

**“Up To Date 2”**

**VERVOLGPROJECT / SUITE DU PROJET**

**Use of psychoactive substances in adults: Prevention  
and Treatment by general practitioners and  
Occupational physicians - DATa retriEval**

**RECOMMANDATION POUR DE DÉPISTAGE DU MÉSUSAGE  
D’ALCOOL ET L’INTERVENTION BRÈVE SUBSÉQUENTE PAR  
LES MÉDECINS DU TRAVAIL**

29/06/2017



Met de steun van / Avec le soutien de



**“Up To Date 2”**

**VERVOLGPROJECT / SUITE DU PROJET**

**Use of psychoactive substances in adults: Prevention  
and Treatment by general practitioners and  
Occupational physicians - DATa retriEval**

**RECOMMANDATION POUR DE DÉPISTAGE DU MÉSUSAGE  
D’ALCOOL ET L’INTERVENTION BRÈVE SUBSÉQUENTE PAR  
LES MÉDECINS DU TRAVAIL**

29/06/2017

**KU Leuven, Omgeving en Gezondheid**

Professor Lode GODDERIS

Marie-Claire LAMBRECHTS

*Algemene Coördinatie – Coordination Générale*

**Liège Université, Département de Médecine générale, Unité de Recherche**

**Soins primaires et Santé**

Professeur Marc VANMEERBEEK

Frédéric KETTERER

**Universiteit Antwerpen, Centrum voor Huisartsgeneeskunde**

Professor Roy REMMEN

**Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD)**

Marie-Claire LAMBRECHTS

## Table des matières

Préface.....	5
1 Mise en chantier d'une nouvelle recommandation à l'usage des médecins du travail.....	6
1.1 Usage problématique d'alcool en Belgique .....	6
1.2 Préalables au développement d'une recommandation.....	8
1.2.1 Définition.....	8
1.2.2 Motivation à la rédaction d'une recommandation à l'usage des médecins du travail...	9
1.2.3 Objectif .....	9
1.3 Les instruments de dépistage de l'usage d'alcool.....	10
1.3.1 Questionnaires .....	10
1.3.2 Marqueurs biologiques .....	12
1.4 Dépistage combiné à une intervention brève.....	13
1.4.1 Avis et intervention brève .....	13
1.4.2 FRAMES .....	13
2 Préparation de la recommandation pour les médecins du travail belges .....	15
2.1 Proposition d'une méthode de développement.....	15
2.2 Choix du dépistage de la consommation d'alcool.....	15
2.3 Choix du test AUDIT-C pour le milieu de travail.....	16
2.4 Initier un dépistage.....	16
2.5 Fréquence de passation du test AUDIT .....	17
2.6 Points d'attention pour le lancement de la recommandation.....	17
3 La recommandation : scorage du dépistage et suivi des résultats .....	18
Arbre décisionnel .....	20
Annexe 1 : questionnaire DETA – CAGE .....	21
Annexe 2 : AUDIT (Alcohol Use Disorders identification Test).....	22
Annexe 3 : Critères du DSM-5 .....	24
Annexe 4 : AUDIT-C .....	25
Annexe 5 : FAST (Fast Alcohol Screening Test).....	26
Annexe 6 : FIVE SHOT .....	27
Annexe 7 : ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).....	28
Annexe 8 : Questions pour l'entretien avec le patient ( <i>Nederlands Huisartsen Genootschap – NHG</i> )	29
Annexe 9 : Invitation à l'élaboration de la recommandation .....	30
Annexe 10 : test AUDIT et arbre décisionnel pour généralistes .....	31

Annexe 11 : Recommandation du Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD).....	34
Références.....	37

Cette recommandation basée sur le consensus est une version provisoire et n'a à ce jour aucun statut officiel. Au moment de déposer ce rapport, nous organisons le dernier round du feedback, et réalisons les fiches pratiques de la recommandation. La recommandation sera ensuite mise dans sa forme définitive, en français et en néerlandais, pour être soumise pour validation au CEBAM.

**Cette première recommandation à l'usage des médecins du travail sera présentée et proposée pour implémentation lors des Journées Nationales de Médecine du Travail (16 et 17 novembre 2017).**

## Préface

L'écriture d'une recommandation sur le dépistage de l'usage problématique d'alcool chez les travailleurs était une recommandation forte de l'étude Up to Date, financée par le SPF Programmation Scientifique (BELSPO), le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, et le SPF Santé publique, sécurité de la Chaîne alimentaire et environnement [1]. Le présent document a été réalisé dans une suite de cette étude (Up to Date - 2), soutenue par les mêmes ministères.

Ce document constitue une proposition de recommandation, s'appuyant sur les conclusions de trois rencontres avec des médecins du travail (« Up to Date 2 cafés » des 1/6/2016, 26/10/2016 et 11/1/2017), ainsi que d'un feedback écrit des participants. Ces rencontres ont rassemblé des représentants de tous les services externes de prévention et protection au travail belges. Plusieurs médecins du travail des services internes de prévention étaient également présents.

La première partie des rencontres a introduit la recommandation en chantier. Ensuite, les termes « usage problématique d'alcool » et « recommandation de bonne pratique » ont été explicités ; le choix d'écrire une recommandation a été motivé, ainsi que ses objectifs. Enfin, un aperçu des méthodes de dépistage et des interventions brèves a été présenté.

Ce document présente le processus conduisant à l'élaboration de la recommandation.

La dernière partie présente les recommandations concrètes.

# 1 Mise en chantier d'une nouvelle recommandation à l'usage des médecins du travail

## 1.1 Usage problématique d'alcool en Belgique

En 2013, 82% des belges de plus de 15 ans avaient consommé une boisson alcoolisée durant l'année écoulée (87% des hommes, 78% des femmes). La consommation d'alcool de l'année écoulée est restée stable entre 1997 et 2013. Ceux qui ont une consommation hebdomadaire (de 1 à 6 jours/semaine) consomment en moyenne 11 verres par semaine. 14% des belges avaient en 2013 une consommation quotidienne, alors qu'en 1997 cette proportion n'était que de 8%. La consommation quotidienne concernait 19% des hommes contre 10% des femmes en 2013 [2].

L'importance de la consommation problématique d'alcool dépend de la définition utilisée.

Pour déterminer l'existence d'un problème d'alcool, on se réfère souvent au **nombre de verres ou d'unités d'alcool consommés par jour ou par semaine**. La valeur seuil entre consommation modérée et excessive est définie dans l'enquête de santé publique à 14 verres ou plus par semaine pour les femmes, et 21 verres ou plus par semaine pour un homme. En Belgique, cela concerne 6,4% de la population [2]. Chez ceux qui ont une consommation hebdomadaire, 13% des hommes et 12% des femmes ont une consommation excessive<sup>1</sup>. De plus, 8,5% de la population font état d'une consommation hebdomadaire de 6 verres ou plus lors de la même occasion, soit du **binge drinking**. Cette notion est définie dans les recommandations internationales comme l'absorption de 6 verres standards ou plus pour un homme, ou 4 pour une femme, dans un délai de 2 heures [3]. Le *binge drinking* était rapporté bien plus par les hommes (13%) que par les femmes (4%), quel que soit l'âge [2].

En 2013, 10,5% des belges ayant consommé durant l'année écoulée avaient une consommation problématique selon le **questionnaire CAGE**, soit 13% des hommes et 4% des femmes [2, 4]. CAGE est l'acronyme de *Cut, Annoyed, Guilty* et *Eye-opener*, ces mots correspondant aux quatre questions du test (annexe 1). En 2001, l'incidence n'était que de 6,6%. Enfin, selon le **questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)**, 6,2% des travailleurs belges avaient une consommation à risque (score de 8 à 12 pour les hommes et de 7 à 12 pour les femmes), 1,2% un usage nocif (score de 13 à 20), et 0,2 étaient à risque de dépendance (score > 20) (annexe 2) [5, 6].

Enfin, dans l'usage problématique d'alcool on peut distinguer le mésusage et la dépendance. Une enquête de 2001 relevait que 8% de la population belge avait eu des problèmes liés à l'alcool au cours de sa vie. Le **DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>e</sup> édition)**, contrairement au DSM-4, ne parle plus d'abus ni de dépendance, mais de trouble d'utilisation de substance (*substance use disorders*), en distinguant les troubles légers, modérés et sévères (annexe 3) [7].

---

<sup>1</sup> La nouvelle directive préventive en matière de consommation d'alcool du *Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD)* précise qu'il vaut mieux ne pas dépasser 10 unités standard d'alcool par semaine pour en limiter les risques.

L'usage d'alcool est un facteur de risque important de morbidité et de mortalité prématurée (figure 1) [8]. Au sein de la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la CIM-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision*), l'alcool est lié à plus de 200 maladies et accidents. Le rôle carcinogène de l'alcool, quoique modéré, est de plus en plus démontré [9].

