Étude originale

Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE »

par **Sonia Arfaoui**,* MG ;
Anne-Violaine Dewost,* MG alcoologue ;
Gérald Demortiere, médecin du travail, CIEMTREF, 95122 Ermont ;
Julie Abesdris,* MG alcoologue ;
Francis Abramovici, MG, 77400 Lagny ;
Philippe Michaud,* MG alcoologue, coordonnateur du programme « Boire moins, c'est mieux », 92000 Nanterre.
bmcm@anpa.asso.fr

RÉSUMÉ :

Objectif : présenter un nouvel outil de repérage des consommations excessives d'alcool, le questionnaire FACE, construit pour les médecins généralistes en France et utilisable en santé au travail.
Méthode : 41 médecins généralistes ont soumis à leurs patients au cours de leur consultation 9 questions issues de questionnaires déjà validés pour le diagnostic de consommation à risque et de dépendance (AUDIT, CAGE, TWEAK, 5-shot-questionnaire). Les diagnostics de référence étaient établis par un médecin alcoologue lors d'un entretien complémentaire après la consultation. La construction du questionnaire FACE s'est appuyée sur le pouvoir discriminant de ces 9 questions, dont 5 ont été finalement retenues.
Résultats : les valeurs informationnelles du questionnaire ont été établies sur l'analyse de 564 dossiers :
– pour la consommation excessive chez les hommes : sensibilité : 87,8 % ; spécificité : 74 % ;
– pour la consommation excessive chez les femmes : sensibilité : 84,4 % ; spécificité : 84 % ;
– pour la dépendance ou l'abus dans les deux sexes : sensibilité : 75 % ; spécificité : 95,8 %.
Conclusion : le questionnaire FACE (pour « formule pour apprécier la consommation par entretien ») en 5 questions permet un repérage rapide des buveurs excessifs à l'initiative du médecin et a des qualités informationnelles proches de celles de l'AUDIT.

Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 (641) : 201-5.

En France, les consommateurs excessifs d'alcool (patients qui ont un risque ou un problème secondaire à la consommation d'alcool) représentent 25 % des hommes et 10 % des femmes consultant en médecine générale. L'alcoolodépendance concerne 5 % des hommes et 1 % des femmes qui consultent. [1] En pratique, seuls certains alcoolodépendants – les plus symptomatiques – sont habituellement repérés. Les médecins généralistes ont pourtant un rôle crucial dans le repérage de la consommation excessive d'alcool (prévention secondaire) [2] et la population leur manifeste d'ailleurs une confiance élevée. [3, 4]
La consommation excessive d'alcool est définie par des modèles épidémiologiques : les seuils de risque actuellement définis et diffusés par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) sont de 21 verres par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes. [5] Ce sont des repères généraux valables à l'échelle d'une population, mais qui doivent être appliqués prudemment à l'échelle individuelle pour tenir compte des autres facteurs de risque de développer une alcoolopathie ou une alcoolodépendance (facteurs environnementaux ou personnels).
Le but du repérage précoce des consommations excessives d'alcool est d'empêcher le développement d'alcoolopathies qui contribuent massivement à la mortalité prématurée en France (45 000 morts attribuables à l'alcool chaque année). Mais sa mise en œuvre est difficile en l'absence de signes cliniques ou biologiques permettant d'évoquer tôt une consommation dangereuse.

