

Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question

Soraya Belgherbi, Carine Mutatayi, Christophe Palle

NOTE 2015-03
SAINT-DENIS, LE 8 SEPTEMBRE 2015

INTRODUCTION

Différents repères de consommation problématique d'alcool, définis par des organisations sanitaires publiques nationales ou internationales (OMS, HAS, INPES,...) cohabitent. Ils ont été formulés à l'usage des professionnels de santé afin de faciliter le repérage des consommations, d'une part, et du grand public, aux fins de prévention de ces consommations, d'autre part. En France, ces repères, plus ou moins intégrés par la majorité des Français, sont présentés par la Haute Autorité de Santé comme étant en population adulte :

- 2 verres maximum par jour pour les femmes (sachant qu'un verre standard d'alcool correspond en France à 10 grammes d'alcool pur, ce seuil est de 20g d'alcool pur par jour pour les femmes) ;
- 3 verres maximum par jour pour les hommes (soit 30 g d'alcool pur/jour) ;
- 4 verres maximum en une seule occasion quel que soit le sexe.

Parmi les professionnels des addictions, nombreux sont ceux qui jugent ces repères nécessaires au grand public mais estiment en revanche qu'ils doivent être redéfinis ou harmonisés. Ils dénoncent la présentation fallacieuse que peuvent en faire les représentants économiques de la « filière alcool ».

Introduction	1
1. Repères clés fournis par l'Organisation Mondiale de la Santé	2
1.1. L'AUDIT, première source	2
1.2. Alcool et soins de premiers recours	3
1.3. Un guide d'observation des usages d'alcool distinguant risque ponctuel et risque chronique	4
2. Du grammage au nombre de verre, des seuils français plus stricts	6
3. Mention des restrictions contextuelles	8
4. Une échelle de risque chronique affinée	9
5. La reprise des seuils de consommations par la filière alcool	10
6. Préconisations institutionnelles sur le maniement des repères en France	11
6.1. Le ministère de la santé : étudier la pertinence des seuils et de leur communication	11
6.2. L'INCa : abaisser les seuils en vertu du risque de cancers	12
6.3. Le Haut Conseil de Santé Publique : harmoniser les seuils	12
6.4. La Société Française d'Alcoologie : maintenir les seuils français	13
6.5. L'ANPAA	13
Conclusion	14
Bibliographie	15
Annexes	17

Parmi les autorités de santé (INCa, DGS), la diffusion de repères divisent, ce qui, en 2009, a conduit le ministre de la santé à saisir le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). Face aux voix divergentes en la matière, le HCSP avait opté pour un statu quo sur la question tout en appelant les acteurs de l'Etat à une plus grande homogénéité de leurs positions.

Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, la MILDECA a rassemblé dès octobre 2014 autorités publiques et instituts d'études compétents dans un groupe de travail sur les conditions de promotion de l'alcool. Le groupe réitère le besoin de clarifier l'origine et le fondement des seuils de consommation circulant dans les cercles autorisés et profanes. En effet, l'absence de message clair sur ce sujet de la part des différentes administrations émousse la clarté du discours préventif d'une part, et constitue d'autre part une opportunité pour la « filière alcool » de souligner l'absence de cohérence de la parole publique en la matière. Dès lors la MILDECA a saisi l'OFDT pour dresser un bilan synthétique des sources disponibles sur la question.

Cette note compile et retrace les diverses positions relatives à ces repères de consommation d'alcool, en France. Elle s'appuie sur une analyse bibliographique sans que des entretiens au sein des organismes invoqués aient pu être menés pour d'éventuels compléments d'information.

1. Repères clés fournis par l'Organisation Mondiale de la Santé

Sur les trente dernières années, deux sources principales émanent de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), destinées à harmoniser les méthodes de repérage des consommations d'alcool dans les divers États et à soutenir ces derniers dans la mise en œuvre et le suivi des politiques de réduction des risques et des usages de boissons alcooliques. Ces documents phares, à visées épidémiologiques ou cliniques sont :

- l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), test de repérage des consommations d'alcool problématiques, dont la première édition date de 1989 [1-3];
- le guide international pour l'observation des consommations d'alcool et des dommages associés (*International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*), en 2000 [4].

Les seuils publiés dans ce dernier ouvrage font office de références internationales, largement reprises, adaptées à la marge et « déviées » quelque peu de leur objet scientifique pour être communiquées vers le grand public en France, dans une perspective éducative.

1.1. L'AUDIT, première source

L'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) est un outil de repérage des consommateurs d'alcool ayant un usage problématique d'alcool, et a été développé par l'OMS en 1989 [1-3] (cf. questionnaires en annexe).