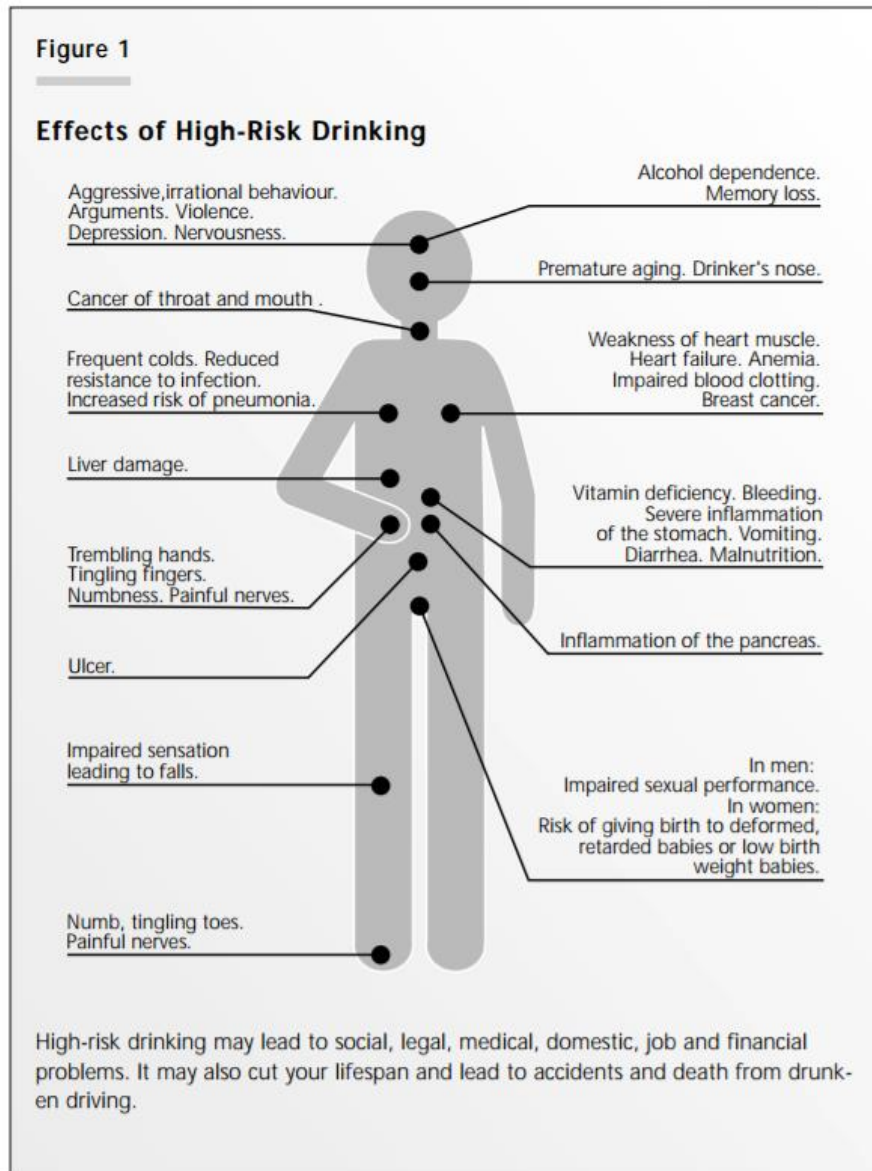


Figure 1 : Effets de l'usage à risque d'alcool [8]

Le milieu de travail est régulièrement confronté aux conséquences de la consommation d'alcool. En 2010, le coût global des conséquences de la consommation étaient estimés à 115,8 milliards €, dont près de la moitié (47%) liés à des coûts indirects (perte de productivité, absentéisme, chômage et années de travail perdues par mortalité prématurée) [10]. Une estimation comparable pour la Belgique, réalisée pour l'alcool et les autres drogues, chiffre les coûts indirects à 1,8 milliard €, dont 44% pour l'alcool [11].

## 1.2 Préalables au développement d'une recommandation

### 1.2.1 Définition

En bref, une recommandation de bonne pratique « n'est pas un but mais un moyen indiquant quelles procédures appliquer dans certaines situations et certaines circonstances afin de délivrer les meilleurs soins possibles » [12]. Les recommandations sont élaborées afin de **garantir et d'améliorer la qualité des soins** [13]. Elles s'appuient sur des preuves scientifiquement établies [14].

Dans le document **AGREE-II** (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation van het AGREE Next Steps Consortium), les recommandations sont décrites comme suit : « Les recommandations pour la pratique clinique sont des avis développés systématiquement pour éclairer les décisions des prestataires de soins et des patients en matière de soins pour des situations spécifiques (1). De ce fait, elles peuvent jouer un rôle important dans la politique de soins (2,3). Ces dernières années, des recommandations ont également été développées dans les domaines de promotion de la santé, dépistage et prévention, qui concernent l'ensemble des secteurs de soins » [12].

D'Hondt et al clarifient certains concepts [15] :

- Les recommandations sont des supports décisionnels, informatifs mais non contraignants. Une recommandation n'est pas un protocole de prise en charge, qui lui dicte la conduite à tenir en pratique, avec une marge de manœuvre limitée [14].
- Caractère scientifique. L'écriture d'une recommandation se base sur l'ensemble de la littérature disponible fournissant le meilleur niveau de preuve pour une situation donnée. Ce niveau de preuve est attesté par les certitudes et les connaissances de travailleurs de la santé disposant d'une longue expertise dans le domaine concerné. De cette façon, les recommandations synthétisent l'état de la question pour une affection donnée, et l'intègrent à l'expérience pratique des prestataires de soins et à l'expérience des soins des bénéficiaires. Les recommandations ont pour ambition de faire le lien entre la théorie et la pratique.

Le CEBAM, le Centre belge pour l'EBM, distingue également sur son site<sup>2</sup> les recommandations *evidence-based* et *consensus-based*.

*« Les RBP fondées sur des données probantes ont été développées en utilisant une méthodologie rigoureuse. Il s'agit d'une recherche systématique dans la littérature des données probantes sur le sujet, suivie de recommandations précisant clairement sur quelles données probantes elles s'appuient. Les RBP fondées sur le consensus (consensus-based) formulent une réponse à des questions cliniques sur base de l'avis de plusieurs experts. Elle se limite à une revue de la littérature qui collecte les publications sur un thème particulier ou sur une question précise de recherche et évalue le niveau de preuves des données scientifiques qui en émanent ».*

Le CEBAM indique enfin un « grade de recommandation », qui en indique la force, soit la robustesse scientifique mise en rapport avec les avantages et inconvénients (interactions, coûts...) dans un contexte clinique particulier.

---

<sup>2</sup> <http://www.cebam.be/fr/Richtlijnen/Pages/Wat-zijn-richtlijne.aspx>



### 1.2.2 Motivation à la rédaction d'une recommandation à l'usage des médecins du travail

**L'étude Up to Date**, citée plus haut, s'est penchée sur les facteurs qui conditionnent le comportement des médecins du travail lorsqu'ils rencontrent des travailleurs qui ont un usage problématique de substances. La mise à disposition de recommandations pour les médecins du travail concernant le *dépistage et l'intervention brève* était une proposition forte de cette étude ; ils y manifestaient aussi leur envie de s'investir en *promotion de la santé* [1].

Les médecins du travail peuvent être des **acteurs importants** de prévention et de prise en charge de l'usage problématique d'alcool chez les travailleurs. Ils sont régulièrement en contact avec une partie significative de la population active, principalement dans un cadre médical de prévention [16, 17]. De ce fait, ils occupent une position privilégiée pour intervenir précocement en cas de conséquences fonctionnelles de l'usage problématique d'alcool ou d'autres substances [18-20]. De plus, ils peuvent apprécier l'influence du contexte de travail dans lequel l'usage problématique s'est développé, p.ex. la relation avec les facteurs de stress professionnel et le travail posté [20-24]. Cependant, le rôle des médecins du travail dans ce contexte est peu étudié dans la littérature internationale [25].

Le dépistage de l'usage d'alcool auprès des **travailleurs** peut être organisé durant différents examens de médecine du travail (p.ex. examen d'embauche, évaluation d'aptitude) et/ou dans le cadre d'une investigation sur les habitudes de vie du travailleur. Le dépistage permet au médecin du travail d'informer le travailleur sur sa consommation et éventuellement de prendre des mesures préventives. Un usage à risque ou nocif, des troubles liés à l'alcool peuvent également être détectés.

Enfin, il existe une abondance de preuves scientifiques de l'efficacité du dépistage et de l'intervention brève, principalement en première ligne de soins [26]. Les études sur l'impact des interventions brèves en médecine du travail sont prometteuses, mais des preuves supplémentaires sont requises avant une implémentation à grande échelle [27-29]. Cependant, des services de santé au travail peuvent considérer la délivrance d'une intervention brève aux travailleurs présentant un usage d'alcool à risque [27].

### 1.2.3 Objectif

**L'objectif de cette recommandation** vise à un soutien scientifique de l'activité des médecins du travail dans le dépistage de l'usage problématique d'alcool et dans l'offre d'interventions brèves. Il apparaît utile de standardiser la pratique via une recommandation comprenant un arbre décisionnel.

Une **amélioration de la qualité** et de l'efficacité de la prise en charge est également attendue. Dans cette optique, cette recommandation devra être soutenue par le monde politique. En raison de la durée limitée du présent projet et du caractère novateur de l'initiative, le groupe de travail a opté pour une recommandation basée sur un consensus, et de ne pas la soumettre pour validation au CEBAM. Une évaluation de l'implémentation et de l'utilisation de la recommandation sera éventuellement envisagée.

### 1.3 Les instruments de dépistage de l'usage d'alcool

Le dépistage révèle la charge de l'usage d'alcool chez une personne à faible risque (usage à risque), justifiant une intervention brève. Il peut aussi révéler un problème plus sérieux (usage nocif), voire des perturbations sévères (symptômes de dépendance). Le dépistage peut s'effectuer dans divers contextes, et par des professionnels de disciplines différentes. Selon le niveau de connaissance et le test, des séances de formation peuvent être nécessaires.