Les deux indicateurs biologiques les plus utilisés actuellement sont la gamma-glutamyl-transférase (γGT) et le volume globulaire moyen (VGM), mais leur sensibilité est faible. En 1996, un autre test biologique a été proposé sur lequel les opinions sont encore divergentes : la CDT (*carbohydrate deficient transferrin* ou transferrine déficiente en glucide). [6, 7]
Aussi, la plupart des auteurs considèrent que les questionnaires sont plus efficaces pour le repérage de la consommation dangereuse d'alcool [8] avant toute atteinte organique. Vingt-cinq questionnaires différents, destinés à être administrés par un soignant ou auto-administrés, ont été décrits. Les questionnaires CAGE et AUDIT, validés tous deux en français, ont été les plus étudiés.
Le questionnaire CAGE, [9, 10] court et facile d'emploi, est plus adapté, lors des consultations hospitalières, au repérage des patients alcoolodépendants qu'à celui des buveurs excessifs. [11] Mais sa sensibilité et sa spécificité en médecine générale sont très médiocres, surtout lorsqu'il est intégré à l'entretien médical. [12]
Le questionnaire AUDIT (*Alcohol use disorders identification test*), développé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et destiné à l'identification précoce des consommateurs d'alcool à risque [13] a été validé dans une dizaine de langues, dont le français. [14] C'est un autoquestionnaire en 10 items explorant le rapport à l'alcool pendant les 12 derniers mois. Son avantage est de repérer 3 « niveaux de risque » ouvrant sur 3 modes d'intervention :
– le faible risque (abstinence ou consommation sous le seuil de risque) qui permet un discours de prévention primaire ;
– la consommation excessive, champ de l'intervention brève ;
– l'alcoolodépendance qui relève de l'intervention alcoologique.

** Programme « Boire moins, c'est mieux » (Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie).*

Les caractéristiques de ce test sont excellentes [13] et ses performances (sensibilité : 92 %, spécificité : 94 %) supérieures à celles de tous les autres questionnaires. [15] L'OMS a d'ailleurs publié des recommandations pour son usage. [16]
Depuis 1999, le programme « Boire moins, c'est mieux » [17] adapte le programme de l'OMS, défini par un protocole d'étude internationale, [18] au contexte français et vise à mobiliser les médecins généralistes en faveur du repérage précoce et de l'intervention brève auprès des buveurs excessifs. Dans ce cadre, nous avons cherché à adapter la philosophie du questionnaire AUDIT aux conditions de la pratique de la médecine générale française.
L'acceptabilité de cet autoquestionnaire AUDIT dans l'exercice quotidien des médecins français a été mise en doute par une étude qualitative [19] réalisée en 2000, qui a recueilli l'opinion de généralistes sur son éventuelle utilisation systématique. Les médecins interrogés le jugeaient trop long à remplir par les patients en ambulatoire, et difficile à administrer en salle d'attente, en l'absence d'une secrétaire demandant au patient de le remplir. De plus, ils rejetaient majoritairement le principe d'un questionnaire « auto-administré », déposé en salle d'attente « sans explication ». Un autre frein cité était le manque de temps, le médecin étant déjà sollicité sur d'autres registres de prévention. Les généralistes français souhaitaient donc disposer d'un questionnaire plus court, conduit par le médecin lui-même au moment de la consultation, afin qu'il soit davantage acceptable en routine.
L'objectif de l'étude présentée ici était de constituer un questionnaire comportant 5 questions au maximum, qui :
– permettrait aux généralistes français ou francophones de repérer des buveurs excessifs non dépendants, comme le permet le questionnaire AUDIT ;
– aurait des qualités informationnelles proches de l'AUDIT ;
– devrait être conduit par le médecin généraliste lui-même, lors de son entretien en consultation, contrairement à l'autoquestionnaire AUDIT.
Nous avons nommé ce questionnaire à construire « FACE » (Formule pour apprécier la consommation par entretien ou en anglais *Fast Alcohol Consumption Evaluation*).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Pour établir un tel questionnaire, nous avons proposé aux médecins généralistes participant à l'étude de soumettre 9 questions à leurs patients au cours de leur entretien, afin de sélectionner les plus pertinentes. Ces questions étaient issues de plusieurs questionnaires-sources validés : l'AUDIT, [13] le CAGE, [9] le *Five-shot Questionnaire* [20] et le TWEAK. [21, 22]

Investigateurs

Au total, 41 médecins généralistes de la région Île-de-France, ayant une activité libérale et rétribués forfaitairement pour leur participation à l'enquête, ont participé à l'étude. Ils avaient été recrutés par sollicitation téléphonique sur une liste de différents réseaux ou, pour quelques-uns, par le biais de l'Union régionale des médecins libéraux (URML). Le recueil des données s'est effectué pour chaque médecin sur 1 à 3 demi-journées, en fonction de leurs disponibilités.