Le guide d'utilisation du test AUDIT en soins primaires, mis à jour en 1992, précise la construction du test [1]. Saunders et al. [2, 3] ont démontré la validité du test, autrement dit sa capacité à détecter la consommation nocive et dangereuse, en comparant la sensibilité et la spécificité du questionnaire pour 5 « *gold standards* » distincts, qui sont :

1. la consommation nocive, fixée à une consommation journalière de 40g pour les femmes et de 60g pour les hommes, ou les intoxications récurrentes ;
2. les symptômes de dépendances (réponse positive à au moins une des caractéristiques de la dépendance à l'alcool) ;
3. problèmes d'alcool dans la dernière année (une réponse positive à l'une des 5 questions sur les conséquences physiques et psychosociales) ;
4. un indice combiné (somme de toutes les preuves d'usage nocif d'alcool à partir de l'ensemble de données) ;
5. la classification positive au sein de groupes d'abstinents ou « d'alcooliques ».

Les points de *cut off* (seuils limite) ont été déterminés selon un équilibre entre sensibilité et spécificité pour les 4 premières conditions.

Dans sa dernière version datant de 2001 [5], ce guide pratique pour les soins précise (en annexe) que **chaque pays doit adapter le questionnaire en fonction des facteurs sociaux culturels**. Ainsi la définition locale du « verre standard d'alcool » doit être modifiée en fonction des pays.

Néanmoins, une étude diligentée par l'OMS soutient des niveaux de consommation de faible risque établis à une consommation en deçà de 20g d'éthanol par jour, sur 5 jours par semaine (soit 2 jours d'abstinence recommandés), et de 60g en une seule occasion (pas de référence disponible). De plus, les effets de l'alcool varient selon le poids et les différences de métabolisme, il y est proposé d'avoir un seuil inférieur pour les femmes et les hommes de plus de 65 ans. Les risques pour la santé sont rappelés et sont documentés par un article d'Anderson [6].

1.2. Alcool et soins de premiers recours

A l'appui de diverses études disponibles, l'OMS formule davantage de préconisations quantifiées qui entreront au rang des références clés employées dans l'hexagone. Ainsi les seuils quotidiens de consommations féminines et masculines s'ajoutent à un ensemble de recommandations, notamment rapportées à des situations particulières, énoncées dès 1996 par l'OMS [7], parmi lesquelles :

- Ne pas consommer plus de 2 verres par jour.
- Des limites abaissées, plus adaptées aux personnes dont le métabolisme le rend a priori plus vulnérables aux effets de l'alcool (telles que celles ayant un faible poids ou peu ou pas d'expérience avec l'alcool).
- Les abstinents ne doivent pas commencer à boire dans le but de réduire certains problèmes de santé.
- Le maintien d'au moins 1 jour par semaine sans boire de boisson alcoolisée.
- L'abstinence pour les personnes :
 - poursuivant une grossesse ou qui allaitent ;

- prenant certains médicaments, dont des médicaments psychotropes ;
- conduisant un véhicule ou manipulant une machine dangereuse ;
- ayant une responsabilité de maintien de l'ordre public ou de sécurité ;
- présentant une inaptitude persistante à contrôler leur consommation (alcoolodépendance) ;
- n'ayant pas atteint l'âge légal de consommer.

Ces recommandations seront, elles aussi adaptées, bien que marginalement, par les acteurs français selon l'évolution de la problématique des consommations observée en France (voir infra).

1.3. Un guide d'observation des usages d'alcool distinguant risque ponctuel et risque chronique

Le guide international édité en 2000 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose aux Etats membres des lignes directrices sur la surveillance épidémiologique de la consommation d'alcool et des dommages induits. Ce document constitue un guide méthodologique qui propose un ensemble de règles et de bonnes pratiques en matière de recueil de données sur l'alcool. La question des seuils de consommation n'est abordée que sur quelques pages d'un document qui en comprend plus de 200. L'objectif affiché est de permettre les comparaisons internationales et de disposer d'indicateurs chiffrés valides pour faciliter la mise en place de politiques de réduction des usages et des risques associés [4]. Il ne s'agit donc pas d'un document spécifiquement consacré à la question des seuils de consommation dans une optique de prévention.

Les auteurs distinguent le risque ponctuel engendrant des « problèmes aigus », ce qui semble faire référence à l'intoxication aiguë (alcoolémie élevée associée à des effets psychomoteurs), et le risque de dommages chroniques lié à une consommation régulière (quotidienne) d'alcool. Cette distinction aboutit cependant à un choix de seuil identique dans les deux cas.

Relative fragilité des seuils de risques ponctuels définis en 2000

En ce qui concerne le risque ponctuel, les auteurs du rapport, après avoir cité un certain nombre de seuils utilisés dans les pays anglo-saxons, fixent la limite d'une consommation à haut risque de problèmes aigus à plus de 60 g d'éthanol pour les hommes et plus de 40 g pour les femmes lors d'un jour de consommation. Ces valeurs correspondent à celles utilisées (à l'époque) en Australie et en Nouvelle-Zélande, ce qui semble être la seule justification de ce choix de valeurs. Une subdivision des catégories de risques suivant les niveaux de consommation est également proposée, les auteurs insistant néanmoins sur le fait que ces seuils ne doivent être utilisés qu'à des fins de recherche (voir Tableau 1).