#### 1.3.1 Questionnaires

Des questionnaires structurés peuvent être utiles en cas de présomption de consommation problématique d'alcool, et peuvent soit la confirmer, soit l'infirmer. Plusieurs questionnaires renseignent sur le caractère problématique de la consommation. Les notions de sensibilité (probabilité de détecter le problème chez ceux qui en sont atteints) et de spécificité (probabilité de résultat négatif chez ceux qui n'ont pas de problème) caractérisent la capacité des tests à atteindre leur objectif de dépistage. Les plus utilisés dans les soins de santé primaires en Belgique sont les suivants [30] :

- **AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) est un test internationalement validé pour le dépistage de la consommation problématique, en particulier de l'usage à risque [31]. Ce questionnaire, développé par l'OMS, comprend 10 questions qui interrogent différentes dimensions de la consommation [6, 8] : 3 sur la consommation elle-même, 4 sur les problèmes liés à la consommation et 3 sur les symptômes de dépendance (annexe 2). On commence par poser les trois premières questions du test. Si le score est  $\geq 5$  (hommes  $< 65$  ans) ou  $\geq 4$  (femmes, et hommes  $\geq 65$  ans), le questionnaire est complété jusqu'à la dixième question (tableau 1). La sensibilité de l'AUDIT est de 38 à 94% et la spécificité de 66 à 90%. Une version en néerlandais a été développée par Aertgeerts [32].

Le test permet de dépistage de l'usage à risque et nocif, et des troubles liés à l'alcool. L'usage à risque implique de possibles conséquences pour l'utilisateur lui-même et pour des tiers. Malgré l'absence de perturbations, cette consommation est déjà significative en termes de santé publique [8].

Tableau 1 : Questionnaire AUDIT

Domaine	Question N°	Contenu de l'item
Usage à risque	1	Fréquence d'usage d'alcool
	2	Usage lors d'un jour type
	3	Fréquence de l'usage important
Symptômes de dépendance	4	Perte de contrôle sur la consommation
	5	Manquements aux attentes de la vie courante
	6	Usage matinal
Usage nocif	7	Culpabilité après consommation
	8	Troubles mnésiques après consommation importante
	9	Blessures du consommateur ou de tiers en lien avec la consommation
	10	Inquiétude de tiers à propos de la consommation

La passation du test peut s'effectuer par écrit ou oralement. L'utilisation écrite est plus rapide, permet des réponses plus précises et les résultats peuvent être immédiatement sauvegardés et analysés. La passation orale permet de détecter d'éventuelles réponses contradictoires et de donner un feedback immédiat ; elle est également intéressante en cas d'illettrisme.

L'AUDIT peut être utilisé auprès de travailleurs, particulièrement ceux qui présentent des troubles fonctionnels, de l'absentéisme ou des accidents [8].

- **AUDIT-C** : pour faciliter l'usage de questionnaires dans les circonstances où le temps est insuffisant pour la passation du test AUDIT complet, des questionnaires courts ont été développés. Le test AUDIT-C reprend les 3 premières questions du test AUDIT concernant la consommation d'alcool, tout en conservant une validité comparable [33]. L'avantage pratique est sa facilité de mémorisation et de scorage (annexe 4). Diverses études suggèrent que l'AUDIT-C devrait être le premier choix dans un environnement médical, mais ce point ne fait pas l'unanimité [34].
- **CAGE** (*Cut down, Annoyed, guilty, Eye-opener*). Le CAGE est questionnaire court et aisé à mémoriser, mais ne donne aucune information sur la quantité ou la fréquence de la consommation ; de ce fait, il n'est pas approprié pour la détection d'une consommation abusive [4]. Une consommation faible mais à risque n'est pas non plus détectée. Le test a été fréquemment évalué et a une sensibilité de 43 – 93% pour les problèmes liés à l'alcool.

La version en français est connue sous le nom de **DETA** (Annexe 1). Deux réponses positives ou plus indiquent la possibilité d'un mésusage ou d'une dépendance.

- **FAST** (*Fast Alcohol Screening Test*)<sup>3</sup>. Ce test a été développé en Angleterre pour un usage dans les hôpitaux généraux et les services d'urgences. Il comprend quatre questions, dérivées du questionnaire AUDIT (questions 3, 5, 8 et 10). Son principal avantage qu'une seule question permet de détecter plus de la moitié des consommateurs à risque : « *A quelle fréquence buvez-vous huit (pour les hommes) ou six (pour les femmes) verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?* » ; la réponse positive à cette question demande de compléter le test [35]. La sensibilité est de 93% et la spécificité de 88% (annexe 5).
- **FIVE SHOT**. Ce test combine les deux premières questions du questionnaire AUDIT et les trois dernières questions du CAGE. Comme l'AUDIT-C, le Five Shot détecte les problèmes d'alcool. Les cinq questions explorent la fonction de l'alcool. Le score maximal est 7 ; un score  $\geq 2,5$  peut indiquer un mésusage ou une dépendance (annexe 6).
- **ASSIST** (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*). Ce test explore la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances. Il a été développé par l'OMS et une équipe internationale de chercheurs spécialisés dans l'abus de substances [36]. Le test en français peut être téléchargé sur le site de l'OMS [37]. Il comporte huit questions, permettant de se faire rapidement une opinion sur la sévérité d'un usage de substances chez les adultes. Le résultat du dépistage indique également la suite à y donner : information, intervention brève ou prise en charge intensive (annexe 7).

---

<sup>3</sup> <https://www.alcohollearningcentre.org.uk/Topics/Latest/Fast-Alcohol-Screening-Test-FAST/>

Les questionnaires auto-administrés ont l'inconvénient de permettre au patient de minimiser sa consommation ; il s'agit d'une faiblesse intrinsèque de ce type de questionnaires explorant des questions sensibles comme la consommation d'alcool. Les répondants penchent probablement vers des réponses socialement acceptables, et oublient certains détails [38].

Malgré ces limites, les questionnaires auto-administrés restent efficaces dans la détection du groupe-cible des buveurs à risque. Ils peuvent être proposés par des non-médecins, et se révèlent moins coûteux que les analyses sanguines. Ils peuvent être intégrés dans des questionnaires plus généraux sur les habitudes et le style de vie.

Plus d'information sur ces questionnaires et leur interprétation dans l'annexe 2.

### 1.3.2 Marqueurs biologiques

Pour détecter l'usage problématique d'alcool, et en dehors de l'alcoolémie totale, divers tests de laboratoire peuvent être exécutés [30].

- **Alcoolémie** : ce test présente de trop faibles sensibilité et spécificité pour être utilisé en dépistage dans un centre de première ligne.
- **Gamma Glutamyl Transpeptidase ( $\gamma$ -GT)**, éventuellement en combinaison avec une élévation du HDL-cholestérol, est le test de laboratoire le plus utilisé. Cette enzyme d'origine hépatique est produite en quantité accrue lors d'un mésusage prolongé d'alcool. Une consommation égale ou supérieure à quatre verres par jour durant quatre à huit semaines provoque une augmentation significative du taux sanguin. Ce taux se normalise après quatre à cinq semaines d'abstinence. Le test est parfois utilisé pour la détection de rechutes durant la phase de récupération lors d'un sevrage chez des consommateurs chroniques. La  $\gamma$ -GT n'est cependant pas spécifique, puisqu'elle peut également être perturbée dans des hépatopathies non alcooliques, sous l'effet de certains médicaments et dans certaines affections métaboliques.
- **Transaminases TGO** (ou ASAT, SGOT – Aspartate aminotransférase) et **TGP** (ou ALAT, SGPT – Alanine aminotransférase). Elles peuvent être élevées dans l'hépatite alcoolique, mais également dans d'autres affections hépatiques.
- Le **volume globulaire moyen (VGM)** augmente après quatre à huit semaines de consommation excessive en raison de l'effet toxique de l'alcool sur la moelle osseuse. En raison de sa faible sensibilité, il ne constitue cependant pas un bon indicateur. Il garde une place, en combinaison avec d'autres tests, en raison de sa longue persistance dans la phase d'abstinence.
- La **CDT** (*Carbohydrate Deficient Transferrin*) est une protéine dont le taux augmente après une à deux semaines de consommation excessive. Sa spécificité est meilleure que celle de la  $\gamma$ -GT, mais sa sensibilité est moindre chez les femmes et les adolescents. De plus, ce test est coûteux. Ce test est intéressant pour sa valeur comparative au fil du temps, et il est utilisé pour le soutien au sevrage et pour la détection des rechutes.
- La dépendance alcoolique s'accompagne souvent d'une élévation du HDL-cholestérol. Une élévation concomitante de la  $\gamma$ -GT révèle 75% des cas de consommation excessive.

Ces tests semblent avoir de moins bonnes sensibilité et spécificité que les questionnaires, ce qui les rend leur utilisation moins pertinente pour détecter le mésusage ou la dépendance à l'alcool en première ligne de soins [32, 39]. La faible sensibilité ne permet de détecter qu'une petite partie de la

population concernée par un usage problématique. Il est cependant logique de les utiliser pour déterminer le niveau d'atteinte hépatique ou pour monitorer la réduction ou l'arrêt de la consommation [40].

## 1.4 Dépistage combiné à une intervention brève

Le dépistage, combiné à une intervention brève, est une appellation commune pour un ensemble hétérogène d'interventions variables par leur objectif, leur cible, leur durée, leur structure et leur intensité (*Screening / Brief intervention – SBI*) [41].

### 1.4.1 Avis et intervention brève

Dans la recommandation pour les médecins généralistes, il est fait une distinction entre un avis (*simple brief intervention* ou *brief advice*) et une intervention brève (*extended brief intervention*).

- Avis
  - Avis structuré bref, fréquemment utilisé en première ligne de soins ;
  - Un avis bref (5 minutes) ne semble pas moins efficace que l'intervention « brève », de plus longue durée, qui, d'un point de vue pratique, ne peut être appliquée à tous les buveurs problématiques ;
  - La recommandation conseille de délivrer un avis en cas de score de 8 à 19 au test AUDIT
- Intervention brève
  - Combinaison d'un avis, fréquemment d'un feedback sur la condition physique du patient, dans le style conversationnel de l'entretien motivationnel ;
  - Durée de 20 à 30 minutes ;
  - Comporte les éléments de l'avis, plus la mise en perspective du bien-être physique, psychologique (psychique) et social du patient, plus l'impact de la consommation d'alcool sur les relations avec l'entourage ;
  - Recueil clair de la motivation et de la volonté du patient de modifier sa consommation.

### 1.4.2 FRAMES

L'intervention brève est conseillée surtout en cas de consommation importante, en cas de problèmes liés à la consommation, ou en cas de demande d'aide du consommateur. La recommandation à l'usage des généralistes précise que tous ne peuvent la pratiquer ; elle est réservée à ceux qui en ont une expérience suffisante ou qui ont une approche motivationnelle. L'intervention brève comporte plus d'éléments techniques contribuant à son efficacité que l'avis simple, réunis dans l'acronyme FRAMES (tableau 2).

Certains de ces éléments (empathie, sentiment d'efficacité personnelle, responsabilité et menu de choix possibles) sont communs aux principes fondateurs de l'entretien motivationnel, un style conversationnel destiné à explorer la motivation au changement de comportement [42]ref38.

Tableau 2 : FRAMES (d'après la recommandation de Domus Medica et le programme ASSIST pour la 1<sup>e</sup> ligne du VAD

<b>Feedback</b>	<p><u>Élément central</u> de l'intervention brève. On délivre une information sur les risques de la consommation actuelle, ainsi qu'une information générale sur les suites possibles.</p> <p>Le feedback peut aussi comparer le type de consommation du patient/travailleur et les moyennes observées dans la même catégorie d'âge et de sexe, de façon à lui permettre de se comparer à la « norme ». Il est important que le patient/travailleur <u>tire lui-même les conclusions</u> de cette phase d'information.</p>
<b>Responsability</b> (responsabilité)	Rappel que rien ne peut se faire sans une <u>décision personnelle</u> du patient/travailleur, en lui rappelant sa liberté de choix. Le sentiment de contrôle est un élément important de la motivation au changement et de la réduction de la résistance au changement.
<b>Advice</b> (conseil à propos de la consommation)	Avis explicite sur les <u>inconvenients liés à la consommation</u> , pour la santé ou d'autres domaines, qui sont souvent méconnus de la part des consommateurs. L'information sur la réduction des risques suite à une réduction ou un arrêt de consommation augmente la conscience du risque et la motivation au changement.
<b>Menu of options</b> (menu de choix possibles)	Donner le <u>choix entre différentes stratégies de changement, réduction ou arrêt de consommation</u> et de suivi. Le choix permet de renforcer le sentiment de contrôle, le sentiment de responsabilité et la motivation au changement.
<b>Empathy</b> (empathie)	Avoir une attitude chaleureuse, empathique, respectueuse et compréhensive (ni autoritaire, ni culpabilisante) est un facteur important de réaction positive de la part du consommateur.
<b>Self-efficacy</b> (sentiment d'auto-efficacité, confiance en soi)	Soutenir le sentiment que les capacités personnelles du patient/travailleur lui permettront de changer son comportement face à l'alcool.

Dans le cadre de la formation interuniversitaire en médecine du travail (néerlandophone), la journée de formation consacrée à l'entretien motivationnel aborde également la technique FRAMES.

La 3<sup>e</sup> révision de la recommandation des médecins généralistes hollandais (*Nederlands Huisartsen Genootschap* – NHG) conseille le style conversationnel de l'entretien motivationnel dans la consultation avec le patient [43]. Une série de questions l'aident dans cette démarche (voir annexe 8).

## 2 Préparation de la recommandation pour les médecins du travail belges

### 2.1 Proposition d'une méthode de développement

Le degré de participation est important dans le développement d'une recommandation. Nous avons utilisé à plusieurs reprises la technique du « World Café » et les avons appelés « Up to date Cafés ». Cette technique consiste en un processus conversationnel structuré destiné à faciliter une discussion ouverte. Elle constitue une des méthodes les plus utilisées parmi les « *Large Scale Interventions* » (LSI), lesquelles sont des méthodes factuelles permettant une participation active. Elles permettent une implémentation rapide et efficace du changement, en créant un sentiment d'engagement personnel et d'appartenance [44].

Une invitation à participer a été diffusée par les différentes organisations de médecins du travail (annexe 9). Une quarantaine de médecins du travail ont manifesté leur intérêt à participer. Durant les Up to Date cafés, l'importance des recommandations pour les généralistes a été soulignée, ainsi que leur degré de transférabilité pour les médecins du travail. Les instruments de détection de l'usage d'alcool et d'autre de drogue ont été présentés. Ensuite, l'expérience des participants en matière de dépistage et d'intervention brève, de même que les obstacles possibles et les conditions nécessaires pour mener à bien une expérience ont été explorées. La recommandation ou les généralistes sur l'usage problématique d'alcool a été le point de départ [40] (annexe 10). Un consensus a émergé pour l'écriture d'une **première (!) recommandation pour les médecins du travail**, en commençant par **l'alcool**. Les instruments de détection de l'usage d'autres substances sont donc pas abordés dans la suite de ce texte.

Les Up to Date cafés ont eu lieu les 1<sup>er</sup> juin et 26 octobre 2016 et le 11 janvier 2017, chaque fois dans les locaux du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

### 2.2 Choix du dépistage de la consommation d'alcool

Cette recommandation **ne concerne que la consommation d'alcool** ; ce choix a été effectué pour différentes raisons :

- La prévalence de l'usage problématique d'alcool, comparée à celle de l'usage de substances illégales. Des données spécifiques concernant la population au travail seront disponibles courant 2017.
- Le questionnaire de dépistage est validé au niveau international, disponible et, en principe, immédiatement applicable.
- Le projet est d'élargir la recommandation aux médicaments psychoactifs et aux drogues illégales dans le futur.
- Les drogues illégales concernent un groupe très hétérogène de substances. Certaines entreprises sont fréquemment confrontées à leur usage. Certains médecins du travail sont

demandeurs d'un suivi en cas de test de dépistage positif. L'usage de l'outil **me-ASSIST**<sup>4</sup> peut leur être proposé.

### 2.3 Choix du test AUDIT-C pour le milieu de travail

Les avantages et inconvénients des divers instruments de dépistage ont été examinés durant le « Up to Date 2-café » ; le questionnaire AUDIT-C a semblé être le plus approprié d'entre eux.

**AUDIT-C**, la version courte du test AUDIT (soit les 3 premières questions du test), a été développé pour les circonstances dans lesquelles le temps manque pour la passation du test complet. Il s'avère aussi performant comme premier dépistage que le test complet [45].

Le score au test AUDIT-C est corrélé à un risque de consommation d'alcool sur le lieu de travail. Il existe un risque significatif associé à la conduite de véhicules ; une valeur seuil  $\geq 4$  est fiable pour l'identification des conducteurs à risque [46].

### 2.4 Initier un dépistage

- Le groupe de travail a recommandé un dépistage ciblé. Un dépistage systématique par les médecins du travail n'est pas possible en raison du manque de temps, de la charge de travail additionnelle et du manque de clarté sur un financement possible.
- Parmi les modalités de dépistage, il faut distinguer entre un questionnement sur la consommation d'alcool durant des examens individuels et un cadre de promotion de la santé (tableau 3).

Tableau 3 : Contextes de dépistage ciblé

Examens individuels	Promotion de la santé
Examen d'embauche	Questionnement sur les habitudes de vie
Examen périodique	Analyse des risques psychosociaux (ex : en relation avec le stress, burn out)
Examen d'aptitude (à la conduite)	
Retour au travail	
Consultation suite à un problème fonctionnel où la consultation du médecin du travail a été recommandée au travailleur (initiative du côté travailleur)	
Consultation suite au signalement par l'employeur de problèmes fonctionnels au médecin du travail (initiative du côté médecin du travail)	
<b>Le score est un élément à intégrer au suivi ultérieur du travailleur</b>	<b>Les résultats sont analysés à un niveau collectif et peuvent servir de base à l'établissement de mesures préventives</b>

<sup>4</sup> <http://www.vad.be/materialen/detail/me-assist>



- Il importe également de distinguer les travailleurs occupant des fonctions de sécurité ou nécessitant un niveau élevé de vigilance. En raison des risques potentiels pour eux-mêmes et pour leur environnement, un changement de comportement peut être exigé (contrainte externe).
- Le groupe de travail a souligné que la décision du médecin du travail ne dépend pas uniquement du score au test AUDIT. Il est également nécessaire d'interroger sur les éventuels problèmes fonctionnels. Pour les fonctions de sécurité, le dosage des marqueurs biologiques est indiqué.
- Le groupe de travail a insisté sur la clarification du rôle du médecin du travail dans le dépistage et l'intervention brève. Ce rôle doit être en cohérence avec l'AR Surveillance de la santé et/ou avec la mise en place d'une politique alcool-drogues. Quelle doit être par exemple l'attitude du médecin du travail face aux travailleurs peu motivés à un changement de comportement (au travail) ? Qu'en est-il du devoir de communication envers les généralistes ?

## 2.5 Fréquence de passation du test AUDIT

- Le groupe de travail conseille la passation du test **au moins une fois** dans les circonstances d'examen individuel en médecin du travail décrites ci-dessus, et de le **répéter dans les cinq ans**. Selon le résultat du test, une nouvelle passation peut s'indiquer plus tôt.
- Un timing adapté peut être prévu dans le cadre de la promotion de la santé.

## 2.6 Points d'attention pour le lancement de la recommandation

- Le groupe de travail souligne l'importance de la communication sur la prise en charge avec les partenaires sociaux à propos de la prise en charge. Une communication claire sur les objectifs et la mise en place sera nécessaire.
- Une offre de formation sur l'avis et l'intervention brève est indiquée.
- Le lien avec les autres thématiques concernant le bien-être (tabagisme, alimentation, obésité) trouve mieux sa place dans le cadre de la promotion de la santé.
- Lien avec la politique alcool-drogues, réintégration au travail, politique en matière d'absentéisme.
- Mise à disposition des questionnaires dans d'autres langues que le français ou le néerlandais.
- Discussion sur le timing d'implémentation ; lancement officiel ?
- Point pratiques de l'implémentation.

### 3 La recommandation : scorage du dépistage et suivi des résultats

Le point de départ est le score résultant du test AUDIT-C. Ce résultat amène à une indication plus ou moins formelle d'une décision, dépendant des risques possibles pour le travailleur ou son environnement.

Le score du test AUDIT est toujours replacé dans le contexte de fonction du travailleur, même en cas d'un score  $\leq 15$ .

#### Résultat 1

**Score aux 3 premières questions  $< 5$  (hommes) ou  $< 4$  (femmes)**

Suivi : Probablement pas d'usage problématique d'alcool. Inutile de compléter le test AUDIT.

**L'identification de chauffeurs ayant un comportement à risque indique de réaliser le test AUDIT complet pour un score  $\geq 4$ .**

#### Résultat 2

**Score aux 3 premières questions  $\geq 5$  (hommes) ou  $\geq 4$  (femmes)**

Suivi : compléter le test AUDIT (10 questions)



**Score 0 à 7 (hommes) ou 0 à 6 (femmes)**

Le travailleur est informé que son comportement est ACCEPTABLE et ne pose probablement pas de problème.

Spécifier quelles sont les quantités d'alcool « acceptables » ; on peut se référer aux normes suivantes :

- **Règle 14-21**
  - Hommes :  $\leq 21$  unités standard par semaine, jamais plus de 5 unités à la fois ;
  - Femmes :  $\leq 14$  unités standard par semaine, jamais plus de 3 unités à la fois ;
  - Hommes et femmes : au moins 2 jours sans alcool chaque semaine.
- **Nouvelle recommandation du VAD**
  - Il est préférable de rester sous les 10 unités standard par semaine, pour les hommes comme pour les femmes ;
  - Répartir la consommation hebdomadaire sur plusieurs jours ;
  - Ne pas boire tous les jours

De nouvelles appréciations des risques liés à l'alcool conduisent plusieurs pays à revoir leurs recommandations. Il est donc conseillé de ne pas dépasser dix verres d'alcool par semaine pour limiter les risques liés à sa consommation (annexe 11). Cette recommandation est destinée à sensibiliser et informer la population générale sur les risques de la consommation, mais ne peut pas être considérée comme une norme pour le dépistage. Le VAD insiste sur le fait que les risques sont liés au contexte (ex : conduite de véhicule, au travail) et au niveau de

vulnérabilité individuelle (ex : jeunes, grossesse, personnes âgées). Une explication détaillée de cette nouvelle directive est disponible sur le site du VAD (en néerlandais)<sup>5</sup>.

### Score 8 à 15 (hommes) ou 7 à 15 (femmes)

Le test AUDIT est dit **PROBLÉMATIQUE**.

Délivrer un **avis**. Aborder la nécessité de changement sur un mode empathique et non jugeant. Les risques peuvent être au niveau somatique, psychiatrique, psychique, mental ou social, et entamer la capacité fonctionnelle.

Selon le groupe de travail, donner un avis n'est pas difficile, mais requiert une attitude ouverte de la part du travailleur. La confiance dans le médecin du travail est ici essentielle.

Remettre un folder en appui de l'avis oral (exemples à construire). Renvoyer au site d'Infor-Drogues ([www.infordrogues.be](http://www.infordrogues.be)) ou Druglijn ([www.druglijn.be](http://www.druglijn.be)).

Si l'entretien révèle malgré tout un usage problématique, voir les mesures ci-dessous.

### Score ≥ 16 (hommes ou femmes)

Le test AUDIT est dit **PROBLÉMATIQUE**.

A ce niveau, le groupe de travail conseille de toujours prendre l'avis du secteur curatif, même en l'absence de signes de répercussion fonctionnelle connus ou révélés durant l'entretien. Cette recommandation est plus sévère que celle adressée aux généralistes pour lesquels un avis simple peut être délivré jusqu'à un score de 19. Cette décision a été prise en raison du contexte travail et possibilité de risque au niveau de la sécurité.

Délivrer une **intervention brève**. Le renvoi au médecin traitant est conseillé dans tous les cas, avec pour buts : 1) la notification claire au travailleur du caractère problématique de sa consommation ; 2) une possibilité de prise en charge ; 3) un suivi ultérieur. Le groupe de travail se propose de rédiger un modèle de lettre de renvoi au médecin traitant, pour favoriser une procédure uniforme et renforcer la visibilité du rôle du médecin du travail.

Le groupe de travail suggère qu'en parallèle le travailleur soit renvoyé au Conseiller en prévention – Aspects psychosociaux pour un entretien motivationnel.

Le groupe de travail suggère, pour les travailleurs occupant des fonctions de sécurité :

- De les déclarer inaptes temporairement à la fonction ;
- Convenir, en collaboration avec le médecin traitant, d'un suivi strict.

A ce niveau de score, le groupe de travail considère que le dosage des marqueurs biologiques est indiqué. A concrétiser.

En cas d'incapacité de travail, le groupe de travail suggère que la preuve de sa capacité à reprendre soit apportée par le travailleur lui-même. Cette preuve doit être étayée par une information du médecin traitant (ex : par un rapport).

---

<sup>5</sup> <http://www.vad.be/materialen/detail/achtergrond-en-toelichting-bij-keuzes-nieuwe-richtlijn-voor-alcoholgebruik>

Score  $\geq 20$  (hommes ou femmes)

Même attitude que ci-dessus : renvoi au médecin traitant, avec un suivi particulièrement strict en cas de fonctions de sécurité.

## Arbre décisionnel

Sera complété après réception d'un feedback.

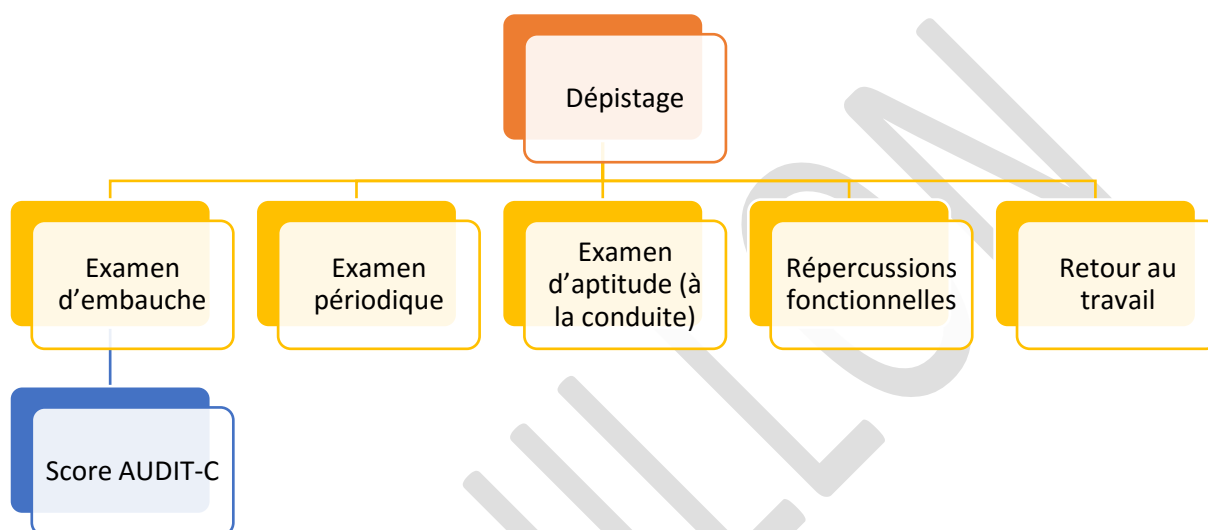


Figure 2 : Arbre décisionnel

## Annexe 1 : questionnaire DETA – CAGE

<b>1</b>	<b>Diminuer/Cut down</b>	Avez-vous déjà ressenti le besoin de <b>Diminuer</b> votre consommation de boissons alcoolisées ?
<b>2</b>	<b>Entourage/Annoyed</b>	Votre <b>Entourage</b> vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
<b>3</b>	<b>Trop/Guilty</b>	Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez <b>Trop</b> ?
<b>4</b>	<b>Alcool/Eye-opener</b>	Avez-vous déjà eu besoin d' <b>Alcool</b> dès le matin ?

Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool

## Annexe 2 : AUDIT (Alcohol Use Disorders identification Test)

AUDIT (10 questions), AUDIT-C (3 premières questions en orange), FAST (questions 3, 5, 8 et 10 en vert)

0 point	1 point	2 points	3 points	4 points
<b>1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?</b>				
Jamais	Min 1x/Mois	2-4x/Mois	2-3/Sem	Min 4x/Sem
<b>2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?</b>				
1-2 verre	3-4 verres	5-6 verres	7 – 8 verres	≥10 verres
<b>3. A quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?</b>				
Jamais	<1x/Mois	1x/Mois	1x/Sem	Tous les jours ou presque
<b>4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?</b>				
Jamais	<1x/Mois	1x/Mois	1x/Sem	Tous les jours ou presque
<b>5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?</b>				
Jamais	<1x/Mois	1x/Mois	1x/Sem	Tous les jours ou presque
<b>6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?</b>				
Jamais	<1x/Mois	1x/Mois	1x/Sem	Tous les jours ou presque
<b>7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?</b>				
Jamais	<1x/Mois	1x/Mois	1x/Sem	Tous les jours ou presque
<b>8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?</b>				
Jamais	<1x/Mois	1x/Mois	1x/Sem	Tous les jours ou presque
<b>9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?</b>				
Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année
<b>10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?</b>				
Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année

Tableau 4 : Interprétation du test AUDIT

	Hommes		Femmes	
	AUDIT complet	AUDIT-C	AUDIT complet	AUDIT-C
Risque faible ou nul	< 7	< 5	< 6	< 4
Consommation excessive probable	7 - 12	≥ 5	6 – 12	≥ 4
Dépendance probable	> 12		> 12	

Un score  $\geq 5$  (hommes) ou  $\geq 4$  (femmes, et  $\geq 65$  ans) aux trois premières questions commande de réaliser le test complet.

## Annexe 3 : Critères du DSM-5

D'après [7]

**L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :**

1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance ;
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets ;
4. Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance ;
5. L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
6. Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance ;
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
8. Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
9. 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 cette substance ;
10. Il existe une 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 ;
11. Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. Syndrome de sevrage caractérisé à la substance ;
  - b. La substance (ou une substance proche) est prise pour soulager les symptômes de sevrage

**Cotation** : 1 point pour chaque réponse positive.

- Score < 2 : pas d'addiction
- Score 2-3 : addiction légère
- Score 4-5 : addiction modérée
- Score ≥ 6 : addiction sévère



## Annexe 4 : AUDIT-C

0 point	1 point	2 points	3 points	4 points
<b>1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?</b>				
Jamais	Min 1x/Mois	2-4x/Mois	2-3/Sem	Min 4x/Sem
<b>2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?</b>				
1-2 verre	3-4 verres	5-6 verres	7 – 8 verres	≥10 verres
<b>3. A quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?</b>				
Jamais	<1x/Mois	1x/Mois	1x/Sem	Tous les jours ou presque

Un score  $\geq 5$  (hommes) ou  $\geq 4$  (femmes, et  $\geq 65$  ans) aux trois premières questions commande de réaliser le test AUDIT complet.

## Annexe 5 : FAST (Fast Alcohol Screening Test)

0 point	1 point	2 points	3 points	4 points
<b>Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous consommé plus de 6 unités (pour une femme), ou 8 unités (pour un homme), en une seule occasion ?</b>				
Jamais	<1x/Mois	1x/Mois	1x/Sem	Tous les jours ou presque

### Score

Le score maximal est de 16. Un score  $\geq 3$  indique une consommation à risque.

Si la réponse est « jamais » à la première question, la consommation n'est pas à risque, et le questionnaire peut s'arrêter là. Si la réponse est « 1x/semaine » ou « tous les jours ou presque », la consommation est d'office à risque et les autres questions ne sont pas nécessaires.

Si la réponse est « 1x/mois » ou moins, les trois questions suivantes sont nécessaires pour établir le caractère à risque de la consommation.

0 point	1 point	2 points	3 points	4 points
<b>Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?</b>				
Jamais	<1x/Mois	1x/Mois	1x/Sem	Tous les jours ou presque
<b>Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?</b>				
Jamais	<1x/Mois	1x/Mois	1x/Sem	Tous les jours ou presque
<b>Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?</b>				
Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année

## Annexe 6 : FIVE SHOT

2 premières questions de l'AUDIT

0 point	0,5 point	1 point	1,5 point	2 points
<b>1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?</b>				
Jamais	Min 1x/Mois	2-4x/Mois	2-3/Sem	Min 4x/Sem
<b>2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?</b>				
1-2 verre	3-4 verres	5-6 verres	7 – 8 verres	≥10 verres

3 dernières questions du DETA – CAGE

		0 point	1 point
<b>Entourage/Annoyed</b>	Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	Non	Oui
<b>Trop/Guilty</b>	Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?	Non	Oui
<b>Alcool/Eye-opener</b>	Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin ?	Non	Oui

Le score maximal est 7 ; un score  $\geq 2,5$  peut indiquer un mésusage ou une dépendance.

## Annexe 7 : ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Le test ASSIST comporte huit questions. Les sept premières concernent l'usage d'alcool, de tabac, de cannabis, de cocaïne, de psychostimulants du type amphétamine, de substances volatiles reniflées ou inhalées, de calmants et hypnotiques, d'hallucinogènes et d'opiacés. Les substances non reprises dans cette liste sont reprises sous la rubrique « autres ».

- 1. Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous déjà consommées au cours de votre vie? (USAGE NON MÉDICAL UNIQUEMENT).**

Cette question ne concerne que des substances non prescrites par un médecin, ou si elles ont été prescrites, à une dose supérieure, plus fréquemment ou d'une autre manière que celle prescrite.

- 2. Au cours des trois derniers mois, combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.)?**

Cette question permet d'identifier les substances les plus pertinentes à traiter.

- 3. Au cours des trois derniers mois, combien de fois avez-vous ressenti un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.)?**

Cette question explore la dépendance psychique.

- 4. Au cours des trois derniers mois, combien de fois votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.) vous a-t-elle causé des problèmes de santé, sociaux, juridiques ou financiers ?**
- 5. Au cours des trois derniers mois, combien de fois n'avez-vous pu accomplir ce qu'on attendait normalement de vous à cause de votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.)?**
- 6. Un ami ou un parent ou quelqu'un d'autre a-t-il déjà exprimé des inquiétudes au sujet de votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.)?**
- 7. Avez-vous déjà essayé, sans succès, de réduire votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, ETC.) ?**

Cette question donne une indication sur le niveau de dépendance.

Ces premières questions donnent une idée globale du niveau de risque ou des difficultés liés à un usage problématique de substance.

Des scores moyens indiquent une consommation à risque ou problématique, actuelle ou éventuellement passée, ce qui n'en limite pas nécessairement le risque. Un score élevé indique une dépendance.

La question 8 ne concerne que les drogues injectées, traitées séparément car elles comportent un niveau de risque plus élevé, entre autres de dépendance, d'infections transmises par le sang (HIV, hépatites B et C).

- 8. Avez-vous déjà pris de la drogue en injection? (USAGE NON MÉDICAL UNIQUEMENT)**

## Annexe 8 : Questions pour l'entretien avec le patient (*Nederlands* *Huisartsen Genootschap – NHG*)

Pouvez-vous décrire une situation dans laquelle vous buvez ? Buvez-vous plus que vous n'aviez prévu initialement ? devez-vous boire plus pour obtenir le même effet ? Buvez-vous de l'alcool quand vous êtes seul ?

Que se passe-t-il si vous ne buvez pas d'alcool pendant un certain temps ?

Avez-vous régulièrement une forte envie de boire de l'alcool ?

Que pensez-vous de votre consommation d'alcool ? Buvez-vous consciemment (par exemple pour vous endormir) ? Est-ce une habitude ? Buvez-vous pour vous détendre, pour vous sentir mieux ? Avez-vous déjà pensé à votre consommation d'alcool, et cela vous préoccupe-t-il ?

Avez-vous déjà pensé que certains symptômes ou problèmes pouvaient être liés à la consommation d'alcool ? Si oui, avez-vous adapté votre consommation ? Si non, quelle en sont les raisons ?

Avez-vous déjà envisagé de réduire ou d'arrêter votre consommation d'alcool ? L'avez-vous essayé ? Pourquoi avez-vous essayé, et comment cela s'est-il passé ?

Réduisez-vous votre consommation dans certaines situations ou circonstances (sociales ou professionnelles) ?

Votre consommation d'alcool a-t-elle déjà entraîné des problèmes ou vous a mis en danger (à l'école, à la maison, sur la route, au travail, avec la justice) ? Si oui, dans quelle mesure, et avez-vous ensuite adapté votre consommation ? Si non, pour quelle raison n'avez-vous pas adapté votre consommation ?

Quelle part de votre temps passe-t-il dans la boisson ou dans les effets de la boisson ? Ressentez-vous des symptômes de sevrage le lendemain ? Buvez-vous pour réduire ces symptômes de sevrage ?

Votre famille ou vos amis vous font-ils des remarques sur votre consommation ?

Avez-vous déjà fumé du cannabis ou quelque chose d'autre pour vous sentir mieux ?

## Annexe 9 : Invitation à l'élaboration de la recommandation

**Des travailleurs abusant de substances.  
Contribuer à l'introduction de guidelines pour les médecins du travail**

**Projet de suivi UP-TO-DATE 2**

Vous demandez pour des guidelines!

Le projet de recherche Belspo UP-TO-DATE, dans son rapport final, a formulé des recommandations importantes concernant votre approche de la consommation problématique de substances par les travailleurs. L'introduction de recommandations (par ex. des outils de dépistage) était l'un des souhaits les plus importants.

Avec UP-TO-DATE 2, nous voulons démarrer ce processus avec vous. Nous vous invitons pour la séance d'ouverture.

**Quel est le programme?**

- 1/ Présentation de l'importance des recommandations utilisées en médecine générale
- 2/ Discussion concernant l'applicabilité dans le domaine de la médecine du travail
- 3/ Modalités pour le travail de suivi

**Quand cela aura-t-il lieu ?**

Le mercredi 1 juin 2016

De 9h30 à 12h30 (une traduction simultanée sera assurée)

A la fin, des sandwichs sont prévus. La participation est gratuite.

**Où cela aura-t-il lieu ?**

Adresse: SPF Emploi, 1 Rue Ernest Blerot, 1070 Bruxelles

Le SPF Emploi est facilement accessible en transports en commun. Descendez à la gare du Midi. Dans le hall, suivez les panneaux indiquant la direction "Place Horta". L'entrée principale du SPF Emploi se situe rue Ernest Blerot (jonction entre la Place Horta et la rue Bars).

Inscrivez-vous via [Marie-Claire Lambrechts, KU Leuven, Omgeving en Gezondheid](#) (cliquez sur le lien et ajoutez votre nom et vos coordonnées, merci!)


Pour plus de renseignements, vous pouvez également contacter Marie-Claire Lambrechts.

Nous attendons avec impatience votre réponse!

Au nom de l'équipe UP-TO-DATE 2\*

Marie-Claire Lambrechts  
Prof. Dr Lode Godderis

(\*) L'équipe uptodate2 est composée des collaborateurs de la KU Leuven (Omgeving en Gezondheid), de l'Université de Liège (Département de Médecine Générale), de l'Université d'Anvers (Centre de Médecine Générale) et du VAD, le centre d'expertise Flamand d'alcool et d'autres drogues. UP-TO-DATE 2 est sponsorisée par Belspo (Politique scientifique fédérale) et par les services publics fédéraux SPF Emploi et SPF Santé. La KU Leuven est en charge de la coordination du projet.



## Annexe 10 : test AUDIT et arbre décisionnel pour généralistes

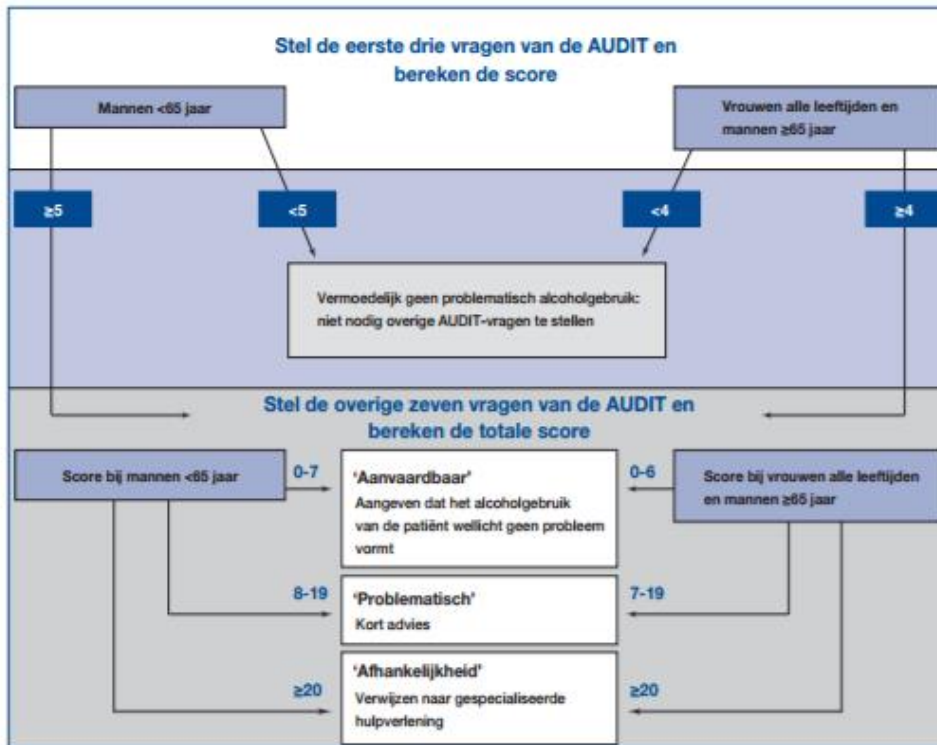
Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2011;40(5):S137-S50.

<http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/problematisch-alcoholgebruik.html>

BROUILLON

Bij elke patiënt die alcohol gebruikt: stel de eerste drie vragen en bereken de score.						
AUDIT-vragen	0	1	2	3	4	Score
Hoe vaak drink je alcohol?	Nooit	Maandelijks of minder	2 à 4 keer per maand	2 à 3 keer per week	4 of meer keer per week	---
Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen* drink je dan gewoonlijk op een dag?	1 of 2	3 of 4	5 of 6	7 of 9	10 of meer	---
Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	---
<b>Bij een score <math>\geq 5</math> (mannen &lt;65 jaar) of <math>\geq 4</math> (vrouwen alle leeftijden en mannen <math>\geq 65</math> jaar): ga verder met de volgende vragen.</b>						---
Hoe vaak had je het afgelopen jaar het gevoel dat je, van zodra je begon, niet meer kon stoppen met drinken?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	---
Hoe vaak ben je er, door je drinkgedrag, het afgelopen jaar niet in geslaagd te doen wat normaal van je werd verwacht?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	---
Hoe vaak heb je het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om jezelf er weer bovenop te helpen nadat je zwaar was doorgezakt?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	---
Hoe vaak heb je het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	---
Hoe vaak kon je je het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond voordien niet herinneren omdat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	---
Raakte jij zelf of iemand anders ooit gewond ten gevolge van je drinkgedrag?	Nooit		Ja, maar niet in het laatste jaar		Ja, in het laatste jaar	---
Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidswerker zich ooit zorgen gemaakt over je drinkgedrag of je aangeraden minder te drinken?	Nooit		Ja, maar niet in het laatste jaar		Ja, in het laatste jaar	---
<b>De optelsom van de cijfers van de antwoorden op alle tien vragen.</b>					<b>AUDIT-score</b>	---
* Een standaardglas alcohol komt overeen met een glas bier van 250 ml met 5% alcohol, 100 ml wijn met 12% alcohol, 40 ml likeur (bijvoorbeeld jenever) met 25% alcohol, 30 ml sterke drank (bijvoorbeeld cognac) met 40% alcohol.						





#### KORT ADVIES

- Deel de AUDIT-score mee en geef aan 'aanvaardbaar', 'problematisch' of 'afhankelijk'.
- Bespreek op een empathische en niet-veroordelende manier de persoonlijke risico's én de nood aan verandering. Risico's kunnen zich situeren op lichamelijk, psychiatrisch, psychisch, mentaal of maatschappelijk vlak.
- Geef aan wat aanvaardbare hoeveelheden zijn. Mannen:  $\leq 21$  standaardglazen per week en nooit meer dan 5 glazen per keer. Vrouwen:  $\leq 14$  standaardglazen per week en nooit meer dan 3 glazen per keer. Voor mannen én vrouwen minimum 2 alcoholvrije dagen per week. Lagere aanvaardbare hoeveelheden voor ouderen.
- Geef een folder mee ter ondersteuning van het mondeling kort advies.

#### FOLLOW-UP na kort advies

- Bij relatief beperkt problematisch alcoholgebruik (AUDIT  $\leq 15$ ): herhaal het kort advies bij nieuwe signalen.
- Bij ernstiger problematisch alcoholgebruik (AUDIT 16-19): plan zelf een vervolggesprek binnen de 6 maanden. Herhaal in dit vervolggesprek het kort advies of maak gebruik van het ABC-model voor begeleiding van alcoholmisbruik ontwikkeld door Domus Medica.

#### VERWIJZING naar gespecialiseerde hulpverlening

- AUDIT-score van  $\geq 20$  of bij vermoeden van alcoholafhankelijkheid.
- Psychiatrische comorbiditeit, ernstige lichamelijke comorbiditeit, keuze voor verwijzing door patiënt en huisarts, (herhaald) falen kort advies, bij indicatie voor een korte interventie en wanneer de huisarts dit niet zelf opneemt.

Annexe 11 : Recommandation du Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD)

BROUILLON

# RICHTLIJN VOOR ALCOHOLGEBRUIK

## Hoe de risico's van alcoholgebruik beperken?

Alcohol drinken is een persoonlijke keuze. Als je kiest om alcohol te drinken, dan kan deze richtlijn helpen om te bepalen wanneer en hoe (veel).

Voor deze richtlijn betekent één standaardglas alcohol ...

STANDAARDGLAS ALCOHOL		= 10 g	PURE ALCOHOL	= 12.7 ml	PURE ALCOHOL
STANDAARDGLAS	STANDAARDGLAS	STANDAARDGLAS	STANDAARDGLAS	STANDAARDGLAS	STANDAARDGLAS
1.0	1.0	1.0	1.0	1.3	1.7 TOT 2.5
75cl	75cl	5cl	3cl	33cl	33cl
					
GLAS BIER	GLAS WIJN	APERTIEF (ROOD, WIT)	SHOTGLASS	BIJL BIER	ZWAAR BIER
					75cl

## De limiet

Alcohol is een schadelijke stof. Om de risico's van alcoholgebruik te beperken, drink je best niet meer dan 10 standaardglazen per week.

Wil je geen risico lopen, dan drink je beter geen alcohol. Als je wel alcohol drinkt, spreid je dit gebruik best over meerdere dagen in de week en drink je een aantal dagen niet.

Deze richtlijn is bedoeld voor mannen en vrouwen boven de 18 jaar. Jongeren onder de 18 jaar drinken best geen alcohol.

MAA	DIN	WOE	DON	VRIJ	ZAT	ZON



## RICHTLIJN VOOR ALCOHOLGEBRUIK

### Alcohol en gezondheidsrisico's

Alcoholgebruik is een belangrijke risicofactor voor ongevallen en verwondingen. Los van de verslavende werking verhoogt alcoholgebruik op lange termijn ook het risico op hartaandoeningen, kankers, geheugenstoornissen en aandoeningen aan de pancreas en de lever.

Sommige bevolkingsgroepen lopen meer risico op negatieve effecten van alcoholgebruik. Zij moeten daarom voorzichtig zijn met hun gebruik en vragen best advies aan een hulpverlener:

- Ouderen.
- Jongvolwassenen tussen 18 en 24 jaar.
- Personen die medicatie gebruiken.
- Personen die andere drugs gebruiken.
- Personen met gezondheidsproblemen.
- Personen met psychische problemen.
- Personen met een laag lichaamsgewicht.
- Personen met een familiale voorgeschiedenis van alcoholproblemen.



### Zwangerschap?

Alcohol is schadelijk tijdens alle fasen van de zwangerschap. Als je zwanger wil worden, tijdens de zwangerschap en tijdens de borstvoedingsperiode is geen alcohol drinken de veiligste optie.

### Wanneer drink je beter geen alcohol?

- Als je je in het verkeer begeeft.
- Voor, tijdens en direct na fysieke inspanningen en sport.
- Bij het werken met machines, elektrische apparaten, ladders, enzovoort.
- Voor en tijdens het werk.
- Wanneer je verantwoordelijk bent voor de veiligheid van anderen.
- Tijdens activiteiten waarbij alertheid en vaardigheden nodig zijn.



Bepaal vooraf hoeveel je wil drinken en hou je aan dat besluit.

Beperk de totale hoeveelheid die je per keer drinkt.

Drink traag, eet bij het drinken en wissel af met water.

Blijf binnen de wekelijkse richtlijn.



VAD bedankt al zijn partners bij het ontwikkelen van deze alcoholrichtlijn. Voor meer informatie l.v.m. alcohol en de alcoholrichtlijn, ga naar [www.vad.be/themes/alcohol](http://www.vad.be/themes/alcohol)



Bij De DrugLijn kan iedereen terecht met alle vragen over drank, drugs, pillen en gokken. Via 078 15 10 20 of [www.druglijn.be](http://www.druglijn.be). Voor online hulp en begeleiding kan men ook terecht op [www.alcoholhulp.be](http://www.alcoholhulp.be).

## Références

1. Vanmeerbeek M, Remmen R, Godderis L, Lambrechts MC, Mairiaux P, Lemaître A, Anseau M, Peremans L, Dom G, Van Casteren V *et al*: **“Up To Date”. Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATa retriEval**. In. Brussels: Belgian Science Policy; 2015.
2. Gisle L: **La consommation d'alcool**. In: *Enquête de Santé 2013. Volume 2 : Comportements de santé et style de vie*, edn. Edited by Gisle L, Demarest S. Bruxelles: ISP-WIV; 2014.
3. Anderson P, Baumberg B: **Alcohol in europe. A public health perspective. A report for the European Commission**. In. London: Institute of Alcohol Studies, UK; 2006.
4. Ewing JA: **Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire**. *JAMA* 1984, **252**(14):1905-1907.
5. **Het alcoholgebruik van de Belgische werknemer**. In. Brussel: Securex; 2008.
6. 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--II**. *Addiction* 1993, **88**(6):791-804.
7. APA, Crocq M-A, Guelfi JD: **DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**, 5 edn. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
8. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M: **AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care**. In., 2nd edn. Geneva: World Health Organization; 2001.
9. **Global status report on alcohol and health-2014**. Geneva: World Health Organization; 2014.
10. Rehm J, Shield K, Rehm M, Gmel G, Frick U: **Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe**. *Centre for Addiction and Mental Health* 2012.
11. Lievens D, Vander Laenen F, Verhaeghe N, Schils N, Putman K, Pauwels L, Hardyns W, Annemans L: **The social cost of legal and illegal drugs in Belgium**, vol. 51: Maklu; 2016.
12. ANS: **AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen**; 2009.
13. Kuiper C, Verhoef J, de Louw D, Cox K, Borghouts J, Borghouts-Hesseling M, Lazonder A, Lemmers T, van der Lyke S, Proot I: **Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en implementatie Utrecht: Lemma** 2004.
14. Swinkels JA, Burgers J, Assendelft J, Everdingen v J, Barneveld v T, Klundert vd J: **Doel van richtlijnontwikkeling**. In: *Evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk*. edn. Edited by Everdingen v J, Burgers J, Assendelft J, Swinkels JA, Barneveld v T, Klundert vd J. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2004: 1-10.
15. D'hondt M, De Schepper J, De Smet G, Van De Putte K, Coussens M: **Evidence based richtlijnen, klinische paden, zorgprogramma's en zorgprotocollen: een begripsafbakening**. *SIGNAAL* 2007, **61**:3-15.
16. Godderis L, Johannik K, Mylle G, Bulterys S, Moens G: **Epidemiological and performance indicators for occupational health services: a feasibility study in Belgium**. *BMC Health Serv Res* 2014, **14**:410.
17. Godderis L, Mylle G, Coene M, Verbeek C, Viaene B, Bulterys S, Schouteden M: **Data warehouse for detection of occupational diseases in OHS data**. *Occupational medicine (Oxford, England)* 2015, **65**(8):651-658.
18. Ames GM, Bennett JB: **Prevention interventions of alcohol problems in the workplace**. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 2011, **34**(2):175-187.
19. Roman PM, Blum TC: **The workplace and alcohol problem prevention**. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 2002, **26**(1):49-57.

20. Lambert SD: **The role of the occupational physician in substance abuse.** *Occup Med* 2002, **17**(1):1-12, iii.
21. Tan L, Wang MJ, Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Harvey SB: **Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace.** *BMC medicine* 2014, **12**:74.
22. Head J, Stansfeld SA, Siegrist J: **The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study.** *Occup Environ Med* 2004, **61**(3):219-224.
23. Frone MR: **Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context assessments of alcohol and illicit drug use.** *J Appl Psychol* 2008, **93**(1):199-206.
24. Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, Madsen IE, Lallukka T, Ahola K, Alfredsson L, Batty GD, Bjorner JB, Borritz M *et al*: **Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data.** *BMJ* 2015, **350**:g7772.
25. Van Royen K, Remmen R, Vanmeerbeek M, Godderis L, Mairiaux P, Peremans L: **A review of guidelines for collaboration in substance misuse management.** *Occup Med* 2013, **63**(6):445-447.
26. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, Kaner E: **The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews.** *Alcohol Alcohol* 2014, **49**(1):66-78.
27. Schulte B, O'Donnell AJ, Kastner S, Schmidt CS, Schafer I, Reimer J: **Alcohol screening and brief intervention in workplace settings and social services: a comparison of literature.** *Frontiers in psychiatry* 2014, **5**:131.
28. Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A, Ronnberg S: **Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study.** *Alcohol Alcohol* 2010, **45**(3):252-257.
29. Watson H, Godfrey C, McFadyen A, McArthur K, Stevenson M, Holloway A: **Screening and brief intervention delivery in the workplace to reduce alcohol-related harm: a pilot randomized controlled trial.** *Int J Nurs Stud* 2015, **52**(1):39-48.
30. Verstuyf G: **Vroeginterventie.** In. Brussel: VAD; 2007.
31. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG: **Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review.** *Arch Intern Med* 2000, **160**(13):1977-1989.
32. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms 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**(464):206-217.
33. Kriston L, Holzel L, Weiser AK, Berner MM, Harter M: **Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use?** *Ann Intern Med* 2008, **149**(12):879-888.
34. Cunningham RM, Bernstein SL, Walton M, Broderick K, Vaca FE, Woolard R, Bernstein E, Blow F, D'Onofrio G: **Alcohol, tobacco, and other drugs: future directions for screening and intervention in the emergency department.** *Acad Emerg Med* 2009, **16**(11):1078-1088.
35. Jones LA: **Systematic review of alcohol screening tools for use in the emergency department.** *Emergency medicine journal : EMJ* 2011, **28**(3):182-191.
36. **The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility.** *Addiction* 2002, **97**(9):1183-1194.
37. **Test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances (ASSIST V3.1)** [[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_3.1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_3.1/en/)]
38. Frankfort-Nachmias C, Nachmias D, DeWaard J: **Research Methods in the Social Sciences,** 8th edn. New York: Worth Publishers; 2014.

39. Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S, Peters T: **Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study**. *BMJ* 2006, **332**(7540):511-517.
40. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P: **Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts**. *Huisarts Nu* 2011, **40**(5):S137-S150.
41. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, Saunders JB, Burnand B, Heather N: **The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review**. *Drug and alcohol review* 2009, **28**(3):301-323.
42. Defiliet T, Claessens J: **Handleiding ASSIST voor de eerstelijnggezondheidszorg**. In. Brussel: VAD; 2010.
43. Boomsma L, Drost I, Larsen I, Luijkx J, Meerkerk G, Valken N, Verduijn M, Burgers J, Van der Wee G, Sijbom M: **NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening)**. *Huisarts Wet* 2014, **57**(12):638-646.
44. van der Zouwen T: **Building an evidence based practical guide to Large Scale Interventions : towards sustainable organisational change with the whole system**. Delft: Eburon; 2011.
45. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J: **Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test**. *Alcohol Alcohol* 2002, **37**(6):591-596.
46. Rosso GL, Montomoli C, Candura SM: **AUDIT-C score and its association with risky behaviours among professional drivers**. *The International journal on drug policy* 2016, **28**:128-132.