Critères d'inclusion des patients

Les patients âgés de plus de 18 ans, qui consultaient aux cabinets des généralistes participant à l'enquête, parlaient et lisaient le français, et avaient donné leur consentement oral pour participer à l'étude ont été inclus.

Construction et validation du questionnaire FACE

La construction du questionnaire FACE devait s'appuyer sur l'évaluation du pouvoir discriminant de chacune des 9 questions testées, pour les 2 diagnostics : consommation d'alcool à risque et alcoolodépendance. Ces questions étaient posées par le généraliste au cours de l'entretien de la consultation.
Afin de sélectionner les questions les plus discriminantes et de ne conserver dans le questionnaire final que le minimum de questions testées, une analyse en régression logistique a été menée pour chacun des 3 diagnostics :
– consommation excessive chez les hommes ;
– consommation excessive chez les femmes ;
– alcoolodépendance chez les 2 sexes.
Les questions sélectionnées pouvaient être à chaque fois différentes. L'analyse finale a donc porté sur les performances des différentes combinaisons de questions, afin de retenir le meilleur questionnaire court de repérage des buveurs excessifs.

Les diagnostics de référence (abus et dépendance selon le DSM IV et consommation déclarée d'alcool [CDA]) étaient établis par un médecin alcoologue lors d'un entretien complémentaire. La consommation déclarée d'alcool permettait de faire le diagnostic des consommateurs excessifs et de fixer les limites du groupe « à faible risque » (les seuils définissant la consommation excessive ayant été fixés conformément aux recommandations de l'INPES [5]). Le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool reposait sur l'existence d'au moins 3 critères du DSM IV. Ces diagnostics de référence ont permis de calculer les valeurs informationnelles du questionnaire FACE.

Afin de comparer les résultats du questionnaire FACE à ceux de l'autoquestionnaire AUDIT, ce dernier a été complété en salle d'attente avant la consultation médicale, et ses valeurs informationnelles ont été calculées en comparaison avec les mêmes diagnostics de référence.

RÉSULTATS

La consommation d'alcool

Au total, 587 patients (60 % de femmes et 40 % d'hommes) ont été inclus dans l'étude. Les abstinents secondaires (23 personnes [4 %] : 12 hommes et 11 femmes) ont été écartés de l'analyse, du fait de leurs situations contradictoires (DSM IV positif pour le diagnostic de dépendance, score non nul à l'AUDIT mais CDA nulle).
Le groupe finalement analysé se composait de 564 personnes de moyenne d'âge 43,1 ans et comprenait :
– 225 abstinents primaires (40 %) : 63 hommes et 162 femmes ;
– 266 patients ayant une consommation à faible risque (47 %) : 119 hommes et 147 femmes ;
– 73 patients consommant au-dessus des seuils de risque (13 %) : 41 hommes et 32 femmes.
Les 11 abuseurs et 25 alcoolodépendants ne consommaient pas tous au-dessus des seuils quantitatifs de risque (tableau I).
La consommation déclarée moyenne était, chez les femmes de 44 g/semaine, et chez les hommes de 130 g/semaine. En excluant les abstinents, la CDA était chez les premières de 84 g/semaine et chez les seconds de 181 g/semaine.

TABLEAU I – EFFECTIFS DE FEMMES ET D'HOMMES POUR LES DIAGNOSTICS D'ABUS ET DE DÉPENDANCE

FEMMES			HOMMES		
Diagnostics DSM IV	Abus	Dépendance	Diagnostics DSM IV	Abus	Dépendance
CDA < 14	1	1	CDA < 21	7	3
CDA ≥ 14	1	5	CDA ≥ 21	2	16
Total	2	6	Total	9	19

TABLEAU II – FACE ET SA COTATION

À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 Une fois par mois ou moins = 1 Deux à quatre fois par mois = 2
Deux à trois fois par semaine = 3 Quatre fois par semaine ou plus = 4 Score :

Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
« 1 ou 2 » = 0 « 3 ou 4 » = 1 « 5 ou 6 » = 2 « 7 à 9 » = 3 « 10 ou plus » = 4 Score :

Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 Oui = 4 Score :

Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 Oui = 4 Score :

Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 Oui = 4 Score :

Score total :

L'interprétation du questionnaire FACE est la suivante :

Hommes :
– score inférieur à 5 = risque faible ou nul ;
– score de 5 à 8 = consommation excessive d'alcool probable ;
– score supérieur à 8 = alcoolodépendance probable.