Tableau 1. Seuils de risques de consommation d'alcool sur un unique jour

Criteria for risk of consumption on a single drinking day – for comparative research purposes only		
	<u>Males</u>	<u>Females</u>
Low Risk	1 to 40g	1 to 20g
Medium Risk	41 to 60g	21 to 40g
High Risk	61 to 100g	41 to 60g
Very High Risk	101+g	61+g

Source : International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, OMS, 2000.

Cependant ces recommandations s'accompagnent de mises en garde spécifiques :

- Bien que basé sur des données de pays développés [8], ils ne doivent pas être interprétés comme impliquant un niveau de risque invariable pour tous les individus et tous les modes de consommations, et doivent donc être interprétés plutôt comme un risque moyen pour la population ;
- Les consommations dites à faible risque ne signifient pas être sans risque ;
- Ces niveaux de risque doivent bien être différenciés de ceux des consommations quotidiennes (plus bas) ;
- Ces niveaux permettent de réaliser des comparaisons dans les modes de consommations entre les pays ;
- Ils ne sont pas conçus pour être des conseils de consommation à faible risque auprès du public, qui doivent tenir compte des sensibilités culturelles et des moyens de communication optimaux.

Risque chronique, échelle en trois classes : du risque faible, moyen et élevé

En contradiction avec le troisième point de la mise en garde, les seuils pour les consommations quotidiennes « à haut risque pour les dommages chroniques » sont exactement identiques à ceux fixés pour le risque ponctuel (cf. Tableau 2). Ces recommandations reposent sur une méta-analyse publiée en 1995 d'études de cohorte permettant de déterminer les risques relatifs de décès (toutes causes confondues) suivant les niveaux de consommation [9, 10]. La représentation graphique des risques relatifs (RR) par genre (présentés sous forme de tableau dans le rapport) fait apparaître une courbe exponentielle (en J) pour les deux sexes, avec un risque significatif (RR supérieur à 1) à partir de 4 verres chez les hommes et de 2 verres chez les femmes.

Tableau 2. Niveaux de risques pour les dommages chroniques pour les consommations d'alcool quotidiennes

Table 2.2.2: Low, Medium and High Risk average daily consumption levels for men and women long-term risk of serious illness (English et al, 1995)*			
GENDER	LEVEL OF RISK		
	LOW	MEDIUM	HIGH
Male	1-40g	41-60g	61+g
Female	1-20g	21-40g	41+g

* NB. For comparative research purposes only.

Source : International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, OMS, 2000.

Contrairement au caractère assez arbitraire du choix du seuil pour le risque ponctuel, le choix de seuils s'appuie sur des fondements clairs et à première vue solides même si les auteurs, peut-être pour la forme, indiquent à nouveau qu'il s'agit ici de niveaux cités uniquement à but de recherche comparative.

Cependant il reste à savoir si une méthode d'analyse semblable actualisée grâce aux études disponibles en 2015 donnerait les mêmes résultats.

2. Du grammage au nombre de verre, des seuils français plus stricts

Historiquement, le bureau régional européen de l'OMS est le premier au sein de l'institution à s'atteler à la défense et à l'harmonisation de l'action publique dans les États membres pour prévenir les dommages liés aux usages d'alcool. Il n'est donc pas étonnant que l'adaptation au contexte européen des seuils transparaît dans le rapport de Peter Anderson (Unité Alcool, Drogue, Tabac du Bureau régional européen de l'OMS) sur les recommandations cliniques pour le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) [11].

L'expression des niveaux de consommations de boissons alcooliques en nombre de verre standard consommé est plus aisément compréhensible par le grand public et en cela plus pratique pour les échanges entre professionnels de soins et patients que ne l'est le grammage d'alcool pur (éthanol) originellement établi. La transposition des seuils en nombre de verre standards constitue un premier niveau d'adaptation pour l'exploitation en soins primaires des repères scientifiques originellement établis en gramme. Dans la plupart des pays européens et en France, un verre standard correspond en moyenne à 10 g d'alcool pur [12].

En France, les seuils de consommation à risque sont décrits selon cette unité de « **verre standard consommé** » rapportée à une échelle de temps exprimée soit en jour, soit en semaine, selon les organismes émetteurs de l'information :

- Pour une femme : > 2 verres standard / jour, soit > 14 verres standard / semaine ;
- Pour un homme : > 3 verres standard / jour, soit > 21 verres standard / semaine ;
- Et > 4 verres standards par occasion (soirée, fête, repas).
- Et au moins un jour par semaine sans alcool.

Il est remarquable que la recommandation française pour les consommations chroniques masculines se révèle plus strict (30g d'éthanol/j, soit 3 verres standards par jour) que celui réellement établi par l'OMS (40g d'éthanol par jour). Il en était ainsi bien avant les recommandations de l'OMS de 2001 (recommandations qui, pour rappel, étaient avant tout d'ordre méthodologique en vue de comparaisons épidémiologiques. A ce jour, il est difficile de retracer l'historique de ce repère précis via les travaux français sur les seuils de consommations qui attribuent indûment ces « 30g/jour » à l'OMS ou ne documentent pas leur origine [13-16]. Dès 1984, le Comité d'éducation français pour la santé (CFES, aujourd'hui INPES) renvoyait au seuil journalier de 3 verres – sans spécificité de genre – dans sa campagne d'information « un verre ça va...3 verres bonjour les dégâts ». De 1997 à 2001, la stratégie de communication du CFES en matière d'alcool met l'accent sur la diffusion des repères de consommation, comme levier concret d'une sensibilisation aux dangers d'une consommation régulière. Dans le sillage du rapport Roques sur la dangerosité des drogues et de l'alcool (1998), le CFES a tenté de consolider au sein du grand public la référence aux repères de consommation au regard des risques sanitaires, notamment ceux liés aux cancers, à travers des spots télévisés interpellant sur les quantités bues. L'expertise collective de l'INSERM de 2001 sur les effets de l'alcool sur la santé [17] précisait que la mortalité globale est susceptible d'augmenter dès 20g/j pour les femmes et 30g/j pour les hommes. Cette transposition française à 20g pour les femmes et 30g pour les hommes apparaissait aussi dans l'adaptation française du test de l'AUDIT en 2005 [18].

Ainsi, en 2008, l'adaptation au contexte français du rapport précité de Peter Anderson sur les recommandations cliniques de RPIB, réalisé notamment par les soins de l'INCa et de l'INPES¹ fait également le constat de ce décalage entre « normes » internationales et françaises [19]. En effet, après avoir indiqué :

« Une consommation d'alcool est dite « à risque » ou « dangereuse » pour la santé lorsqu'elle correspond à un niveau et/ou un mode de consommation susceptible d'induire des pathologies si ces habitudes persistent. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) ⁽²⁾ a défini le niveau moyen de consommation à risque comme étant de 20 à 40 g d'alcool par jour pour les femmes et de 40 à 60 g par jour pour les hommes⁽³⁾ »,

le document précise en notes de bas de pages une définition plus stricte en France de la consommation à risque d'alcool:

« En France, une consommation est considérée comme à risque pour la santé si elle dépasse 20g d'alcool par jour pour les femmes et 30 g par jour pour les hommes ».

L'INPES explique également : « En France, une consommation nocive est définie à la fois par les dommages, physiques ou psychiques, induits par une consommation répétée et par l'absence des critères d'alcoololo-

¹ Le rapport a été traduit en français par l'INCa, en collaboration avec plusieurs partenaires (DGS, ANPAA, F3A, SFA) et adapté au contexte français par l'INPES

dépendance ». Il renvoie à la définition des conduites d'alcoolisation que la Société française d'alcoologie (SFA) fournit dans ses recommandations face aux mésusages de l'alcool. De plus l'INPES note qu'il est incertain que l'OMS soit réellement l'émetteur des seuils décrits en début de paragraphe.

Enfin, l'Institut rappelle les précautions nécessaires à l'interprétation des repères édictés : « Ces seuils définis n'ont pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, l'association avec d'autres produits (légaux comme des médicaments ou illégaux comme le cannabis) ainsi que selon le moment de la consommation. Ces seuils constituent donc de simples repères et doivent être abaissés dans diverses situations. ». Ces situations auxquelles il est fait référence sont évoquées à la section suivante.

L'article annexe de l'arrêté du 27 février 2007 fixant les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant les messages publicitaires ou promotionnels en faveur de certains aliments et boissons (version initiale et version consolidée du 4 septembre 2015) [20] stipule que les 10 g d'alcool pur d'un verre standard équivalent à : « 1 verre de vin de 10 cl est équivalent à 1 demi de bière ou à 1 verre de 6 cl d'une boisson titrant 20 degrés, de type porto, ou de 3 cl d'une boisson titrant 40 à 45 degrés d'alcool, de type whisky ou pastis ». Il rappelle le conseil de « Ne pas dépasser, par jour, 2 verres de boisson alcoolisée pour les femmes et 3 verres pour les hommes ».

Pour des raisons de comparabilité internationale, les publications scientifiques font davantage référence au nombre de gramme d'alcool pur (éthanol) consommé pour documenter les divers types de consommation à risque ou nocives.

3. Mention des restrictions contextuelles

De façon générale, organismes publics ou sociétés savantes œuvrant dans le champ des addictions se sont fait écho de ces repères, en les commentant au regard du contexte et de la clinique français.

En 1997, l'INPES publie le dossier « Alcool. Ouvrons le dialogue », qui sera mis à jour en 2006 puis en 2014, afin d'ouvrir le dialogue sur les consommations d'alcool durant les consultations de premiers recours. Dans ce cadre, l'Institut réitère les seuils de nocivité de la consommation d'alcool à travers les guides à destination des médecins [21] ou des patients [22, 23]. Il assortit ces seuils de recommandations relatives au contexte d'un usage, exhortant l'abstinence dans les cas suivants :

- Grossesse ou d'allaitement ;
- Prise de médicaments ;
- Conduite d'un véhicule (au-delà de 2 verres, la limite légale pour conduire est dépassée) ou d'une machine dangereuse ;
- Activité qui exige de la vigilance ;
- Maladie chronique (épilepsie, pancréatite, hépatite C) ;
- Antécédent d'alcoolodépendance ;
- Pour les mineurs.

Ici la notion d'activité requérant de la vigilance se substitue au critère premier de l'OMS renvoyant à une abstinence des seules professions rattachées au maintien de l'ordre public et de la sécurité. Aujourd'hui, le

critère de minorité a été modifié en une exhortation à ne pas consommer **pendant toute la période de croissance, durant l'enfance et l'adolescence**. Cette reformulation est celle apparaissant sur le site web de « Addictions drogues alcool info service » (ADALIS), placé sous l'autorité de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)[24]. Le site prend soin de souligner que les chiffres indiqués ne sont pas des niveaux de consommation à atteindre mais des maxima à ne pas dépasser. Au rang des arguments figure le fait que le risque de cancer associé à l'alcool augmente dès 1 verre par jour [25].

Ces repères sont repris par plusieurs documents de l'INPES, y compris dans divers communiqués de presse liés aux campagnes d'information grand public.

Plus récemment, l'HAS a proposé une liste des situations particulières majorant le risque de dommages qui reprend les cas précédemment énoncés et les complètent en précisant que :

- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- La consommation d'alcool par les personnes âgées, affectées de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes est à proscrire.

4. Une échelle de risque chronique affinée

L'outil d'aide au **Repérage Précoce et à l'Intervention Brève (RPIB)** « Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte » a été édité en 2015, par la Haute Autorité de Santé (HAS) afin de mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours des outils pratiques [26].

Les repères de consommation présentés dans cet outil prennent en compte l'adaptation européenne des seuils de consommation d'alcool des recommandations de l'OMS : « Ces seuils sont relativement standardisés en ce qui concerne la consommation d'alcool, à partir des recommandations de l'OMS, mais actuellement « adaptées » selon les continents voire les pays » [19]. Ils s'appuient sur l'adaptation française de l'INPES [19] des recommandations de RPIB en médecine générale émanant du Bureau régional européen de l'OMS [11], ainsi que des guides de l'INPES de 2005 et 2006 sur la consommation d'alcool [22, 21], et l'expertise collective de l'INSERM sur les conduites addictives chez les jeunes [27].

Le rapport d'élaboration de recommandation du RPIB de l'HAS propose cependant une classification de la dangerosité des consommations d'alcool en fonction de leur retentissement sur la santé du consommateur [28]. Les seuils retenus s'avèrent inférieurs que ceux initialement préconisés par l'OMS pour ce qui est des usages à risque ou à faible risque :

«

- **Consommation d'alcool à faible risque :**
 - Pour les femmes : < 20g par jour (OMS 20 à 30g/j); soit 140g par semaine ;
 - Pour les hommes : < 30g par jour (OMS 40g/j); soit 210g par semaine.
- **Consommation d'alcool à risque :**
 - Pour les femmes : à partir de 20g et jusqu'à 40g par jour (même seuil que l'OMS); soit entre 140 et 280g par semaine ;
 - Pour les hommes : à partir de 30g et jusqu'à 60g par jour (OMS : entre 40 et 60 g/j); soit entre 210 et 420g par semaine.

- **Consommation d'alcool nocive ou à problème :**
 - Pour les femmes : au-dessus de 40g par jour (même seuil que l'OMS); soit au-dessus de 280g par semaine ;
 - Pour les hommes : au-dessus de 60g par jour (même seuil que l'OMS); soit au-dessus de 420g par semaine.
- **Consommation épisodique massive** (*binge drinking* ou encore alcoolisation aiguë, recherche d'ivresse, défoncé, « cuite ») :
 - plus de 60 g (soit 6 unités standard) d'alcool en moins de 2 heures (...).
- **Seuils à ne pas dépasser** pour éviter de passer dans la consommation à risque selon l'INPES:
 - pour les femmes : 2 verres standard/jour (14 verres standard/semaine) ;
 - pour les hommes : 3 verres standard/jour (21 verres standard/semaine) ;
 - par occasion : 4 verres standard. »

Comme on peut le constater, les repères ici retenus par la HAS sont plus sévères que ceux attribués à l'OMS, bien qu'ils soient cités comme issus des travaux d'Anderson et de l'OMS [11]. Il semble qu'en fait ces données correspondent aux travaux de Jürgen Rehm, édités en 2004 [29], définissant trois modes de consommations (mais sans évoquer la notion de consommation à risque) :

- Catégorie 1 : 0-19,99g pour les femmes, et 0-39,99g pour les hommes ;
- Catégorie 2 : 20-39,99g pour les femmes, et 40 à 59,9g pour les hommes ;
- Catégorie 3 : plus de 40g pour les femmes, et plus de 60g pour les hommes.

5. La reprise des seuils de consommations par la filière alcool

Les acteurs économiques des « filières alcool » françaises publient via divers outils de communications, notamment leurs sites internet, un certain nombre d'informations sur les risques liés aux usages d'alcool en invoquant leur contribution à l'effort de prévention des dommages au sein de la population. Ces exercices de communication reprennent largement les seuils de consommation à moindre risque, notamment sous la devise « 2.3.4.0 ».

Ainsi sur le site web de l'association « Entreprise et Prévention » [30]:

« Afin d'adopter une consommation modérée, nous vous conseillons de respecter **les seuils de consommation à moindre risque** qui ont été définis par un groupe d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1980. Ils sont utilisés depuis dans de nombreux pays pour informer les consommateurs de boissons alcoolisées des quantités à ne pas dépasser et des circonstances dans lesquelles il convient de s'abstenir.

Sur la base d'une **unité d'alcool** correspondant à **10 grammes d'alcool pur**, les organisations de santé publique recommandent de ne pas consommer plus de :

- **2 unités d'alcool par jour pour les femmes**
- **3 unités d'alcool par jour pour les hommes**
- **4 unités d'alcool pour les consommations occasionnelles**

- **0 unité d'alcool, au moins un jour par semaine et dans le cadre de situations à risque:** grossesse et allaitement, avant l'âge légal, conduite d'un véhicule (au-delà de 2 unités d'alcool, la limite légale pour conduire est dépassée), utilisation de machine dangereuse... »

La référence ici employée pour ces « repères de consommation à moindre risque » est un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé datant de 1980 [31]. Or ce rapport de 1980, au demeurant ancien, stipule sans que cela soit retranscrit par « Entreprise et prévention » :

« Il n'y a pas de preuve qu'en dessous d'un niveau de 20g [par jour], un effet peut être observé sur la prévalence des dommages».

Cette association du secteur alcoolier a également construit un site internet dédié à ces repères, « www.2340.fr », citant les mêmes seuils et sources, complétés par l'avis du HCSP [30]. Il est même précisé :

« Attention, le respect de ces recommandations n'assure pas l'absence de tout risque, dans la mesure où chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe et son état de santé... Néanmoins, les experts considèrent que ce risque est faible. A contrario, plus on dépasse les seuils définis, plus le risque est important ».

Les professionnels et autorité de santé reprochent néanmoins à ces acteurs des filières alcool et vins d'induire par ces communications l'idée qu'il est donc possible de boire avec un risque négligeable 2 verres par jour pour les femmes et 3 verres pour les hommes, malgré les précautions d'interprétations présentées sur les communications.

6. Préconisations institutionnelles sur le maniement des repères en France

6.1. Le ministère de la santé : étudier la pertinence des seuils et de leur communication

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2011-2015 visant, comme les éditions précédentes depuis 2001, à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition évoque lui aussi les seuils quotidiens « (...) **2 verres d'alcool par jour pour les femmes et 3 pour les hommes** » à ne pas dépasser. Toutefois le PNNS ne propose pas d'axe de réflexion sur ces repères chiffrés parmi ces objectifs.

Néanmoins, au sein du groupe de travail sur les conditions de promotion de l'alcool, réuni en 2014-2015, la DGS et l'INCa et ont exprimé de concert leur forte réserve sur la diffusion des seuils de consommation tels que formulés en France à ce jour, invoquant le risque relatif scientifiquement établi entre divers types de cancers et des niveaux de consommation d'alcool bien moindre.

6.2. L'INCa : abaisser les seuils en vertu du risque de cancers

En 2009, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), l'INCa a coordonné l'actualisation de la brochure « Alimentation, nutrition et cancer : vérités, hypothèses et idées fausses » réalisée par l'InVS

en 2003 [32], en s'appuyant sur l'expertise du réseau National Alimentation Cancer Recherche (NACRe). Ce travail a abouti à la rédaction des recommandations INCa intitulées « **Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations**» 2009 [33]. Dans ce document, les recommandations sont littéralement les suivantes :

« La consommation de boissons alcoolisées augmente le risque de plusieurs cancers. Le risque augmente avec la quantité totale d'alcool consommée. L'augmentation est significative **dès une consommation moyenne d'un verre par jour**, qu'elle soit **quotidienne ou concentrée** sur certains jours de la semaine. Quel que soit le type de boisson alcoolisée, il existe un risque. Étant donné la consommation élevée de boissons alcoolisées en France, il est important d'inciter les consommateurs à réduire leur consommation et de prendre en charge les buveurs dépendants. En matière de prévention des cancers, la consommation d'alcool est déconseillée, quel que soit le type de boisson alcoolisée (vin, bière, spiritueux...).

Recommandations :

- Il convient de ne **pas inciter les personnes abstinentes** à une consommation d'alcool régulière, même modérée, car toute consommation d'alcool régulière est à risque.
- En cas de consommation d'alcool, afin de réduire le risque de cancers, il est conseillé de **limiter la consommation autant que possible, tant en termes de quantités consommées que de fréquence** de consommation. En cas de difficulté, envisager un accompagnement et éventuellement une prise en charge.
- Les enfants et les femmes enceintes ne doivent pas consommer de boissons alcoolisées. »

Face à ces déclarations, les réactions des acteurs économiques de l'alcool ont été virulentes et ont menées plusieurs actions dont des recours administratifs et judiciaires. Pour autant, la position de l'INCa est dans la ligne de travaux scientifiques tels que le rapport RPIB d'Anderson [19], qui énonce : « La consommation d'alcool n'est pas sans risque. Une consommation d'alcool nulle ou proche de zéro pour les femmes de moins de 65 ans et inférieure à 5 g d'alcool par jour pour les femmes de 65 ans et plus correspond au risque de mortalité par alcoolisation le plus faible. Une consommation d'alcool nulle pour les hommes de moins de 35 ans, d'environ 5 g par jour pour les hommes d'âge moyen et de moins de 10 g par jour pour les hommes de 65 ans et plus correspond au risque le plus faible ».

6.3. Le Haut Conseil de Santé Publique : harmoniser les seuils

Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a été sollicité pour produire un avis concernant les recommandations sanitaires en matière de consommation d'alcool suite à la publication de « Alcool et risque de cancers : état des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique » par l'Institut National du Cancer en 2007 et de « Nutrition et prévention du cancer » en 2009. Dans son avis de 2009 [34], « le HCSP recommande de **conserver le principe actuel de recommandations basées sur des repères de consommation** » en argumentant :

- que les données scientifiques objectivent un risque de cancer associé à la consommation d'alcool **sans effet seuil** ;
- que les données analysées **ne permettent pas d'estimer avec précision** les risques attribuables aux consommations d'alcool **à faible dose** ;

- qu'une recommandation nutritionnelle destinée au grand public doit tenir compte de **l'ensemble des effets et impacts potentiels** et ne pas se baser sur une morbi-mortalité spécifique.

Mais il préconise :

- d'engager un travail **d'actualisation et d'harmonisation des repères de consommation**, fondé sur des données factuelles, qui tiennent compte du risque attribuable aux faibles doses ;
- d'effectuer pour cela un travail de **synthèse des connaissances** afin de préciser le risque attribuable aux **faibles consommations** d'alcool, et le cas échéant d'examiner la relation bénéfique/risque de la consommation d'alcool à faible dose afin que puisse rapidement être proposée une recommandation basée sur des données objectives.

Enfin le Haut Conseil de la santé publique suggère :

- que soit **harmonisés les différents messages de recommandations** issus d'organismes différents dès lors que ces organismes sont publics ;
- **d'évaluer les résultats des politiques** de prévention afin de pouvoir les faire évoluer si nécessaire.

6.4. La Société Française d'Alcoologie : maintenir les seuils français

Dans les dernières recommandations de bonnes pratiques cliniques à destination des professionnels de santé, produites au début de l'année 2015 par la Société Française d'Alcoologie (SFA) précise [35] :

« Le mésusage rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner. Par définition, le mésusage de l'alcool comprend l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool. Parallèlement, plusieurs niveaux de risque ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), avec des seuils différents pour la femme et pour l'homme [36, 4]. En France, ce seuil de risque est situé à 21 verres par semaine pour les hommes et 14 verres par semaine pour les femmes » [36, 35]. La SFA défend le maintien de ces seuils désormais intégrés par la conscience collective : « Ces seuils étant maintenant assez bien intégrés par les professionnels de santé, il ne semble pas judicieux de les modifier ».

6.5. L'ANPAA

L'ANPAA (Association Nationale de prévention en Alcoologie et Addictologie) dans son dossier d'information généraliste « ANPAA - Essentiel-alcool » rappelle ces quantités maximales de 2 et 3 verres quotidiens respectivement pour les femmes et les hommes qualifiant une consommation modérée de boisson alcoolique [37]. L'ANPAA souligne l'augmentation du risque pathologique au-delà de ces quantités mais invoque aussi le risque accru de troubles du comportement ». De fait, les seuils de consommation d'alcool sont relativement peu développés sur l'ensemble du site de l'association, fait qui reflète peut être un principe de précaution de l'ANPAA.

Conclusion

Les préconisations actuelles en France sur la consommation raisonnée de boissons alcoolisées, qu'elles émanent des acteurs publics ou économiques, reposent principalement sur des repères fixés à :

- 2 verres soit 20g d'alcool par jour pour les femmes ;
- 3 verres soit 30g par jour pour les hommes ;
- 4 verres maximum en une seule occasion quel que soit le sexe.

Elles sont généralement assorties d'une exhortation à respecter au moins deux jours par semaine sans consommer et à l'abstinence durant la croissance (au-delà du simple critère de minorité légale) et dans des cas particuliers bien identifiés, tels que la grossesse et l'allaitement (voir section 3).

L'Organisation Mondiale de la Santé est souvent citée comme étant la référence des repères utilisés mais de façon inadéquate. Non seulement les seuils proposés par l'OMS étaient originellement destinés à guider les études épidémiologiques et n'étaient pas voués à servir de seuils de consommation pour le grand public (ces seuils ont été détournés de leur objet initial), mais aussi les repères diffusés par les institutions de santé françaises s'avèrent plus stricts que ceux de l'OMS. Les recherches menées dans le cadre de ce travail n'ont pas permis de mettre en lumière l'origine de cette adaptation.

Les travaux examinant la relation entre le développement de cancers et la consommation d'alcool exhortent à des repères de consommation bien moindres que ceux communément diffusés aujourd'hui. Pour rappel, l'INCa indique que « L'augmentation est significative dès une consommation moyenne d'un verre par jour, qu'elle soit quotidienne ou concentrée sur certains jours de la semaine ».

Outre les constats posés par la recherche sur les facteurs de risques de cancer, l'ancienneté des références épidémiologiques étayant ces repères appelle raisonnablement à renouveler le corpus de données épidémiologiques. Certains travaux ont déjà été menés dans cette optique, à l'international, parmi lesquels les travaux de Rehm menés en 2014 [38]. Dans le cadre d'une mise à jour des recommandations de consommation australiennes, son travail a consisté à déterminer les risques représentés par la consommation d'alcool en termes de pathologies aiguës ou chroniques sur l'ensemble d'une vie. En fixant un risque standard acceptable de décès à 1 pour 100, l'auteur conclut que les hommes et femmes ne devraient pas dépasser 20g d'alcool pur par jour et ni 30 - 40g d'alcool pur en une seule occasion, tout en rappelant l'absence de risque zéro.

De plus, il est important de souligner que ces seuils de nocivité sont établis à partir d'études portant sur des populations adultes. Or, face à la montée des comportements d'alcoolisation, il est bon de demander si la recommandation actuelle exhortant les jeunes à l'abstinence durant la croissance mérite ou non d'être complétée par davantage de repères objectivés. Le cas échéant, incontestablement de plus amples études sont nécessaires afin d'examiner les seuils pertinents rapportés aux populations adolescentes compte-tenu des modes de consommations observés dans ces publics (risque ponctuel aigu notamment) et des risques sanitaires qui leur sont spécifiques (développementaux, etc.). La question de l'ajustement se pose également pour les populations plus âgées, pour lesquelles les risques sanitaires spécifiques nécessitent a priori une adaptation [39].

Bibliographie

1. BABOR T.F., RAMON DE LA FUENTE J., SAUNDERS J. et GRANT M., *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*, Geneva, WHO, 1992.
2. SAUNDERS J.B., AASLAND O.G., AMUNDSEN A. et GRANT M., « Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--I », *Addiction*, Vol. 88, n° 3, 1993, pp. 349-362.
3. SAUNDERS J.B., AASLAND O.G. et BABOR T.F., « Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) : Who Collaborative Project on Early Detection Of Persons with Harmful Alcohol Consumption - II », *Addiction*, Vol. 88, 1993, pp. P.-781 à 804.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*, Genève, WHO, 2000, 193 p.
5. BABOR T.F., HIGGINS B., SAUNDERS et MONTEIRO M., *AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. Second edition*, Geneva, WHO, 2001, 40 p.
6. ANDERSON P., CREMONA A., PATON A., TURNER C. et WALLACE P., « The risk of alcohol », *Addiction*, Vol. 88, n° 11, 1993, pp. 1493-1508.
7. ANDERSON P., « Alcohol and primary health care », *WHO Reg Publ Eur Ser*, Vol. 64, 1996, pp. 1-90.
8. MCLEOD R., STOCKWELL T., STEVENS M. et PHILLIPS M., « The relationship between alcohol consumption patterns and injury », *Addiction*, Vol. 94, n° 11, 1999, pp. 1719-1734.
9. ENGLISH D.R., HOLMAN C.D.A.J., AUSTRALIA. DEPT. OF COMMUNITY S., HEALTH et NATIONAL DRUG S., *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia*, Australian Govt. Pub. Service, 1995.
10. SINGLE E., ROBSON L., XIE X. et REHM J., « The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992 », *Addiction*, Vol. 93, n° 7, 1998, pp. 991-1006.
11. ANDERSON P., GUAL A. et COLOM J., *Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions*, Barcelone, Departement of Health of the Government of Catalonia, 2005, 173 p. p.
12. TURNER C., « How much alcohol is in a 'standard drink'? An analysis of 125 studies », *Br J Addict*, Vol. 85, n° 9, 1990, pp. 1171-1175.
13. CANOÛI-POITRINE F., MOUQUET M.C. et COM-RUELLE L., « Le risque d'alcoolisation excessive », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 405, 2005, 11 p.
14. COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LATIL E. et LENGAGNE P., *Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale*, