
➤ Rémunération inadéquate
➤ Formation insuffisante dans les facultés de médecine et les programmes de résidence
➤ Absence de rétroaction (<i>feedback</i>) sur l'intervention
➤ Pénurie de mentors dans le domaine
➤ Standards de pratique inadéquats
➤ Difficultés à changer les habitudes cliniques
➤ Préjugés défavorables face à la problématique

Parmi les obstacles, on retrouve aussi un manque de légitimité dans ce rôle, une impression de faible efficacité personnelle et un manque de connaissances (exemple : incertitude sur les équivalents d'une consommation standard d'alcool) et de confiance. Les attitudes négatives des médecins envers les usagers de drogues sont une barrière importante dans leur implication auprès de cette clientèle (Deehan, Marshall et al. 1998).

Le *National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA)* a sondé en 1999, 648 médecins de première ligne (échantillon repré-

5. Attitudes des médecins et obstacles

sentatif) et 510 patients recevant un traitement pour abus de substances (Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University 2000). Les résultats montrent que les médecins ne dépistent pas avec soin les problèmes d'abus. Dans un sondage avec vignettes cliniques, presque 94 % des médecins n'ont pas dépisté un problème d'alcool chez les adultes, 40 % ont manqué un diagnostic d'abus de drogues illicites chez les adolescents. La plupart des patients (53,7 %) ont mentionné que leur médecin de première ligne n'avait rien dit au sujet de leur abus. Peu de médecins réfèrent leurs patients rapidement en traitement spécialisé.

Point de vue du patient

Le patient peut percevoir les questions sur ses habitudes de consommation et sur l'usage de drogues comme une intrusion dans sa vie privée. Il peut se sentir jugé. Il peut présenter du déni, ce qui constitue une barrière majeure dans le diagnostic des dépendances.

Point de vue du médecin

Selon ses valeurs, le médecin est placé dans une situation d'ambivalence bien-plaisir/mal-pathologie, particulièrement en ce qui a trait à l'alcool. Ainsi, le niveau de consommation d'alcool ou de tabac du médecin peut influencer l'importance qu'il accordera au fait de traiter ou non un patient aux prises avec une dépendance (Roche, Parle et al. 1995).

Questionner la consommation d'alcool peut mettre en péril la relation médecin-patient. L'identification d'une dépendance

peut être affectée par l'attitude du médecin. Une attitude pessimiste face aux chances de réhabilitation peut rendre le médecin réticent à entreprendre une démarche thérapeutique qui lui semblera futile. Le niveau de consommation du médecin peut le porter à minimiser l'incidence des problèmes de consommation de ses patients. Le manque de formation en matière de dépendance à l'alcool et aux drogues nuit de façon importante au dépistage et à l'intervention.

5.2.1 LES OBSTACLES EN GÉRIATRIE

L'âgisme existe chez certains professionnels de la santé qui croient que les adultes âgés sont trop vieux pour apprendre quelque chose de nouveau, surtout si cela exige un changement de leur part. Associé à ce préjugé, il y a la croyance voulant que des comportements solidement ancrés soient trop résistants au changement (Santé Canada 2003).

Les médecins qui ne dépistent pas, de façon routinière, les problèmes d'alcool chez les personnes âgées ont mentionné les raisons suivantes : manque de temps, dépistage ne faisant pas partie de la routine, problèmes trop rares pour nécessiter un dépistage, réticence des personnes âgées à répondre à des questions sur leur consommation d'alcool, utilisation du seul jugement clinique sans test de dépistage, et manque de confiance dans l'efficacité des interventions.

La surprescription, par certains médecins, de substances psychoactives (sédatifs, opiacés) nécessite une formation continue sur ce point.

5. Attitudes des médecins et obstacles

Parmi les obstacles à l'accès des services, mentionnons la réticence du client à quitter son foyer ou sa collectivité, les problèmes de transport, le manque de ressources financières et l'incapacité des services et des programmes de tenir compte d'incapacités ayant trait à la motilité physique, aux déficits sensoriels ou aux difficultés cognitives (Santé Canada 2003).

5.2.2 LES OBSTACLES EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Selon Roberts (Roberts and Nanson 2000), « le manque de formation professionnelle sur le dépistage de l'alcoolisme et de la toxicomanie, et pour la prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF), continue d'être un obstacle pour obtenir un traitement. Le manque de personnel spécialisé, l'insuffisance du personnel, les protocoles d'aiguillage insuffisants, les liens faibles au moment de l'aiguillage (personnel hésitant à identifier quelqu'un, à moins de pouvoir fournir de l'aide), la mauvaise coordination des services et le manque de transport et de services de garde des enfants continuent d'être des obstacles » (Howell and Chasnoff 1999). D'autres besoins comme le logement, l'éducation, la formation en vue d'un emploi et l'emploi étaient classés comme étant plus importants que le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Klein and Zahnd 1997).

Dans une étude qualitative explorant les barrières dans les soins prénataux pour le dépistage d'alcool, 112 participants, dont 40 médecins, ont mentionné de nombreux obstacles (Miner, Holtan et al. 1996). Quoique la plupart parlaient de l'alcool durant la première visite prénatale, la nature du dépistage et des interventions variait beaucoup. Les facteurs personnels qui nuisaient étaient : une incertitude sur l'épidémiologie du SAF et sur les recommandations au sujet de l'alcool pendant la grossesse; un manque de confiance dans les habiletés d'entrevue et de dépistage; la crainte que certaines patientes abandonnent le suivi prénatal si on abordait trop le sujet; et les attitudes personnelles en rapport avec la consommation d'alcool. Il y avait aussi le manque de temps, l'absence perçue d'un outil de dépistage validé et le manque de support des pairs et du système de santé.

5.2.3 LES OBSTACLES EN PÉDIATRIE

Environ 41 % des pédiatres n'ont pas fait un diagnostic d'abus de drogues illicites lorsqu'on leur présentait une description de cas classique d'un adolescent ayant ce problème (Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University 2000).

5. Attitudes des médecins et obstacles

5.2.4 LES OBSTACLES EN PSYCHIATRIE

OBSTACLES COMMUNS À L'ÉVALUATION ET SOLUTIONS	
<i>OBSTACLES</i>	<i>SOLUTIONS</i>
Défaut de faire une histoire adéquate	Demander directement aux clients leur consommation et les conséquences, en commençant par l'usage dans le passé
Déni et minimisation	S'y attendre et demander à d'autres sources d'informations
Confusion sur les effets des substances	Explorer les associations entre les substances et l'évolution du trouble psychiatrique; assumer que la consommation influence le trouble psychiatrique
Distinction primaire/secondaire	Considérer les deux troubles comme primaires; aucun n'est secondaire
Distorsions cognitives psycho-tiques et liées à l'humeur	En tenir compte sans invalider tout ce que le client rapporte; vérifier avec d'autres sources d'informations
Possibilité de conséquences liées à la révélation	Discuter franchement des responsabilités légales du clinicien, des peurs du client au niveau légal, et du contrôle des finances du client
Stade de précontemplation	Admettre qu'une pauvre motivation est fréquente au début du traitement des clients avec comorbidité et chercher activement à engager le client
Effets augmentés des substances	Savoir que les clients avec trouble psychiatrique ont des conséquences négatives avec des quantités beaucoup plus faibles d'alcool et de drogues que les personnes sans trouble psychiatrique
Traduction adaptée (Mueser, Noordsy et al. 2003)	

5.2.5 LES OBSTACLES DANS LES URGENCES

Plusieurs facteurs contribuent au manque de dépistage et de traitement des abus de substances psychoactives chez les patients traumatisés :

- les attitudes négatives des médecins envers les toxicomanes et leur pessimisme sur l'efficacité des traitements;
- le manque de responsabilité et d'imputabilité des hôpitaux dans le traitement de tous les aspects des traumatismes. Un patient ne devrait pas être libéré de l'urgence sans qu'on s'occupe de son problème de toxicomanie, même si sa pancréa-

5. Attitudes des médecins et obstacles

tite, sa gastrite alcoolique ou sa blessure accidentelle ont été stabilisées;

- le manque de conscience des intervenants sur les possibilités de traitement (fenêtre d'opportunité) amenées par les traumatismes (Rostenberg 1995).

D'autres facteurs contribuant à ce manque de soin chez les patients à l'urgence sont :

- le manque de connaissance des médecins sur les différentes présentations de la toxicomanie; le patient n'a pas toujours l'allure d'un itinérant;
- le manque de temps et de support pour les médecins de l'urgence (Hungerford and Pollock 2002).

5.3 SITUATION AU QUÉBEC

Le médecin québécois, en général, ne dépiste pas car il ne sait ni traiter, ni où orienter ses patients.

Actuellement, au Québec, les médecins se contentent, faute de moyens et de formation, de traiter les complications associées aux dépendances sans pouvoir s'attaquer à la source du problème avant qu'il ne soit trop tard.

Le groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) a publié en octobre 1997, un rapport de recherche intitulé : « Les attitudes et les pratiques des omnipraticiens québécois en matière de dépistage et de prise en charge des problèmes d'alcool » (Demers, Cohen et al. 1997). Cette étude visait : 1) à évaluer l'état actuel de la pratique des omnipraticiens québécois en ma-

tière de dépistage et de prise en charge des problèmes d'alcool; 2) à identifier les attitudes des omnipraticiens face aux problèmes d'alcool et aux patients présentant ces problèmes; 3) à identifier et modéliser les divers déterminants de ces pratiques professionnelles et 4) à cerner plus particulièrement l'influence de la pratique en CLSC sur ces pratiques professionnelles.

Les données présentées dans cette étude ont été recueillies dans le cadre d'une enquête postale, menée auprès de l'ensemble des omnipraticiens en CLSC (n=796) et auprès d'un échantillon d'omnipraticiens hors CLSC (n=2 000). Cette enquête comportait, entre autres, une sous-échelle de l'AAPPQ (*Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire*). Des analyses descriptives, multivariées et de modélisations structurales ont été utilisées pour analyser les données.

Contrairement à ce que nous aurions pu croire compte tenu de l'état des connaissances, les principaux résultats de l'étude montrent qu'en général, les omnipraticiens québécois procéderaient au dépistage des problèmes d'alcool. De plus, ils assureraient majoritairement leur suivi (seul ou en collaboration). Ainsi, le transfert des patients sans suivi ne serait pas une pratique courante. Parmi les outils de dépistage les plus utilisés, on retrouve l'entrevue et les tests de laboratoire alors que les questionnaires standardisés le seraient beaucoup moins. Parmi les services ou personnes vers qui les omnipraticiens référerait leurs patients, les groupes d'entraide (alcooliques anonymes) se sont révélés les plus populaires.

5. Attitudes des médecins et obstacles

Au niveau des attitudes et des croyances, les omnipraticiens québécois présentent des attitudes ambivalentes face aux patients présentant des problèmes d'alcool. Ils se sentiraient en droit de travailler avec ces patients, mais ce travail ne leur apparaîtrait ni valorisant, ni motivant. Quant aux croyances, la plupart des omnipraticiens partagent une conception multicausale de l'alcoolisme. Toutefois, la majorité pense que l'alcoolisme est une maladie comme les autres. Une majorité croit que l'alcoolisme peut être guéri. Par ailleurs, une majorité croit que le patient peut avoir un contrôle sur sa consommation s'il est suffisamment motivé.

À propos des déterminants des pratiques des omnipraticiens, les quatre groupes de déterminants des pratiques professionnelles considérés dans cette étude – les attitudes et croyances, le contexte de la pratique, les caractéristiques professionnelles et personnelles – jouent un rôle significatif sur les pratiques professionnelles. Des écarts importants entre la pratique des médecins en CLSC et leurs confrères de cliniques privées sont apparus. Les omnipraticiens pratiquant en CLSC ont des attitudes plus positives à l'égard des patients présentant des problèmes d'alcool, ils sont plus motivés par leur travail avec ces patients et ils ont moins tendance à les transférer vers d'autres ressources » (Demers, Cohen et al. 1997).

Un exemple : la situation de dépistage et de l'évaluation en toxicomanie dans la région de Québec

Selon April (April and Rouillard 2001), « en février 1998, un état de situation concer-

nant les outils de dépistage et d'évaluation en toxicomanie a été réalisé dans la région de Québec (Gaudreault 1998). Au total, 210 questionnaires ont été complétés par des individus ou des groupes de personnes qui proviennent du réseau de la santé et des services sociaux (CLSC, départements de pédiatrie ou psychiatrie du CHUQ, cliniques médicales, unités de médecine familiale, Centre jeunesse de Québec), des organismes communautaires, du réseau de l'éducation (éducateurs en prévention de la toxicomanie) ou encore du ministère de la Sécurité publique. Il s'agit d'un portrait exploratoire qui n'a pas de prétention de représentativité.

Globalement, la majorité des professionnels posent des questions sur la consommation de psychotropes, mais ils sont très rares à utiliser des questionnaires normalisés. Lorsqu'une personne qui consulte présente un problème, les professionnels de la santé (professionnels de CLSC ou médecins) et ceux des organismes communautaires poursuivent la démarche d'évaluation et interviennent ou s'occupent de la référence. Dans les autres milieux, les professionnels évaluent la consommation et ses conséquences et réfèrent si nécessaire. Dans tous les milieux, on souhaite un outil régional. Il doit être simple, bref, adapté à la clientèle; il ne doit pas être un obstacle à la relation thérapeutique et les intervenants doivent disposer du temps nécessaire pour l'utiliser.

Les gestionnaires en santé mentale des CLSC abondent dans le même sens. Lors d'une rencontre tenue en 1999, ils ont manifesté des préoccupations quant à l'utilisation des questionnaires normalisés. Les personnes consultent au CLSC pour

5. Attitudes des médecins et obstacles

des problèmes divers et complexes. C'est pourquoi les professionnels se font de plus en plus proposer de questionner systématiquement toutes les personnes pour dépister différentes problématiques (exemples : violence conjugale, problèmes liés à l'alcool). Il peut devenir difficile pour eux de prendre en compte toutes ces recommandations tout en respectant les contraintes de temps qui leur sont imposées.

« Un outil de recherche de cas en toxicomanie doit donc être court et facile à intégrer dans la pratique courante et il n'est pas certain qu'il puisse être utilisé de façon systématique avec toute la clientèle » (Gaudreault 1998).

6. Implantation

6.1 IMPLANTATION DE GUIDES DE PRATIQUE

Au moins, pour les services en prévention et la gestion des maladies chroniques, il est maintenant clair que la clé pour améliorer les pratiques est de développer et de maintenir des systèmes efficaces pour supporter les cliniques. Il est plus efficace de supporter les comportements cliniques désirés que de miser sur des changements de comportement des médecins individuellement. Il semble que les interventions basées sur une évaluation des obstacles potentiels ont plus de chance d'être efficaces. Dans une revue de 47 études de bonne qualité (Solberg 2000), Solberg conclut que les aide-mémoire et peut-être le *feedback* dans des rencontres cliniques étaient les moyens les plus efficaces pour implanter les guides de pratique. Par contre, ces revues identifient rarement d'autres stratégies comme les changements de système et il y avait peu de discussions sur le besoin de supports organisationnels ou sur les variables de l'environnement pour affecter l'implantation.

6.2 PLANIFICATION

L'implantation d'un protocole clinique de dépistage et d'intervention brève doit se faire avec une approche systémique. Les stratégies d'implantation doivent convaincre les agents payeurs (gouvernement, employeurs) et les responsables des organisations de soins (agences locales, établissements) de l'efficacité et de l'efficience de ces mesures. Les organisations professionnelles doivent jouer un rôle plus actif

pour négocier l'allocation des ressources proportionnelles à la gravité du problème (Fleming 2003). Quoique les bénéfiques soient grands, dépister et traiter les problèmes d'abus de substances demandent aux médecins de première ligne de changer leur comportement dans leur pratique. De nombreuses barrières existent pour l'adoption de nouvelles technologies en toxicomanie comme la stigmatisation, les ressources limitées, les difficultés de communication, le manque de formation et le manque de volonté politique.

Liste des composantes pour l'implantation d'un dépistage (Bradley Tanner, Sullivan et al. 2003) :

- choisir la méthode de dépistage, par entrevue, par questionnaire sur papier ou sur ordinateur;
- incorporer le dépistage dans le questionnaire général de santé ou de style de vie, en commençant par la diète, l'exercice, l'usage de tabac, d'alcool puis de drogues;
- décider qui fera le dépistage : le médecin, l'infirmière ou une autre personne; dans l'étude « *Cutting back* » (Babor and Grant 1992) les interventions brèves étaient plus fréquentes lorsque les infirmières étaient responsables (85 % vs 60 % pour les médecins);
- établir un système pour suivre ceux qui ont besoin d'être dépistés, par exemple, un système informatisé pour rappeler au médecin et au personnel de faire le dépistage lors des examens de routine, s'il y a prescription de médicaments pouvant interagir avec l'alcool, etc.;

6. Implantation

- former le personnel à des techniques d'entrevue appropriées, comme l'entrevue motivationnelle;
- établir une politique de confidentialité;
- établir un système pour calculer les résultats des tests de dépistage;
- s'assurer que le dossier reflète la différence entre un test de dépistage et un diagnostic;
- établir un système pour suivre les patients dépistés positifs.
- Qui va interpréter les résultats et donner l'intervention brève ?
- Comment les dossiers médicaux vont-ils mentionner ces activités ?
- Quelles actions de suivi seront prises ?
- Comment les instruments et le matériel seront commandés, emmagasinés et utilisés ?
- Comment les suivis seront-ils planifiés ?

6.2.1 PROGRAMME « DRINK-LESS » (AUSTRALIE)

La planification comprend non seulement la conception du programme de dépistage, mais aussi l'appropriation du programme par les participants. Chaque pratique de première ligne est unique. Il est utile d'inclure dans la planification tout le personnel qui doit participer ou qui peut être affecté par le dépistage.

Questions à répondre :

- Quels patients seront dépistés et comment va t-on identifier les patients ayant besoin d'un dépistage ?
- A quelle fréquence va t-on dépister ?
- Comment le dépistage sera coordonné avec les autres activités ?
- Qui va administrer le questionnaire de dépistage ?
- A quel moment de la visite doit-on faire le dépistage ?
- De quel matériel a-t-on besoin pour le clinicien et pour le patient ?

« La dissémination de l'intervention précoce chez les médecins généralistes a plus de chance d'avoir du succès si les médecins perçoivent qu'elle est fondée sur des données probantes; que le matériel d'intervention est attrayant et acceptable (produit); que les bénéfices dépassent les coûts associés, comme le temps, l'effort et l'énergie émotionnelle (prix); que le produit est facilement accessible (place); et que la promotion se fait de façon acceptable aux médecins, maximise leur intérêt dans le produit et a un haut taux de pénétration dans la population cible (promotion) » (Gomel, Saunders et al. 1994).

Gomel (Gomel, Saunders et al. 1994) décrit le cheminement de son équipe de recherche pour implanter le programme *DRINK-LESS* chez les médecins généralistes en Australie. Leur recherche pour implanter cette intervention précoce s'est déroulée en trois phases dont la dernière était une étude contrôlée à double insu de l'implantation.

PHASE I :

Conception de l'intervention et du matériel

Le but principal de cette étape était d'identifier les besoins des médecins et de leurs réceptionnistes et d'examiner les perceptions des médecins sur l'intervention précoce et les produits utilisés dans l'étude originale de l'OMS, incluant l'AUDIT. Les médecins généralistes ont été unanimes à supporter les principes de l'intervention précoce et du traitement des gros buveurs. Par contre, le matériel d'information pour le patient a été jugé inadéquat. Un nouvel ensemble de produits a été étudié dans une étude pilote sur 15 pratiques de médecine générale. La majorité des médecins ont dit qu'ils utiliseraient probablement ce matériel tel que modifié.

La forme finale de l'intervention qui a été appelée DRINK-LESS exigeait que les réceptionnistes demandent à tous les patients de 16 ans et plus, de compléter l'AUDIT (forme auto-administrée) avant la consultation. Cela leur prenait deux minutes et le médecin pouvait identifier rapidement, en une minute, les patients à risque. À ceux qui obtiennent un résultat plus haut que le seuil de huit points, le médecin demandait des questions supplémentaires pour confirmer s'il y avait consommation à risque et, si oui, le médecin donnait un avis structuré de cinq minutes leur demandant de réduire leur consommation à un niveau non à risque. Le médecin avait à sa disposition une feuille sommaire montrant d'un côté, sous forme graphique, les niveaux de consommation de la population générale, les effets sur la santé des différents niveaux de

consommation et les bénéfices de diminuer la consommation. Au recto, il y a un plan d'action pour diminuer la consommation avec des objectifs à atteindre, des comportements alternatifs à la consommation et un avis sur la façon de moins boire. Les buveurs à risque recevaient un dépliant pour renforcer l'information donnée par le médecin.

PHASE 2 :

Développement des stratégies de dissémination

Stratégie de promotion pour influencer l'adoption de l'intervention

Trois stratégies ont été étudiées : la poste, la promotion par téléphone et la promotion par rencontre individuelle. Un avantage, par rapport à la promotion des compagnies pharmaceutiques, était l'absence de motivation financière. Pour augmenter la crédibilité du programme DRINK-LESS auprès des médecins, l'équipe de recherche a obtenu l'endossement des autorités médicales et gouvernementales principales comme le Collège des médecins, le Collège des médecins de famille, la Faculté de médecine, etc. Un des avantages du programme était qu'il était reconnu par le Collège des médecins de famille comme donnant des points d'assurance-qualité. D'autres avantages étaient le développement de nouvelles habiletés pour la gestion des patients, la mise à jour des connaissances en médecine préventive, la satisfaction des patients et une amélioration de la pratique professionnelle. Au niveau des contraintes de temps, les stratégies promotionnelles mettaient l'emphase sur la rapidité du dépistage et de

6. Implantation

l'avis donné aux patients, et la simplicité du programme.

Stratégie de formation et de support à l'utilisation de l'intervention

Dans le monde commercial, le service après-vente est une composante qui augmente la valeur d'un produit tangible et est un facteur déterminant dans le choix entre différents produits. Le service donné aux médecins généralistes a le potentiel de diminuer le ratio coût-bénéfice de l'intervention et d'augmenter la probabilité d'utilisation de l'intervention. Une formation au cabinet du médecin a été donnée sur les processus de l'intervention et l'utilisation de la trousse. Pendant une période de 12 semaines, les médecins ont reçu du support régulier, par téléphone et par rencontre sur place.

On doit rappeler aux médecins que le temps et l'énergie nécessaires au programme vont diminuer à mesure qu'ils deviendront plus familiers avec l'intervention, qu'ils auront établi une routine et que les mêmes patients reviendront, les dépistages étant nécessaires qu'une fois aux deux ans. Le programme de formation comprenait des discussions sur les difficultés à aborder le sujet de l'alcool avec les patients, la façon de gérer les réactions négatives des patients et la mauvaise fidélité au traitement des patients; les techniques cognitivo-comportementales pour diminuer ces problèmes faisaient partie de la formation.

6.2.2 PROGRAMME « ALCOCHOIX » MODIFIÉ (QUÉBEC)

À la suite de l'expérience réussie d'implantation du programme « Alcochoix » dans les CLSC de plusieurs régions du Québec, une équipe de recherche du RISQ est en train de développer un programme comparable au Québec. Même si ce programme utilisera comme outil de dépistage le DÉBA-A/D (Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – Alcool/Drogues) (Tremblay, Rouillard et al. 2001) au lieu de l'AUDIT, il est probable que l'intervention elle-même, avec quelques modifications, serait utilisable par les médecins de famille; ils pourront aussi référer au CLSC.

6.2.3 PROGRAMME « ALCOHOL RISK ASSESSMENT AND INTERVENTION » (ARAI) (COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA)

Sur la base des recommandations du Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique, le Collège des médecins de famille du Canada a développé le programme ARAI. Ce projet comprend du matériel éducatif semblable à celui produit sur la cessation du tabagisme par le Conseil canadien sur le tabagisme et la santé. « Le programme ARAI, par une série de diapositives, un manuel de référence, un guide pour les patients et une feuille sommaire à l'usage du médecin, enseigne aux médecins des méthodes pour identifier et venir en aide aux patients dont la consommation les rend à risque de développer des problèmes de santé. Ce programme utilise une approche en quatre étapes : questionner, évaluer,

conseiller et apporter un soutien » (Wilson 1994).

En mars 1994, environ 35 médecins de famille canadiens des milieux universitaire et communautaire et représentant toutes les provinces et les facultés de médecine ont participé à une session de « Formation des formateurs » à Toronto. Ces formateurs ont, par la suite, formé d'autres médecins de famille. La formation dure de une à trois heures. Les médecins formés recevaient une trousse comprenant un manuel de références pour les médecins, une feuille sommaire à l'usage du médecin, une affiche, un guide du patient et un dépliant destiné aux patients.

Malgré l'implication de quelques médecins québécois formateurs, le programme ARAI n'a pas réussi à s'implanter au Québec.

6.3 FORMATION

Le seul moyen de combattre les préjugés défavorables envers les patients aux prises avec un problème de dépendance est de faire l'éducation de nos médecins. Il faut les exposer à autre chose que les situations de crise à la salle d'urgence les fins de semaine ou au cas de *delirium tremens* en post-opératoire à l'étage. Ils doivent voir des patients qui demandent de l'aide et qui s'améliorent dans le processus thérapeutique.

Il est clair que la formation concernant les dépendances est très déficiente au Québec. Les universités offrant une telle formation le font sur une base optionnelle. Les principales expositions offertes aux étudiants avec cette clientèle souvent difficile se font

via les stages d'urgence, de médecine spécialisée ou de psychiatrie alors que les individus se présentent en état de crise ou en sevrage aigu et sans aucune motivation à vouloir cesser la consommation. Ils ont à ce moment des comportements revendicateurs, violents, belligérants ou présentent des états décompensés par l'intoxication ou le sevrage allant jusqu'à la psychose.

Les moyens d'éducation médicale continue ordinaires, comme la lecture et les conférences, ne doivent pas être employés seuls. On doit ajouter des interventions qui incorporent des dépliants pour les médecins et les patients, des jeux de rôle, des visites par des pairs ou d'autres professionnels (exemple : pharmacien pour la méthadone), des stratégies d'organisation de la pratique et des interventions de leaders d'opinion.

Tous les cliniciens et le personnel de support doivent être entraînés et cette formation devrait être obligatoire pour les nouveaux employés.

6.3.1 CONTENU DE LA FORMATION

- Pourquoi le dépistage est important ?
- Quelles conditions doivent être identifiées ?
- Comment utiliser les tests de dépistage ?
- Quelles sont les procédures optimales pour assurer le succès ?
- Pratique supervisée de l'administration des instruments de dépistage et des interventions brèves.

6. Implantation

Après consultation de 112 intervenants en soins prénataux, Miner (Miner, Holtan et al. 1996) trouvait les besoins de formation suivants : état des connaissances sur l'effet de l'alcool sur le fœtus; les moyens pour changer les croyances et les attitudes qui empêchent le dépistage et les traitements; la dissémination d'outils de dépistage brefs et validés; et le développement d'habiletés pratiques d'intervention brève.

La formation peut être répétée aux deux à trois ans et peut durer entre une heure et une journée.

6.3.2 MOYENS DE LA FORMATION

L'instauration d'une chaire en alcoolisme et toxicomanie pourrait être une façon d'implanter un programme de formation à cet effet dans nos universités québécoises.

« Dans le cadre de la réforme des études médicales, le groupe d'experts (français) recommande d'introduire des modules transversaux de formation à l'alcoologie et de créer une filière universitaire d'addictologie » (Expertise collective 2003).

Les moyens reconnus de formation sont (Fleming 1997) :

- *Formation en groupes* : Idéalement, cette forme d'éducation médicale continue devra se faire sur les lieux de travail des médecins. On y enseignera les protocoles cliniques spécifiques et scientifiquement prouvés (evidence-based-medicine). L'information sera transmise sous forme de discussions de groupes, de mises en situation, de jeux de rôles et de patients simulés. Les ateliers doivent mettre l'accent sur

l'apprentissage d'habiletés spécifiques (*skills training*).

- *Éducation par des collègues réputés* : Les chefs de file, doivent aider à surmonter les barrières et préjugés qui empêchent le dépistage dans la routine clinique. Ils peuvent fournir des arguments cliniques positifs justifiant ce type d'intervention. Ils aideront à diminuer le préjugé qui laisse croire qu'il s'agit d'un problème de comportement auto-infligé alors qu'il s'agit d'une maladie.
- *Rétroaction sur la performance* : Cette rétroaction pourrait se faire de plusieurs façons. Elle pourrait être basée sur la revue individuelle de dossiers par les pairs ou par des comités de révision. Elle pourrait prendre la forme d'un questionnaire distribué aux patients. Les études démontrent que la rétroaction est plus efficace lorsqu'elle est offerte à un groupe de praticiens plutôt que sur une base individuelle.
- *Formation individualisée dans les milieux cliniques* : Les activités éducatives individuelles devraient être brèves tout en offrant la possibilité d'acquérir les aptitudes cliniques via les jeux de rôles, la rétroaction et des discussions adaptées aux besoins du clinicien.
- *Incitatifs financiers* : La formation devrait être gratuite et les coûts du temps perdu de travail minimisés.

6.3.3 CLIENTÈLE

Niveau pré-gradué

Il y a lieu d'initier les futurs médecins dès le niveau pré-gradué, avant même leur premier contact avec ce type de patient, afin de leur démontrer qu'il est possible, à chaque intervention ou contact, d'amener le patient à cheminer dans le cycle de l'assuétude

comme on le fait déjà d'ailleurs en ce qui concerne le tabac (Prochaska, DiClemente et al. 1992). Cette formation précoce permettrait au futur médecin de se familiariser avec la maladie que constitue la dépendance, au même titre que d'autres maladies tel le diabète, qui sont des maladies chroniques, potentiellement mortelles, mais traitables.

Le projet *CREATE* (*Curriculum Renewal and Evaluation of Addiction Training and Education*) est déjà utilisé dans les facultés de médecine des cinq universités ontariennes au niveau sous-gradué. Il vise à implanter une formation plus adéquate en alcoolisme et toxicomanie dès la première année et durant toutes les années de la formation pré-graduée. Il couvre la prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement des problèmes de toxicomanie. Il comprend 17 modules dont cinq selon le type de SPA et neuf selon les branches de la médecine. Les modules sont pratiques, basés sur des données probantes et comprennent des données pré-cliniques et cliniques. Ils sont disponibles en format papier, sur disquette et en *Power Point*. Les objectifs d'apprentissage sont mesurables. Les méthodes pédagogiques comprennent des histoires de cas, des jeux de rôle et des instruments d'évaluation (Wilson, Kahan et al. 1999).

Dans une étude du groupe *CREATE*, les étudiants en médecine de troisième et de quatrième année ont participé à un séminaire pratique de trois heures (une heure de présentation, jeux de rôles et démonstration d'une entrevue clinique). Par rapport à un groupe contrôle, il y avait une amélioration significative des croyances dans leur auto-

efficacité pour soigner les problèmes d'alcool et une plus grande connaissance de stratégies de réduction de la consommation problématique. Il pourrait être nécessaire de renforcer à répétitions les habiletés cliniques pour avoir un impact à long terme sur le comportement clinique (Kahan, Wilson et al. 2003).

Médecins en pratique active

Malheureusement, peu de médicaments ont actuellement une indication dans le traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies, ce qui explique que les activités de formation continue ayant le support financier de compagnies pharmaceutiques sont rares, sinon inexistantes.

En ce qui concerne les associations médicales spécialisées dans la diffusion de l'information sur les diverses dépendances, il existe en Amérique du Nord, deux organisations, soit l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) et la Société médicale canadienne de l'addiction (CSAM). Cependant, la majorité de l'information médicale actuellement disponible sur le territoire québécois est diffusée en anglais, exception faite de quelques rares colloques organisés ici.

Un très faible pourcentage des médecins québécois possède une expertise en matière de toxicomanies, la plupart étant regroupés à Montréal et à Québec. L'expertise de ces médecins, dont certains sont membres certifiés de l'ASAM ou de la CSAM, pourrait être mise à contribution dans la formation du corps médical au Québec et ce à tous les niveaux (pré et post-gradués, éducation médicale continue).

6. Implantation

6.3.4 EFFICACITÉ DE LA FORMATION

« Le projet « *Health* » incluait un enseignement spécialisé de l'intervention brève aux médecins de premier recours assorti d'une série de stratégies qui permettaient une identification systématique des consommateurs d'alcool à risque dans la salle d'attente. Par exemple, l'adjonction d'un « mémo » au dossier médical de chaque consommateur d'alcool à risque permettait d'informer le médecin sur le niveau de risque et de lui rappeler les composantes de l'intervention brève. Cette étude a montré que les médecins progressaient considérablement dans la pratique de l'intervention brève. Ils se sentaient parfaitement à l'aise pour informer les patients à propos des limites de consommation d'alcool à ne pas dépasser. Ils progressaient également de manière significative dans la manière de négocier des objectifs thérapeutiques, de valoriser la capacité du patient d'atteindre ces objectifs et dans la manière de laisser le patient fixer ses objectifs plutôt que de les imposer. Cette recherche a également permis de mettre en évidence que non seulement les médecins de premier recours étaient motivés pour apprendre à pratiquer l'intervention brève, mais aussi qu'ils l'utilisaient bien et que cet effet persistait au cours du temps. Cet enseignement a permis d'observer un doublement de la fréquence de discussion des problèmes d'alcool avec les patients. L'autre bénéfice important de ce travail est d'avoir démontré qu'il est nécessaire de faciliter le travail des médecins en mettant sur pied des stratégies de dépistage systématique de la consommation d'alcool à risque, par exemple dans la salle d'attente » (Daeppen, 2002).

Dans une méta-analyse de 15 programmes étudiant l'efficacité des différentes stratégies pour augmenter le taux de dépistage et de conseils sur la consommation à problème d'alcool, on a calculé que le taux de dépistage augmentait entre 8 % et 18 % par rapport à un groupe contrôle. Les programmes les plus efficaces étaient ceux qui combinaient à la fois l'éducation et un support continu au médecin à son bureau. Les programmes qui ne concernaient que l'alcool étaient plus efficaces que les programmes généraux dont l'alcool n'était qu'un des sujets (Anderson, Laurant et al. 2004).

6.4 MODÈLES

6.4.1 SOINS PARTAGÉS

On définit les soins partagés comme la participation conjointe des médecins généralistes et spécialistes dans la gestion planifiée des soins aux patients qui ont une maladie chronique, avec un échange d'informations continu dépassant les rapports de consultation habituels. Les facteurs qui facilitent les soins partagés incluent des dossiers partagés, une formation médicale continue conjointe, des protocoles de soins écrits, un système de rappel efficace, du temps protégé pour les médecins de famille, des moyens de communication efficaces et un agent de liaison (Furler, Patterson et al. 2000).

Il y a de nombreux bénéfices à créer un réseau intégré de soins pour les toxicomanes entre les médecins de première ligne et le réseau de soins spécialisés. Du point de vue du patient, il y a un meilleur accès aux traitements en toxicomanie lorsqu'il est vu en

première ligne ainsi qu'un meilleur accès aux soins médicaux lorsqu'il est vu en toxicomanie. Pour les médecins de première ligne, un tel réseau intégré encourage le dépistage des problèmes liés à l'abus de SPA, facilite l'accès aux soins spécialisés et assure une formation continue en toxicomanie. Un système non intégré encourage des soins épisodiques morcelés et mal coordonnés, moins efficaces pour le patient (Samet, Friedmann et al. 2001).

Les modèles centralisés amènent les soins médicaux de première ligne, les soins psychiatriques et les soins en toxicomanie au même endroit. Ce modèle diminue les problèmes de transport et contourne la désorganisation et le manque de motivation des patients (Samet, Friedmann et al. 2001). Willenbring et coll. (Willenbring and Olson 1999) ont rapporté des résultats favorables pour un traitement de l'alcoolisme intégré dans une clinique de première ligne pour les alcooliques malades physiquement et peu motivés. Leur modèle incluait :

- un minimum d'une visite par mois;
- des moyens pour rejoindre les patients qui manquaient des rendez-vous;
- une organisation du dossier qui amenait le médecin ou l'infirmière à vérifier la consommation d'alcool à chaque visite;
- une intervention brève encourageant la réduction de la consommation et non pas seulement l'abstinence;
- un *feedback* verbal et graphique de l'évolution des tests de laboratoire comme le GGT;

- la disponibilité de soins psychiatriques sur place, au besoin.

La plupart des cliniques médicales manquent de ressources pour donner un traitement complet et centralisé pour les toxicomanes. Il est donc important de développer des modèles efficaces en dehors d'un site unique. La coordination des soins est l'élément central de ce modèle. Il peut être nécessaire d'avoir des gestionnaires de cas, de l'assistance pour le transport et des ententes de services entre les différents établissements. Le fait que le médecin de première ligne est souvent débordé ne doit pas être une excuse, mais plutôt un élément important pris en compte dans l'élaboration d'un système de soins partagés (Samet, Friedmann et al. 2001).

Le service de toxicomanie devrait être capable de répondre rapidement aux médecins de famille. Cela nécessite une infrastructure appropriée. La personne qui répond au téléphone doit être capable de répondre immédiatement au médecin de famille, le soir et les fins de semaine y compris.

Des résultats éloquentes : Les programmes d'intervention avec méthadone

«La majorité des programmes d'intervention avec méthadone sont des programmes de longue durée, très structurés, dispensés par une équipe soignante pluridisciplinaire et généralement situés dans les grandes régions métropolitaines. Quoique efficaces, ces programmes offrent un nombre de places limité (la plupart du temps bien en dessous des besoins) et ne rejoignent pas toujours l'ensemble des hé-

6. Implantation

roïnomanes. Dans plusieurs pays avec l'implication des médecins de première ligne, le nombre de patients traités augmentent considérablement » (Lauzon and Schneeberger 1996).

« Il existe de nombreux avantages à cette forme d'intervention thérapeutique pratiquée par les médecins de première ligne. Elle permet entre autres de démarginaliser le traitement des abuseurs de drogues, de répondre à certains de leurs besoins de santé, de diminuer les listes d'attentes des programmes spécialisés et d'offrir des services à une plus grande proportion d'usagers de drogues » (Lauzon and Schneeberger 1996).

Les patients traités en première ligne ont rapporté d'autres avantages : de meilleurs soins médicaux, une plus grande confidentialité, moins de stigmatisation et plus de temps pour le travail, les études et les loisirs (n'étant plus obligés d'aller chercher de la méthadone à chaque jour) (Salsitz, Joseph et al. 2000).

Le gouvernement britannique recommande que les cas stables soient référés aux médecins de famille. Il suggère que les médecins de famille puissent « prendre en charge la désintoxication à court terme des héroïnomanes qui n'ont pas une longue histoire de dépendance ou encore effectuer une maintenance médicale à long terme auprès de patients dont le niveau de motivation est élevé, qui possèdent un bon réseau de soutien social et qui ont suivi avec succès, pendant un certain temps, un programme spécialisé de traitement avec substitution à la méthadone » (Lauzon and Schneeberger 1996).

6.4.2 SUPPORTS À LA PRATIQUE

- Les procédures doivent être incorporées dans les soins cliniques de routine.
- Les questionnaires de dépistage peuvent être auto-administrés ou faits par une infirmière, tout comme la prise des signes vitaux.
- Dépliants, liste des ressources spécialisées, liste de groupes AA et NA.
- Système de monitoring pour évaluer le nombre de personnes dépistées et traitées.
- Rappels informatisés de l'indication des tests de dépistage.
- *AUDIT* intégré dans le système informatique de soins.
- Évaluation des dossiers médicaux par des pairs avec rétroaction au médecin.
- Réorganisation des tâches entre le médecin et son personnel pour faciliter le dépistage.

6.5 ÉVALUATION

Il y a différentes façons de mesurer le succès d'un programme de dépistage :

- mesurer le nombre de dépistages faits, comparer aux nombres de dépistages qui auraient dû être faits selon la politique. Par exemple, Fleming (Fleming and Graham 2001) suggérerait qu'on ajoute comme indicateur de qualité des soins dans le *Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)* que 75 % de tous les patients âgés de 15 ans et plus soient dépistés pour les troubles liés à l'utilisation de l'alcool à chaque 5 ans;

- calculer le nombre de patients avec un dépistage positif;
- déterminer si les patients dépistés positifs ont reçu une intervention appropriée;
- faire un suivi d'un échantillonnage des patients dépistés positifs après 6 à 12 mois.

Les coûts

Les activités de prévention par les médecins sont mal rémunérées. Il est donc primordial de convaincre les autorités gouvernementales que l'investissement dans la prévention en ce qui concerne l'alcoolisme et les autres toxicomanies rapporte beaucoup. Des modalités ou une rémunération spécifique à ce type de pratique agiront de façon certaine comme motivateur puissant auprès des médecins.

« Dans l'analyse économique de l'étude « *TREAT* », le coût de l'intervention brève (coûts pour le patient et coût pour la clinique) était de 205 \$. L'analyse économique de l'utilisation des ressources de soins a montré que le groupe ayant bénéficié d'une intervention brève a moins consulté les services d'urgences pendant les six à 12 mois qui ont suivi l'intervention. Le nombre de jours d'hospitalisation était également moins important que dans celui du groupe

contrôle, aboutissant pour l'ensemble de l'étude à une réduction de 200 000 \$ en frais médicaux, soit 523 \$ par patient. Cette évaluation économique a également montré que le bénéfice lié aux réductions de la criminalité et des accidents dans le groupe d'intervention brève se montait à 228 000 \$, soit 629 \$ par patient. Ainsi, en considérant les bénéfices, tant sur le plan du coût des soins que ceux sur le plan des délits et des accidents, le bénéfice total de l'étude se montait à 483 000 \$ soit 1 151 \$ par patient, alors que le coût de l'étude globale était de 80 000 \$ ou de 205 \$ par patient. Le bénéfice net était aussi de 947 \$ par patient avec un rapport coût/bénéfice de 5,6. Ce rapport coût/bénéfice peut être expliqué simplement puisqu'il signifie que pour chaque dollar investi, une économie nette de 5,60 \$ a été effectuée. Les résultats de cette étude ont été réévalués après 48 mois en cherchant à mesurer l'impact sur l'utilisation des soins, sur les coûts liés aux accidents et aux délits. On a noté dans le groupe contrôle plus de délits (+46 %), plus d'accidents non mortels (+55 %), plus d'accidents mortels (+20 %), plus de consultations aux urgences (+25 %) et plus de journées d'hospitalisation (+58 %), par rapport au groupe intervention brève (Daeppen, 2002) ».

6. Implantation

Rapport coût-bénéfice des interventions brèves

Coût total patient – intervention (dépistage initial, évaluation, sessions de formations, personnel, téléphone)	165,65 \$
Coût pour les patients (déplacement, perte de temps de travail)	38,97 \$
Coût total de l'intervention	205 \$
Économie liée à la diminution de l'utilisation des ressources sanitaires	523 \$
Économie liée à la diminution des actions en justice et des accidents de la route	629 \$
Bénéfice total diminution des actions en justice et des accidents de la route	1 151 \$ par patient (p= 0,009)
Bénéfice net	947 \$ par patient
Rapport bénéfice-coût	56 263 \$ pour 10 000 \$ investis

(Fleming, Mundt et al. 2000)

7. CONCLUSION ET PISTES DE RÉFLEXION

Faciliter l'accès aux soins

« Les médecins généralistes sont les mieux placés pour dépister les patients ayant des problèmes avec l'alcool... Il a été démontré clairement que ce dépistage doit être suivi d'une intervention brève qui entraînera une réduction du risque grâce à un conseil standardisé court. Ces interventions brèves sont efficaces et rentables. Une rationalisation et des outils adaptés (informatisation des dossiers médicaux, documents, conseils pour les patients, test *AUDIT*) sont nécessaires pour obtenir des résultats probants. Ces techniques sont validées. Les médecins généralistes sont demandeurs de formation sur ce sujet, mais aussi d'une reconnaissance officielle de leur rôle en matière de dépistage et de prévention, ainsi que d'une éventuelle rémunération spécifique. Compte tenu du fait qu'actuellement, seulement 20 % des personnes dépendantes à l'alcool sont traitées, le groupe d'experts considère qu'il est prioritaire de faciliter l'accès aux soins de ces malades pour une prise en charge à 100 %... » (Expertise collective 2003).

Au Québec, un besoin urgent de sensibilisation et de formation en général en matière de toxicomanie est nécessaire. On devra viser à développer chez les médecins, les qualités nécessaires à la pratique de l'intervention brève et les former afin qu'ils soient capables de dépister, puis d'agir. L'investissement thérapeutique minimale qu'exige l'intervention brève peut

faire une énorme différence dans la qualité de vie de la population aux prises avec un problème d'abus ou de dépendance. L'investissement financier de la part de nos gouvernements se traduira par des économies substantielles tant au niveau des coûts de santé qu'au niveau des coûts sociaux engendrés par la toxicomanie.

Procéder au dépistage

« La recension des écrits révèle clairement la difficulté de faire de la recherche de cas au sens strict du terme, c'est-à-dire d'administrer un questionnaire à toutes les personnes qui consultent, peu importe la raison de consultation, dans le but d'identifier celles qui ont une consommation à risque ou problématique de substances psychotropes. Si un questionnaire normalisé est proposé aux intervenants, ils veulent qu'il soit court et facile à utiliser » (April and Rouillard 2001).

« Le meilleur questionnaire validé pour la recherche de cas de consommation à risque ou problématique d'alcool est l'*AUDIT*. Si des cliniciens veulent l'utiliser, il s'agit certainement d'un bon choix. Toutefois, avec ses 10 questions, ce test est probablement trop long pour la majorité des contextes de services de première ligne. D'ailleurs, malgré les recommandations faites aux médecins canadiens, ils utilisent peu ce test » (April and Rouillard 2001). L'*Audit-C*, à trois questions, est un bon compromis. L'implantation de l'*AUDIT* ou d'une de ses formes modifiées, son utilisation dans les différentes populations avec des points de césure pouvant être différents de-

7. Conclusion et pistes de réflexion

vraient faire l'objet de recherches québécoises pour valider cet outil.

« L'évaluation d'un mésusage d'alcool doit être faite chez tous les patients : soit systématiquement dans le cadre d'un questionnaire sur les habitudes de vie ou, en cas de symptômes tels que hypertension artérielle, hypertriglycéridémie, problèmes psychologiques, difficultés familiales ou sociales (et donc bien avant la dépendance). Tout dossier médical devrait comporter une évaluation de la consommation déclarée d'alcool (quantité, fréquence). La recherche de l'association GGT-CDT (*carbohydrate-deficient transferrin* ou transferrine désialylée) est particulièrement recommandée pour confirmer ou objectiver un diagnostic et pour le suivi des patients » (Reynaud and Schwan 2003).

Préciser les options et modalités de référence pour chaque région du Québec

Un élément important qui favoriserait grandement l'implication du médecin dans l'intervention auprès des patients présentant une dépendance serait la diffusion, par région, d'un inventaire des différentes ressources et de leurs caractéristiques, et des médecins ayant un intérêt particulier pour ce genre de clientèle.

Idéalement, la porte d'entrée vers les ressources plus spécialisées devrait être les CLSC qui pourraient avoir au sein de leur équipe, un intervenant habilité à évaluer et à diriger les patients affectés vers le niveau de soin adéquat dans des délais acceptables et ce, en collaboration étroite avec le

médecin référant, vers le niveau de soin adéquat et ce dans des délais acceptables.

Ainsi, grâce à l'utilisation de ces mesures dont la pertinence a été plusieurs fois validée, le système de santé québécois serait largement bonifié et amélioré en regard des problèmes d'abus et de dépendance à l'alcool et autres psychotropes.

Annexe 1

TABLEAU 1

Critères de dépendance à une substance

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :	
1.	Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
2.	Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique) b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
3.	La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
4.	Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
5.	Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple, consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple, fumer sans discontinuer) ou à récupérer de ses effets
6.	Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
7.	L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)
Spécifier si :	
➤ avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c.-à-d. des items 1 ou 2)	
➤ sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (absence des items 1 et 2)	

TABLEAU 2
Critères d'abus de substance

A) Mode d'utilisation inadéquate d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :	
1.	<i>utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)</i>
2.	<i>utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)</i>
3.	<i>problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)</i>
4.	<i>utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)</i>
B) Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance	

TABLEAU 3
Définition de la consommation standard

La définition de la consommation standard varie d'un pays à l'autre. Au Canada, cette mesure contient 13,5 grammes d'alcool et correspond à :	
1.	341 ml ou 12 oz de bière (5 %) = 1 canette
2.	43 ml ou 1,5 oz de spiritueux (40 %) = 1 doseur
3.	142 ml ou 5 oz de vin (12 %) = 1 verre de vin
4.	85 ml ou 3 oz de vin fortifié (20 %) = 1 verre de porto
La consommation de drogues illégales peut aussi constituer un risque sans qu'il n'y ait de « troubles » répondant à la définition du DSM-IV. Le « risque » dépend de la nature des produits, de la quantité consommée et d'autres critères. Bien qu'il existe des indices composés pour mesurer la gravité de la consommation de drogues, il n'est pas possible de donner une définition adéquate de la consommation à risque de drogues illégales, comme c'est le cas pour l'alcool.	

Annexe 2

AUDIT- GUIDE D'ADMINISTRATION

Considérations sur le patient :

- Le patient n'est pas intoxiqué et n'a pas besoin de soin d'urgence lors de l'administration du test.
- Le but du dépistage est clairement expliqué et relié à l'état de santé du patient.
- Le patient doit être capable de comprendre les questions et de répondre avec exactitude.
- On assure au patient que les réponses vont demeurer confidentielles.

Entrevue versus auto-administration :

Une entrevue permet la clarification de réponses ambiguës. Si l'utilisation de l'alcool n'est pas régulière à l'année, il est préférable d'utiliser la période avec la plus haute consommation dans l'année pour répondre aux questions, tout en notant que ce pattern peut être transitoire pour ce patient. Elle peut être nécessaire pour les patients analphabètes et permet une rétroaction immédiate au patient. L'entrevue permet de sauter les questions 4 à 8 si les réponses aux 3 premières questions sont négatives. Enfin, l'utilisation de versions modifiées de l'*AUDIT* peut nécessiter une entrevue.

L'auto-administration prend moins de temps, peut être informatisée et peut donner des réponses plus exactes.

Calculs du résultat et interprétation :

Chacune des 10 questions est cotée de 0 à 4. Le résultat peut donc varier de 0 à 40. Le seuil de positivité le plus courant est de 8 et plus. Il peut être modifié pour certaines populations. Le seuil de 8 semble moins sensible et plus spécifique chez les femmes (Cherpitel 1995; Cherpitel and Clark 1995; Cherpitel 1998; Cherpitel 2000). Il est donc suggéré de diminuer le seuil chez les femmes à 5 ou 6 (Reinert and Allen 2002).

Un seuil à 7 augmente la sensibilité chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

L'*AUDIT* a été construit pour une consommation standard de 10 g d'alcool pur. Au Canada, une consommation standard équivaut à 13,5 g et il peut être nécessaire d'ajuster les réponses aux questions 2 et 3.

- Un résultat de 1 ou plus aux questions 2 ou 3 indique une consommation à risque.
- Un résultat plus grand que 0 aux questions 4 à 6 (surtout s'il y a des symptômes hebdomadaires ou quotidiens) implique la présence de critère de dépendance.
- Un résultat plus grand que 0 aux questions 7 à 10 indique qu'il y a déjà des problèmes liés l'alcool.

Les 2 dernières questions peuvent indiquer un problème dans le passé, avant l'année courante. Cela doit aussi être discuté avec le patient.

En général, plus le résultat est haut, plus il est probable que le patient soit dépendant.

Annexe 2

Les résultats de 8 à 15 représentent un niveau modéré de problèmes d'alcool, tandis que les résultats de 16 et plus représentent un niveau élevé de problèmes.

On recommande un avis simple de réduire la consommation d'alcool si le résultat est entre 8 et 15, l'intervention brève avec suivi pour les résultats entre 16 et 19 et une évaluation globale plus complète en haut de 20.

Questionnaire *AUDIT*

Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool de l'année écoulée. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps, et pas les dernières semaines.

Points:	0	1	2	3	4
1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées?	Jamais	Une fois par mois ou moins	Deux à quatre fois par mois	Deux à trois fois par semaine	Quatre fois par semaine et plus
2. Combien de boissons alcoolisées consommez-vous au cours d'une journée type lorsque vous buvez?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	de 7 à 9	10 ou plus
3. À quelle fréquence consommez-vous six boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
4. Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez pas capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
5. Au cours des douze derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas fait ce que vous deviez faire parce que vous aviez bu?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
6. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu besoin de prendre un premier verre pour vous mettre en route le matin après avoir beaucoup bu la veille?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
7. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous éprouvé un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
8. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la veille au soir parce que vous aviez bu?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
9. Est-ce que quelqu'un d'autre ou vous-même avez subi des blessures parce que vous aviez bu?	Non		Oui, mais pas au cours de la dernière année		Oui, au cours de la dernière année
10. Est-ce qu'un membre de votre famille, un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est montré préoccupé par votre consommation d'alcool ou vous a suggéré de la réduire?	Non		Oui, mais pas au cours de la dernière année		Oui, au cours de la dernière année

Annexe 3

FACTEURS PRÉDISPOSANT À L'UTILISATION DE TABAC, D'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES CHEZ L'ADOLESCENT

- Alcoolisme paternel ou gémellaire
- Utilisation d'alcool, de tabac ou d'autres drogues par les parents
- Histoire familiale d'alcoolisme
- Histoire familiale de comportement antisocial
- Histoire d'abus ou de négligence
- Parents ayant de faibles aptitudes parentales
- Relations pauvres avec les parents
- Usage de drogue dans la fratrie
- Usage de drogue par son meilleur ami
- Usage de drogue par les pairs
- Échec scolaire
- Faible intérêt pour l'école ou l'accomplissement personnel
- État rebelle
- Faible estime de soi
- Comportement antisocial précoce
- Présence de psychopathologie, particulièrement la dépression
- Traits de caractère négatifs (mensonges fréquents, absence d'empathie pour les autres, besoin de gratification immédiate, besoin de rechercher des sensations, insensibilité aux punitions)
- Antécédent de dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues
- Désorganisation dans la communauté
- Comportement délinquant
- Spiritualité faible
- Expérimentation précoce du tabac et de l'alcool
- Activité sexuelle précoce

Liste de référence

- (1997). "Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes." *J Stud Alcohol* 58(1): 7-29.
- (1998). "American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse." *Pediatrics* 101(1 Pt 1): 125-8.
- Adams, W. L., K. L. Barry, et al. (1996). "Screening for problem drinking in older primary care patients." *Jama* 276(24): 1964-7.
- Adams, W. L., K. Magruder-Habib, et al. (1992). "Alcohol abuse in elderly emergency department patients." *J Am Geriatr Soc* 40(12): 1236-40.
- Aertgeerts, B. and F. Buntinx (2001). "Screening for alcohol abuse." *Br J Gen Pract* 51(467): 492-3.
- Aertgeerts, B., F. Buntinx, et al. (2001). "Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population." *Br J Gen Pract* 51(464): 206-17.
- Aertgeerts, B., F. Buntinx, et al. (2002). "Questionnaires are better than laboratory tests to screen for current alcohol abuse or dependence in a male inpatient population." *Acta Clin Belg* 57(5): 241-9.
- Aertgeerts, B., F. Buntinx, et al. (2000). "The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen." *Alcohol Clin Exp Res* 24(1): 53-7.
- Allen, J., R. Z. Litten, et al. (1998). "What you need to know: detecting alcohol problems in general medical practice." *Singapore Med J* 39(1): 38-41.
- Allen, J. P. and R. Z. Litten (2001). "The role of laboratory tests in alcoholism treatment." *J Subst Abuse Treat* 20(1): 81-5.
- American Medical Association (1999). Screening and brief interventions for alcohol problems. Council on scientific affairs.
- American Psychiatric Association (1995). Psychiatric services for addicted patients: task force report of the American Psychiatric Association. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1996). DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson.
- Anderson, P., M. Laurant, et al. (2004). "Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption: results of a meta-analysis." *J Stud Alcohol* 65(2): 191-9.
- Anderson, P. and E. Scott (1992). "The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men." *Br J Addict* 87(6): 891-900.
- April, N. and P. Rouillard (2001). Services de première ligne en alcoolisme et toxicomanie. Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec: 36.
- Babor, T. F. and M. Grant (1992). Project on identification of alcohol-related problems; Report on base II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care, World Health Organization.
- Babor, T. F., M. Grant, et al. (1994). "A randomized clinical trial of brief interventions in primary care: summary of a WHO project." *Addiction* 89(6): 657-60; discussion 660-78.
- Babor, T. F., J. C. Higgins-Biddle, et al. (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test : Guidelines for use in primary care. Geneva, World Health Organization: 40.
- Baer, J., D. Kivlahan, et al. (1992). "FEEDBACK AND ADVICE WITH HIGH-RISK COLLEGE freshman reduces drinking rates: a three-month follow-up." *Alcohol Clin Exp Res* 16: 403.

Liste de référence

- Ballesteros, J., J. C. Duffy, et al. (2004). "Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses." *Alcohol Clin Exp Res* 28(4): 608-18.
- Beich, A., T. Thorsen, et al. (2003). "Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis." *Bmj* 327(7414): 536-42.
- Beresford, T. P., F. C. Blow, et al. (1990). "Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism." *Lancet* 336(8713): 482-5.
- Bernstein, E., J. Bernstein, et al. (1997). "Project ASSERT: an ED-based intervention to increase access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system." *Ann Emerg Med* 30(2): 181-9.
- Bien, T. H., W. R. Miller, et al. (1993). "Brief interventions for alcohol problems: a review." *Addiction* 88(3): 315-35.
- Birchfield, M., J. Scully, et al. (1995). "Perinatal screening for illicit drugs: policies in hospitals in a large metropolitan area." *J Perinatol* 15(3): 208-14.
- Blow, F. C. (1998). *Substance abuse among older adults*. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Bondy, S. J., J. Rehm, et al. (1999). "Low-risk drinking guidelines: the scientific evidence." *Can J Public Health* 90(4): 264-70.
- Botelho, R. J., H. A. Skinner, et al. (1999). "Patients with alcohol problems in primary care: understanding their resistance and motivating change." *Prim Care* 26(2): 279-98.
- Bradley, K. A., J. Boyd-Wickizer, et al. (1998). "Alcohol screening questionnaires in women: a critical review." *Jama* 280(2): 166-71.
- Bradley, K. A., K. R. Bush, et al. (2003). "Two brief alcohol-screening tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation in a female Veterans Affairs patient population." *Arch Intern Med* 163(7): 821-9.
- Bradley, K. A., K. R. Bush, et al. (1998). "Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test." *J Gen Intern Med* 13(6): 379-88.
- Bradley, K. A., D. R. Kivlahan, et al. (2001). "Variations on the CAGE alcohol screening questionnaire: strengths and limitations in VA general medical patients." *Alcohol Clin Exp Res* 25(10): 1472-8.
- Bradley, K. A., D. R. Kivlahan, et al. (2004). "Using alcohol screening results and treatment history to assess the severity of at-risk drinking in Veterans Affairs primary care patients." *Alcohol Clin Exp Res* 28(3): 448-55.
- Bradley Tanner, T., E. Sullivan, et al. (2003). *Screening for alcohol use problems in primary care*, Clinical Tools, Inc. 2004.
- Brands, B., M. Kahan, et al. (2000). *Management of alcohol, tobacco and other drug problems: a physician manual*. Toronto, Center for Addiction and Mental Health.
- Brookoff, D., E. A. Campbell, et al. (1993). "The underreporting of cocaine-related trauma: drug abuse warning network reports vs hospital toxicology tests." *Am J Public Health* 83(3): 369-71.
- Brown, R. L., T. Leonard, et al. (1998). "The prevalence and detection of substance use disorders among inpatients ages 18 to 49: an opportunity for prevention." *Prev Med* 27(1): 101-10.
- Brown, R. L. and L. A. Rounds (1995). "Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice." *Wis Med J* 94(3): 135-40.

Liste de référence

- Bush, K., D. R. Kivlahan, et al. (1998). "The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test." Arch Intern Med 158(16): 1789-95.
- Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (2000). Missed opportunity: National Survey of Primary Care Physicians and Patients on Substance Abuse. New York, Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University: 105.
- Chafetz, M. E., H. T. Blane, et al. (1962). "Establishing treatment relations with alcoholics." J Nerv Ment Dis 134: 395-409.
- Chang, G., M. A. Goetz, et al. (1999). "Identifying prenatal alcohol use: screening instruments versus clinical predictors." Am J Addict 8(2): 87-93.
- Charon, F. (2002). "[Excessive alcohol consumption and the role of the general practitioner. When and how should he react?]." Rev Med Brux 23(4): A318-23.
- Chasnoff, I. J., H. J. Landress, et al. (1990). "The prevalence of illicit-drug or alcohol use during pregnancy and discrepancies in mandatory reporting in Pinellas County, Florida." N Engl J Med 322(17): 1202-6.
- Cherpitel, C. J. (1995). "Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room." J Stud Alcohol 56(6): 695-700.
- Cherpitel, C. J. (1997). "Comparison of screening instruments for alcohol problems between black and white emergency room patients from two regions of the country." Alcohol Clin Exp Res 21(8): 1391-7.
- Cherpitel, C. J. (1998). "Performance of screening instruments for identifying alcohol dependence in the general population, compared with clinical populations." Alcohol Clin Exp Res 22(7): 1399-404.
- Cherpitel, C. J. (2000). "A brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: the RAPS4. Rapid Alcohol Problems Screen." J Stud Alcohol 61(3): 447-9.
- Cherpitel, C. J. and G. Borges (2004). "Screening for drug use disorders in the emergency department: performance of the rapid drug problems screen (RDPS)." Drug Alcohol Depend 74(2): 171-5.
- Cherpitel, C. J. and W. B. Clark (1995). "Ethnic differences in performance of screening instruments for identifying harmful drinking and alcohol dependence in the emergency room." Alcohol Clin Exp Res 19(3): 628-34.
- Chick, J., B. Ritson, et al. (1988). "Advice versus extended treatment for alcoholism: a controlled study." Br J Addict 83(2): 159-70.
- Chung, T., S. M. Colby, et al. (2000). "Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses." J Stud Alcohol 61(4): 579-87.
- Chung, T., S. M. Colby, et al. (2003). "Screening for cannabis use disorders in an adolescent emergency department sample." Drug and Alcohol Dependence 70: 177-86.
- Cité de la Santé de Laval (1994). Dépistage de la cocaïne chez le nouveau-né: les recommandations du Comité de bioéthique de la Cité de la Santé. Actualité médicale: 8-10.
- Clay, S. W. (1997). "Comparison of AUDIT and CAGE questionnaires in screening for alcohol use disorders in elderly primary care outpatients." J Am Osteopath Assoc 97(10): 588-92.
- Collège des médecins de famille du Canada (1994). Risques associés à la consommation d'alcool: évaluation et intervention (Projet ARAI). Mississauga, Collège des médecins de famille du Canada.

Liste de référence

- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2003). La consommation de psychotropes: Portrait et tendances au Québec. Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Conigrave, K. M., F. H. Burns, et al. (1991). "Problem drinking in emergency department patients: the scope for early intervention." Med J Aust 154(12): 801-5.
- Conigrave, K. M., J. B. Saunders, et al. (1995). "Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm." Addiction 90(11): 1479-85.
- Copeland, J., W. Swift, et al. (2001). "A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder." J Subst Abuse Treat 21(2): 55-64; discussion 65-6.
- Curtis, J. R., G. Geller, et al. (1989). "Characteristics, diagnosis, and treatment of alcoholism in elderly patients." J Am Geriatr Soc 37(4): 310-6.
- Davidson, P., J. Koziol-McLain, et al. (1997). "Intoxicated ED patients: a 5-year follow-up of morbidity and mortality." Ann Emerg Med 30(5): 593-7.
- Dawe, S., A. Seinen, et al. (2000). "An examination of the utility of the AUDIT in people with schizophrenia." J Stud Alcohol 61(5): 744-50.
- de las Cuevas, C., E. J. Sanz, et al. (2000). "The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study." Addiction 95(2): 245-50.
- Deehan, A., E. J. Marshall, et al. (1998). "Tackling alcohol misuse: opportunities and obstacles in primary care." Br J Gen Pract 48(436): 1779-82.
- Demers, A., D. Cohen, et al. (1997). Les attitudes et les pratiques des omnipraticiens québécois en matière de problèmes d'alcool. Montréal, Université de Montréal: 92.
- Dischinger, P. C., K. A. Mitchell, et al. (2001). "A longitudinal study of former trauma center patients: the association between toxicology status and subsequent injury mortality." J Trauma 51(5): 877-84; discussion 884-6.
- Dixon, L., E. Dibietz, et al. (1993). "Comparison of DSM-III-R diagnoses and a brief interview for substance use among state hospital patients." Hosp Community Psychiatry 44(8): 748-52.
- Drake, R. E., A. I. Alterman, et al. (1993). "Detection of substance use disorders in severely mentally ill patients." Community Ment Health J 29(2): 175-92; discussion 193-4.
- Dyson, V., L. Appleby, et al. (1998). "Efficiency and validity of commonly used substance abuse screening instruments in public psychiatric patients." J Addict Dis 17(2): 57-76.
- Edwards, A. G. and S. Rollnick (1997). "Outcome studies of brief alcohol intervention in general practice: the problem of lost subjects." Addiction 92(12): 1699-704.
- el-Guebaly, N., S. J. Armstrong, et al. (1998). "Substance abuse and the emergency room: programmatic implications." J Addict Dis 17(2): 21-40.
- Elster, A. and N. Kuzets (1994). AMA Guidelines for Adolescent Preventive Service (GAPS). Baltimore, Williams and Wilkins.
- Emmen, M. J., G. M. Schippers, et al. (2004). "Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review." Bmj 328(7435): 318.
- Ewing, J. A. (1984). "Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire." Jama 252(14): 1905-7.
- Expertise collective (2003). Alcool: Dommages sociaux, abus et dépendance. Paris, Inserm.
- Fiellin, D. A., M. C. Reid, et al. (2000). "Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review." Arch Intern Med 160(13): 1977-89.
- Fiellin, D. A. and R. Saitz (1999). "Alcohol Problems: Screening and Management in the Primary Care Setting." Primary Care Case Reviews 2(3): 133-144.
- Fink, M. (1998). "Delirium following cessation of alcohol consumption." Am J Psychiatry 155(11): 1638-9.
-

Liste de référence

- Fleming, M. (1997). "Strategies to increase alcohol screening in health care settings." Alcohol and Health Research World 21(4): 340-7.
- Fleming, M. F. (2003). "Brief interventions and the treatment of alcohol use disorders: current evidence." Recent Dev Alcohol 16: 375-90.
- Fleming, M. F. (2003). Screening for at-risk, problem, and dependent alcohol use. Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives. R. K. Hester and W. R. Miller. Boston, Allyn and Bacon: 64-77.
- Fleming, M. F., K. L. Barry, et al. (1997). "Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices." Jama 277(13): 1039-45.
- Fleming, M. F. and A. W. Graham (2001). "Screening and brief interventions for alcohol use disorders in managed care settings." Recent Dev Alcohol 15: 393-416.
- Fleming, M. F., L. B. Manwell, et al. (1999). "Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial." J Fam Pract 48(5): 378-84.
- Fleming, M. F., L. B. Manwell, et al. (1998). "At-risk drinking in an HMO primary care sample: prevalence and health policy implications." Am J Public Health 88(1): 90-3.
- Fleming, M. F., M. P. Mundt, et al. (2000). "Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings." Med Care 38(1): 7-18.
- Fowler, G. and J. Austoker (1997). Screening. The practice of public health, Oxford textbook of public health. R. Detels, W. Holland, J. McEwen and G. Omenn. Oxford, Oxford University Press. 3: 1583-1601.
- Friedmann, P. D., R. Saitz, et al. (2001). "Validation of the screening strategy in the NIAAA "Physicians' Guide to Helping Patients with Alcohol Problems"." J Stud Alcohol 62(2): 234-8.
- Furler, J., S. Patterson, et al. (2000). Shared care: Specialist alcohol and drug services and GPs working together. Fitzroy, Turning Point Alcohol and Drug Center Inc.
- Gaudreault, A. (1998). Rapport du comité sur les outils de dépistage et d'évaluation de la toxicomanie à la RRSSS de Québec. État de situation: compilation des questionnaires. Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Gentilello, L. M., D. M. Donovan, et al. (1995). "Alcohol interventions in trauma centers. Current practice and future directions." Jama 274(13): 1043-8.
- Gentilello, L. M., F. P. Rivara, et al. (1999). "Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence." Ann Surg 230(4): 473-80; discussion 480-3.
- Gillogley, K. M., A. T. Evans, et al. (1990). "The perinatal impact of cocaine, amphetamine, and opiate use detected by universal intrapartum screening." Am J Obstet Gynecol 163(5 Pt 1): 1535-42.
- Gladstone, J., M. Levy, et al. (1997). "Characteristics of pregnant women who engage in binge alcohol consumption." Cmaj 156(6): 789-94.
- Gomby, D. S. (1991). Estimating the number of substance-exposed infants. The future of children. Los Altos, CA, Center for the Future of Children: 17-25.
- Gomel, M. K., J. Saunders, et al. (1994). "Dissemination of early intervention for harmful alcohol consumption in general practice." Health Promotion Journal of Australia 4(2): 65-69.
- Gordon, A. J., S. A. Maisto, et al. (2001). "Three questions can detect hazardous drinkers." J Fam Pract 50(4): 313-20.

Liste de référence

- Gossop, M., S. Darke, et al. (1995). "The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users." *Addiction* 90(5): 607-14.
- Graeber, D., M. TB, et al. (2003). "A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders." *Community Ment Health J* 39(3): 189-202.
- Graham, A. W. and M. F. Fleming (2003). Briefs interventions. *Principles of addiction medicine*. A. Graham, T. Schultz, m. Mayo-Smith, r. Ries and b. Wilford. Chevy Chase, American Society of Addiction Medicine: 361-372.
- Haggerty, J. (1994). Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et counseling des buveurs à risque. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. S. Canada. Ottawa, Santé Canada: 556-568.
- Heather, N., P. D. Champion, et al. (1987). "Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme)." *J R Coll Gen Pract* 37(301): 358-63.
- Hopkins, T. B., V. J. Zarro, et al. (1994). "The adequacy of screening, documenting, and treating the diseases of substance abuse." *J Addict Dis* 13(2): 81-7.
- Howell, E. M. and I. J. Chasnoff (1999). "Perinatal substance abuse treatment. Findings from focus groups with clients and providers." *J Subst Abuse Treat* 17(1-2): 139-48.
- Hulse, G. K. and R. J. Tait (2002). "Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders." *Drug Alcohol Rev* 21(2): 105-12.
- Hulse, G. K. and R. J. Tait (2003). "Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders." *Addiction* 98(8): 1061-8.
- Hungerford, D. and D. Pollock (2002). Alcohol Problems Among Emergency Department Patients: Proceedings of a Research Conference on Identification and Intervention. Atlanta, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol treatment*. Washington, DC, National Academy Press.
- Israel, Y., O. Hollander, et al. (1996). "Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team." *Alcohol Clin Exp Res* 20(8): 1443-50.
- Johnson, B. A., N. Ait-Daoud, et al. (2003). "Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial." *Lancet* 361(9370): 1677-85.
- Johnson, B. A., J. D. Roache, et al. (2000). "Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: A randomized controlled trial." *Jama* 284(8): 963-71.
- Kahan, M., L. Wilson, et al. (1995). "Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review." *Cmaj* 152(6): 851-9.
- Kahan, M., L. Wilson, et al. (2003). "Randomized controlled trial on the effects of a skills-based workshop on medical students' management of problem drinking and alcohol dependence." *Subst Abuse* 24(1): 5-16.
- Kalant, H. (1997). "Opium revisited: a brief review of its nature, composition, non-medical use and relative risks." *Addiction* 92(3): 267-77.
- Kessler, R., G. Andrews, et al. (1998). "The world health organization composite international diagnostic interview short-form (CIDI-SF)." *International Journal of Methods in Psychiatry* 7: 171-85.
-

Liste de référence

- Klein, D. and E. Zahnd (1997). "Perspectives of pregnant substance-using women: findings from the California Perinatal Needs Assessment." *J Psychoactive Drugs* 29(1): 55-66.
- Koren, G. (1996). "Cocaine use by pregnant women in Toronto." *Can Fam Physician* 42: 1677-9.
- Koren, G. and J. Klein (1997). "Neonatal hair test for cocaine. Toronto experience." *Can Fam Physician* 43: 1215-7, 1219.
- Kranzler, H., A. Pierruci-Lagha, et al. (2003). "Effects of ondansetron in early-versus late-onset alcoholics: a prospective, open-label study." *Alcohol Clin Exp Res* 27(7): 1150-5.
- Kristenson, H., H. Ohlin, et al. (1983). "Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls." *Alcohol Clin Exp Res* 7(2): 203-9.
- Landry, M., L. Guyon, et al. (accepté pour publication). Dépistage de la consommation problématique de substances psychoactives chez les adolescents: création et utilisation d'un outil clinique et épidémiologique. *I comportamenti a rischio degli adolescenti*. Italie, McGraw Hill.
- Lauzon, P. and P. Schneeberger (1996). L'intervention avec méthadone auprès des héroïnomanes: le rôle des médecins de première ligne. Montréal, Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN): 15.
- Leutwyler, J., J. B. Daeppen, et al. (2004). "[Pregnancy and alcohol consumption]." *Rev Med Suisse Romande* 124(1): 47-50.
- Macneil, P. and I. Webster (1997). Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et autres drogues: analyse des résultats, Santé Canada.
- Maisto, S. A., M. P. Carey, et al. (2000). "Use of the AUDIT and the DAST-10 to identify alcohol and drug use disorders among adults with a severe and persistent mental illness." *Psychol Assess* 12(2): 186-92.
- Maisto, S. A. and J. R. McKay (1995). Diagnosis. *Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers*. J. P. Allen and M. Columbus. Bethesda, MD, NIAAA: 41-54.
- Manwell, L. B., M. F. Fleming, et al. (1998). "Tobacco, alcohol, and drug use in a primary care sample: 90-day prevalence and associated factors." *J Addict Dis* 17(1): 67-81.
- Mark, T. L., H. R. Kranzler, et al. (2003). "Barriers to the use of medications to treat alcoholism." *Am J Addict* 12(4): 281-94.
- Marlatt, G. A., J. S. Baer, et al. (1998). "Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment." *J Consult Clin Psychol* 66(4): 604-15.
- McCrary, B. S. and J. W. Langenbucher (1996). "Alcohol treatment and health care system reform." *Arch Gen Psychiatry* 53(8): 737-46.
- McInnes, E. and J. Powell (1994). "Drug and alcohol referrals: are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed?" *Bmj* 308(6926): 444-6.
- McIntosh, M., G. Leigh, et al. (1997). "Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice." *Canadian family physician* 43: 1959-1967.
- McLellan, M. (1995). "Briser le cycle: Un nouveau service pour les patientes toxicomanes." *Motherisk*(4).
- Miller, W. R. (1996). "Motivational interviewing: research, practice, and puzzles." *Addict Behav* 21(6): 835-42.
- Miller, W. R. and S. Rollnick (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York, Guilford Press.

Liste de référence

- Miller, W. R., P. L. Wilbourne, et al. (2003). What Works? A summary of alcohol treatment outcome research. Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives. R. Hester and W. R. Miller. Boston, Allyn and Bacon: 13-63.
- Miner, K. J., N. Holtan, et al. (1996). "Barriers to screening and counseling pregnant women for alcohol use." Minn Med 79(10): 43-7.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (2002). Usage nocif de substances psychoactives : Identification des usages à risques, outils de repérage, conduite à tenir. Paris, La documentation française.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. Québec.
- Monti, P. M., S. M. Colby, et al. (1999). "Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department." J Consult Clin Psychol 67(6): 989-94.
- Moore, R. D., L. R. Bone, et al. (1989). "Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients." Jama 261(3): 403-7.
- Morton, J. L., T. V. Jones, et al. (1996). "Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans." Am J Med 101(2): 153-9.
- Moyer, A., J. W. Finney, et al. (2002). "Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations." Addiction 97(3): 279-92.
- Mueser, K. T., D. L. Noordsy, et al. (2003). Integrated treatment for dual disorders: a guide to affective practice. New-York, The Guilford Press.
- National Institute Health (1996). Guide to Clinical Preventive Services.
- National Institute of Health (1996). Screening for problem drinking. Guide to clinical preventive services.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1995). The physicians' guide to helping patients with alcohol problems. Bethesda, National Institute of Health.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2003). Prescribing services for drug misuse. Research into practice, NHS.
- O'Connor, P. G., C. K. Farren, et al. (1997). "A preliminary investigation of the management of alcohol dependence with naltrexone by primary care providers." Am J Med 103(6): 477-82.
- O'Connor, P. G. and T. R. Kosten (1998). "Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques." Jama 279(3): 229-34.
- O'Malley, S. (1998). Naltrexone and alcoholism treatment. Rockville, MD, Center for Substance-Treatment.
- Ockene, J. K., A. Adams, et al. (1999). "Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work?" Arch Intern Med 159(18): 2198-205.
- Ockene, J. K., M. E. Quirk, et al. (1988). "A residents' training program for the development of smoking intervention skills." Arch Intern Med 148(5): 1039-45.
- Ogborne, A. C., T. C. Wild, et al. (1998). "Measuring treatment process beliefs among staff of specialized addiction treatment services." J Subst Abuse Treat 15(4): 301-12.
- Ostrea, E. M., Jr. (1992). "Detection of prenatal drug exposure in the pregnant woman and her newborn infant." NIDA Res Monogr 117: 61-79.
- Otis, J. (1996). Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH, bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et des jeunes adultes. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
-

Liste de référence

- Perron, B. and J. Loiselle (2003). Alcool et drogues. Portrait de la situation en 2002 et principales comparaisons avec 2000. Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire 2002 (résultats sommaires). Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Prochaska, J. O., C. C. DiClemente, et al. (1992). "In search of how people change. Applications to addictive behaviors." Am Psychol 47(9): 1102-14.
- Ramirez, D., B. Darne, et al. (1990). "[Prevalence of alcoholic diseases. At a teaching hospital of the Paris suburbs]." Presse Med 19(34): 1571-5.
- Reid, M. C., D. A. Fiellin, et al. (1999). "Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care." Arch Intern Med 159(15): 1681-9.
- Reinert, D. F. and J. P. Allen (2002). "The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research." Alcohol Clin Exp Res 26(2): 272-9.
- Reynaud, M., P. J. Parquet, et al. (1999). "Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances-psychoactives."
- Reynaud, M. and R. Schwan (2003). "Diagnostic des addictions." Rev Prat 53(12): 1304-14.
- Rhem, J., T. Greenfield, et al. (1999). "Assesment methods for alcohol consumption, prevalence of high risk drinking and harm: a sensivity analysis." Int J Epidemiology 28: 219-24.
- Rivara, F. P., D. C. Grossman, et al. (1997). "Injury prevention. First of two parts." N Engl J Med 337(8): 543-8.
- Roberts, G. and J. Nanson (2000). Meilleures pratiques: Syndrome d'alcoolisme foetal/effets de l'alcool sur le foetus et les effets des autres drogues pendant la grossesse. Ottawa, Santé Canada.
- Robson, E., J. Edwards, et al. (1995). Drinking decisions, a prevention program for problems drinkers. Edmonton, Capital Health Authority, Public Health Services.
- Roche, A. M., M. D. Parle, et al. (1995). "Management and treatment efficacy of drug and alcohol problems: what do doctors believe?" Addiction 90(10): 1357-66.
- Rostenberg, P. O. (1995). Alcohol and other screening of hospitalized trauma patients. Rockville, MD, Center for Substance Abuse Treatment.
- Rush, B., K. Ellis, et al. (1994). "How general practitioners view alcohol use. Clearing up the confusion." Can Fam Physician 40: 1570-9.
- Russell, M., S. S. Martier, et al. (1994). "Screening for pregnancy risk-drinking." Alcohol Clin Exp Res 18(5): 1156-61.
- Russell, M., S. S. Martier, et al. (1996). "Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires." Am J Public Health 86(10): 1435-9.
- Saitz, R., K. P. Mulvey, et al. (1997). "Physician unawareness of serious substance abuse." Am J Drug Alcohol Abuse 23(3): 343-54.
- Salsitz, E. A., H. Joseph, et al. (2000). "Methadone medical maintenance (MMM): treating chronic opioid dependence in private medical practice--a summary report (1983-1998)." Mt Sinai J Med 67(5-6): 388-97.
- Samet, J. H., P. Friedmann, et al. (2001). "Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: patient, provider, and societal perspectives." Arch Intern Med 161(1): 85-91.
- Sanchez-Craig, M. (1994). C'est assez. Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Sanchez-Craig, M., H. M. Annis, et al. (1984). "Random assignment to abstinence and controlled drinking: evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers." J Consult Clin Psychol 52(3): 390-403.

Liste de référence

- Sanchez-Craig, M., K. Spivak, et al. (1991). "Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: replication and report of therapist effects." Br J Addict 86(7): 867-76.
- Santé Canada (1998). Enquête nationale sur la santé de la population. Ottawa.
- Santé Canada (2003). Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ottawa.
- Savage, C., J. Wray, et al. (2003). "Current screening instruments related to alcohol consumption in pregnancy and a proposed alternative method." J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 32(4): 437-46.
- Seppa, K. and R. Makela (1993). "Heavy drinking in hospital patients." Addiction 88(10): 1377-82.
- Sharpe, P. C. (2001). "Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence." Ann Clin Biochem 38(Pt 6): 652-64.
- Sims, D. W., B. A. Bivins, et al. (1989). "Urban trauma: a chronic recurrent disease." J Trauma 29(7): 940-6; discussion 946-7.
- Sinclair, M., B. McRee, et al. (1992). Evaluation of the reliability of Audit, University of Connecticut School of Medicine.
- Skinner, H. A. (1990). "Spectrum of drinkers and intervention opportunities." Cmaj 143(10): 1054-9.
- Smothers, B. A., H. T. Yahr, et al. (2003). "Prevalence of current DSM-IV alcohol use disorders in short-stay, general hospital admissions, United States, 1994." Arch Intern Med 163(6): 713-9.
- Sobell, L. and M. Sobell (1995). Alcohol consumption measures. Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers. J. P. Allen and M. Columbus. Bethesda, MD, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 4: 55-73.
- Soderstrom, C. (1994). Trauma. Principles of addiction medicine. N. Miller. Chevy Chase, MD, American Society of Addiction Medicine.
- Soderstrom, C. A., J. T. Dailey, et al. (1994). "Alcohol and other drugs: an assessment of testing and clinical practices in U.S. trauma centers." J Trauma 36(1): 68-73.
- Soderstrom, C. A., P. C. Dischinger, et al. (1998). "Screening trauma patients for alcoholism according to NIAAA guidelines with alcohol use disorders identification test questions." Alcohol Clin Exp Res 22(7): 1470-5.
- Soderstrom, C. A., P. C. Dischinger, et al. (1992). "Psychoactive substance dependence among trauma center patients." Jama 267(20): 2756-9.
- Sokol, R. J., S. S. Martier, et al. (1989). "The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking." Am J Obstet Gynecol 160(4): 863-8; discussion 868-70.
- Solberg, L. I. (2000). "Guideline implementation: what the literature doesn't tell us." Jt Comm J Qual Improv 26(9): 525-37.
- Statistique Canada (2002). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.1 (2000-2001).
- Steinweg, D. L. and H. Worth (1993). "Alcoholism: the keys to the CAGE." Am J Med 94(5): 520-3.
- Stephens, R. S., R. A. Roffman, et al. (2000). "Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use." J Consult Clin Psychol 68(5): 898-908.
- Stout, R. L., A. Rubin, et al. (1999). "Optimizing the cost-effectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring." Addict Behav 24(1): 17-35.
- Sullivan, E. and M. Fleming (1997). A Guide to Substance Services for Primary Care Clinicians. Rockville, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
-

Liste de référence

- Swift, R. M. (2003). "Topiramate for the treatment of alcohol dependence: initiating abstinence." Lancet 361(9370): 1666-7.
- Swift, W., J. Copeland, et al. (1998). "Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence." Addiction 93(11): 1681-92.
- Topp, L. and R. P. Mattick (1997). "Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users." Addiction 92(7): 839-45.
- Tremblay, J., P. Rouillard, et al. (2001). DÉBA-A\D: Dépistage/évaluation du besoin d'aide - alcool/drogues. Manuel d'utilisation. Québec: 47.
- Volk, R. J., S. B. Cantor, et al. (1997). "Item bias in the CAGE screening test for alcohol use disorders." J Gen Intern Med 12(12): 763-9.
- Volpicelli, J. R., H. M. Pettinati, et al. (2001). Combining medication and psychosocial treatments for addiction: the BRENDA approach. New York, Guilford Press.
- Wagner, E. F., S. A. Brown, et al. (1999). "Innovations in adolescent substance abuse intervention." Alcohol Clin Exp Res 23(2): 236-49.
- Wallace, P., S. Cutler, et al. (1988). "Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption." Bmj 297(6649): 663-8.
- Werner, M. J. and H. Adger, Jr. (1995). "Early identification, screening, and brief intervention for adolescent alcohol use." Arch Pediatr Adolesc Med 149(11): 1241-8.
- WHO Brief Intervention Study Group (1996). "A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers." Am J Public Health 86(7): 948-55.
- Widlitz, M. and D. B. Marin (2002). "Substance abuse in older adults. An overview." Geriatrics 57(12): 29-34; quiz 37.
- Wilk, A. I., N. M. Jensen, et al. (1997). "Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers." J Gen Intern Med 12(5): 274-83.
- Willenbring, M. L. and D. H. Olson (1999). "A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men." Arch Intern Med 159(16): 1946-52.
- Williams, R. and D. C. Vinson (2001). "Validation of a single screening question for problem drinking." J Fam Pract 50(4): 307-12.
- Wilson, D. M. (1994). "Identifying patients at risk for alcohol-related problems." Can Fam Physician 40: 1492-5, 1498-501.
- Wilson, L., M. Kahan, et al. (1999). Project CREATE Problem Drinking Module. Toronto, Project CREATE.
- Winters, K. C. (1999). Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders. Rockville, MD, Center for Substance Abuse Treatment.
- Yates, D. W., J. M. Hadfield, et al. (1987). "Alcohol consumption of patients attending two accident and emergency departments in north-west England." J R Soc Med 80(8): 486-9.
- Ylikorkala, O., U. H. Stenman, et al. (1987). "gamma-Glutamyl transferase and mean cell volume reveal maternal alcohol abuse and fetal alcohol effects." Am J Obstet Gynecol 157(2): 344-8.
- Zuckerman, B., D. A. Frank, et al. (1989). "Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth." N Engl J Med 320(12): 762-8.
- Zweben, A., S. J. Rose, et al. (2003). Case Monitoring and Motivational Style Brief Interventions. Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives. R. K. Hester and W. R. Miller. Boston, Allyn and Bacon: 113-130.