Femmes :
– score inférieur à 4 = risque faible ou nul ;
– score de 4 à 8 = consommation excessive d'alcool probable ;
– score supérieur à 8 = alcoolodépendance probable.

Les questions retenues

Le questionnaire ayant les qualités informationnelles optimales comprenait les questions suivantes :
– À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
– Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
– Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
– Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
– Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Le tableau II présente ce questionnaire nommé FACE avec l'interprétation des scores, et le tableau III les valeurs informationnelles en fonction des 3 diagnostics : consommation excessive chez les hommes ; consommation excessive chez les femmes ; alcoolodépendance chez les 2.

DISCUSSION

Nous avons ainsi établi un questionnaire court en 5 questions, capable de repérer les buveurs excessifs, mais aussi les alcoolodépendants avec des qualités informationnelles aussi bonnes que celles du questionnaire AUDIT et meilleures que celles des questionnaires DETA, *Five-shot* et TWEAK (questionnaires testés par ailleurs dans notre échantillon). [23]

Avantages : savoir faire « FACE »

Le questionnaire FACE est un questionnaire que le médecin peut utiliser au cours de l'entretien lors de sa consultation et, contrairement à l'autoquestionnaire AUDIT, il ne nécessite pas la présence d'une secrétaire. Il est aisément mémorisable.
Son « remplissage » se fait plus rapidement sans reformuler les questions et, pour les 2 premières questions, il est souhaitable d'éviter de proposer les modalités de réponse : la réponse spontanée du patient s'y intègre le plus souvent. Si cela n'est pas le cas, les réponses sont alors suggérées. Il est utile de rappeler la notion de verre standard au patient (voir figure).
La 2e question embarrasse quelquefois les patients ; il est alors nécessaire de reformuler en « français parlé », comme « les jours où il vous arrive de boire de l'alcool, vous prenez combien de verres ?».
Les 2 premières questions, issues du questionnaire AUDIT, portent sur les 12 derniers mois alors que les 3 questions finales portent sur la vie entière. Ainsi, pour les épisodes d'amnésie (bien plus fréquents qu'on pouvait le croire dans une clientèle de médecine générale : 10 % des patients !), un seul épisode suffit pour valider un « oui ».
Les médecins qui ont intégré FACE dans leur pratique quotidienne affirment que le repérage, incluant la présentation du questionnaire et le questionnaire lui-même, prend moins de 2 minutes.
Dans l'étude qualitative de Samuel, [19] les médecins interrogés étaient favorables à une démarche de repérage standardisée, compatible avec leurs contraintes d'exercice qui leur permette de gagner en temps et en efficacité dans la pratique habituelle. Ils attendaient de cette démarche, avant même le résultat en termes de repérage, de pouvoir ouvrir le dialogue de la consommation de l'alcool sans « faire fuir le patient », mais aussi sans le stigmatiser ou être intrusif. Ils voulaient avant tout considérer l'outil comme un soutien pour les médecins dans une approche relationnelle délicate.

Limites

Les critiques exprimées sur FACE montrent l'intérêt et les limites de l'utilisation d'un questionnaire standardisé : celui-ci permet, dans un premier temps, au médecin de s'affranchir de ses craintes et de ses préjugés pour se lancer dans une approche systématique du risque alcool des patients dont il a la responsabilité. Cette expérience élimine les craintes mieux que tout argumentaire fondé sur des études contrôlées, et convainc le médecin de sa capacité à faire et de l'intérêt des patients pour cette démarche. Mais un instrument de repérage n'est jamais un instrument de diagnostic : les erreurs de classement sont toujours trop nombreuses. Il est clair que le principal défaut de FACE, comme de la plupart des « bons » questionnaires tel l'AUDIT, est le grand nombre de « faux positifs », c'est-à-dire de patients classés indûment dans le groupe à risque. Cela est vrai particulièrement pour les femmes. C'est un défaut que nous préférons, de loin, à une faible sensibilité, comme pour le questionnaire CAGE ou les tests biologiques, qui ne décèlent qu'une minorité des consommateurs à risque pouvant béné-

TABLEAU III – MEILLEURS SEUILS ET VALEURS INFORMATIONNELLES DU QUESTIONNAIRE FACE

Pour la consommation excessive chez les hommes :				
seuil 4	sensibilité : 87,8 %	spécificité : 74 %	VPP : 43,4 %	VPN : 96,4 %
Pour la consommation excessive chez les femmes :				
seuil 3	sensibilité : 84,4 %	spécificité : 84 %	VPP : 35,5 %	VPN : 98,1 %
Pour la dépendance ou l'abus chez les deux sexes :				
seuil 8	sensibilité : 75 %	spécificité : 95,8 %	VPP : 55,1 %	VPN : 98,2 %

Seuil : score au-dessus duquel le diagnostic est tenu pour établi (*cut-off*).
VPP et VPN : valeurs prédictives positive et négative.

Un verre standard représente une de ces boissons

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

ficier d'une intervention brève. Il est simplement recommandé d'aborder le résultat avec une prudence relationnelle de bon aloi : l'intervention commence par la restitution du « sens usuel d'un score à tel niveau », mais il est raisonnable de continuer par une question ouverte, comme : « mais vous, que pensez-vous de vos réponses et de leur sens ? ». Ainsi, les impairs relationnels et les attitudes défensives peuvent être évités ; ils sont cependant assez rares chez des sujets non dépendants, le plus souvent convaincus qu'ils « boivent comme tout le monde ». L'intervenant doit maintenir l'écoute et manifester de l'empathie, comme dans toute pratique adaptée de l'intervention brève. [24]

Acceptabilité

Il nous restait ensuite à vérifier que FACE peut être intégré dans une pratique de routine. « Boire moins, c'est mieux » a mené pour cela une nouvelle étude, l'étude REPEX, [25] dont le but était de comparer, en pratique quotidienne au cabinet du médecin généraliste, les niveaux d'acceptabilité de 3 méthodes de repérage des buveurs excessifs :

– l'utilisation du questionnaire AUDIT en salle d'attente ;
– l'utilisation du questionnaire AUDIT intégré à un questionnaire de santé, [26] également proposé en salle d'attente ;
– l'utilisation du questionnaire FACE, soumis au patient par le médecin lui-même au moment de la consultation.

L'acceptabilité est le caractère applicable de ce repérage en routine auprès de tous les patients qui devraient en bénéficier. Elle a été évaluée quantitativement et qualitativement.

Nous ne disposons pour l'instant que des résultats du volet français de cette étude, qui a été aussi réalisée en Belgique francophone et en Suisse romande. Ces premiers résultats semblent confirmer le caractère utilisable en routine du questionnaire FACE et la nette préférence des généralistes français pour cette méthode de repérage. Nous attendons toutefois l'analyse des résultats des équipes belge et suisse pour mesurer notamment l'impact sur cette préférence de la présence auprès du médecin d'une assistante formée, cas plus fréquent hors de l'Hexagone.

FACE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

La question du repérage précoce se pose aussi en médecine du travail. [27] **Le questionnaire FACE**, initialement conçu pour les médecins généralistes, a été présenté en même temps que le questionnaire AUDIT à des médecins du travail lors de formations pendant l'année 2003. Les médecins formés sont actuellement suivis dans leur pratique et ce travail, piloté par l'un des auteurs du présent article, permettra de comparer l'acceptabilité en médecine du travail de l'autoquestionnaire AUDIT et du questionnaire FACE soumis aux salariés en cours de visite annuelle ou de visite d'embauche par le médecin du travail lui-même ou son assistante. Sans préjuger des résultats définitifs, il semble actuellement que les médecins du travail ont plus de facilité à utiliser le questionnaire FACE que l'AUDIT.

CONCLUSION

L'équipe du programme « Boire moins, c'est mieux », qui développe le programme de l'OMS en France avec le soutien de l'ANPAA, a réalisé avec le questionnaire FACE un des éléments nécessaires au développement de la prévention secondaire des problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation excessive d'alcool.

Ce questionnaire a répondu à la demande des généralistes français et l'ensemble des recherches exposé ci-dessus nous permet de penser que le questionnaire FACE est un outil de repérage adapté des buveurs excessifs et des alcoolodépendants en France et dans le monde francophone. Il est plus facilement utilisable, mais tout aussi efficace que l'AUDIT, le plus performant des questionnaires utilisés jusqu'à ce jour. ■

Des exemplaires de ce questionnaire sont à la disposition des médecins, sur simple demande, et les commentaires de ceux qui l'auront utilisé sont les bienvenus.

L'équipe de BMCM remercie tous les médecins généralistes ayant participé à l'étude de validation du questionnaire FACE : les docteurs Abesdris, Abramovici, Aubert, Audran, Avramov, Bacle, Barbe, Bernard, Bigeon, Bismuth, Bourovitch, Cahitte, Chaumie, Corval, Coz, Dacunha, Delabar, Desamoreira, Dusein, Fitoussi, Flores, Gianotti, Guy, Haddad, Huas, Jacquemin, Karinthi, Lalande, Legoareguer, Lesort, Miche, Mongin, Noel, Nougairède, Perdrieau, Rabany, Rethacker, Schwartz, Sarotte, Vernier et Wohrer.

L'équipe de BMCM remercie aussi l'ensemble des partenaires financiers du programme : la Direction générale de la santé, la MILDT, la Caisse régionale Île-de-France de l'assurance-maladie, la Caisse nationale de l'assurance-maladie, la Ligue nationale contre le cancer, le Conseil régional Île-de-France, le Syndicat d'agglomération nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines, la DRASS d'Île-de-France, le Conseil général du Val-d'Oise et les laboratoires Merck-Lipha.

Notre gratitude va également à Sylvie Lancrenon, pour la pertinence et l'efficacité de sa pratique statistique, et à Danièle Sené, pour sa capacité d'organisation.

Références

1. Huas D, Darne B, Rueff B, Lombrail P, Leblanc B. « Malades alcooliques » et consultations de médecine générale : Prévalence et détection ; 1/4 des hommes adultes consultant en médecine générale. Rev Prat Med Gen 1990 ; 81 : 45-9.

2. Huas D, Pessione F. Les consommateurs d'alcool à problème. Rev Prat 1999 ; 49 : 379-82.

3. Michaud P, Fouilland P, Gremy I, Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. Rev Prat Med Gen 2003 ; 17 : 605-8.

4. Michaud P, Gache P, Batel P, Ardwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. Rev Prat Med Gen 2003 ; 17 : 281-9.

5. INPES, 2001.

6. Lesh OM, Walter H, Freitag H. Carbohydrate deficient transferrin as a screening marker for drinking in a general hospital population. Alcohol Clin Exp Res 1996 ; 31 : 249-56.

7. Reynaud M, Schellenberg F, Loiseux-Meunier *et al.* Objective diagnosis of alcohol abuse : compared values of carbohydrate-deficient transferrin (CDT), gamma glutamyl transferase (GGT) and Mean Corpuscular Volume (MCV). Alcohol Clin Exp Res 2000 ; 24 : 1414-9.

8. Aergeerts B, Buntinx F, Ansom S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. Br J Gen Pract 2001 ; 51 : 206-10.

9. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire : validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 1974 ; 131 : 1121-3.

10. Rueff B, Crnac J, Darne B. Dépistage de malades « alcooliques » par l'auto-questionnaire systématique DETA. Presse Med 1989 ; 18 : 1654-6.

11. Moret V, Pecoud A, Yersin B. Dépistage d'un alcoolisme parmi les patients d'une polyclinique médicale de Suisse romande. Schweiz Med Wochenschr 1993 ; 123 : 1790-5.

12. Steinweg DL, Worth H. Alcoholism: the keys to the CAGE. Am J Med 1993 ; 94 : 520-3.

13. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. Addiction 1993 ; 88 : 791-804.

14. Gache P, Michaud P, Daeppen JB *et al.* The alcohol use disorder identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. Soumis pour publication.

15. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol use disorders identification test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. J. Stud Alcohol ; 1995 : 423-32.

16. Babor TF, Grant M. Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II: a randomised clinical trial of brief interventions in the primary health care setting. Geneva : World Health Organisation, 1992.

17. Michaud P. « Boire moins, c'est mieux », un plan de diffusion du repérage et de l'intervention brève auprès des buveurs à risque en région Île-de-France. Octobre 1999 : 1-17.

18. Heather N. WHO phase IV collaborative project on implementing country-wide early identification and brief intervention strategies in primary health care, September 1998.

19. Samuel R, Michaud P. Le généraliste face au risque « alcool » : une étude qualitative. Prat Med Ther 2002 ; 21 : 23-6.

20. Seppa K, Lepisto J, Sillanaukee P. Five Shot Questionnaire on heavy drinking, alcohol. Clin Exp Res 1998 ; 22 : 1788-91.

21. Chan AWK, Pristach EA, Welte JW, Russel M. Use of the TWEAK Test in screening for Alcoholism/Heavy Drinking in Three Populations. Alcohol Clin Exp Res 1993 ; 17 : 1188-92.

22. Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA The TWEAK: Application in a prenatal setting. J Stud Alcohol 1999 ; 60 : 306-9.

23. Dewost AV, Michaud P, Arfaoui S, Lancrenon S. FACE: Fast Alcohol Consumption Evaluation, a screening instrument adapted for French GPs. Soumis à publication.

24. Batel P, Michaud P. Consommation d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves. Gastroenterol Clin Biol 2003 ; 26 : 158-62.

25. Dewost AV, Michaud P. Étude REPEX : comparaison de l'acceptabilité de trois méthodes de repérage des buveurs excessifs en médecine générale. Soumis à publication.

26. Daeppen JB, Yersin B, Landry U. Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) imbedded within a general health risk screening questionnaire : results of a survey in 332 primary care patients. Alcohol Clin Exp Res 2000 ; 3 : 659-65.

27. Demortiere G, Pessionne F, Batel P. Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail, dépistage par l'utilisation d'autoquestionnaires : intérêt, faisabilité, limites. Documents pour le médecin du travail, INRS. Paris 2001 : 193-200.

SUMMARY

Objective : Presenting the FACE questionnaire i.e. a new tool detecting excessive alcohol consumption initially designed for general practitioners and occupational physicians.

Methods : 41 general practitioners asked their patients 9 questions from existing and valid questionnaires (AUDIT, CAGE, TWEEAK, 5-shot) to try and identify at-risk or dependent behavior patterns. The initial diagnosis was later confirmed by an alcohologist. The FACE questionnaire was designed around the discriminating power of those 9 questions and 5 were finally retained.

Results : 564 medical files were analyzed to define the informational contents of the FACE questionnaire ; these included :

– excessive consumption for male patients – sensitivity : 84,8 % ; specificity : 74 % ;

– excessive consumption for female patients- sensitivity : 84,4 % ; specificity : 84 % ;

– dependence and abuse for both sexes- Sensitivity : 75 % ; specificity : 95,8 %

Conclusion : The 5-question FACE questionnaire (The acronym stands for Fast Alcohol Consumption Evaluation) allows GPs to quickly detect excessive alcohol consumption with informational contents close to those of AUDIT.

Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 (641) : 201-5.

Retrouvez
La Revue du Praticien
Médecine Générale
sur son site Internet
www.33docpro.com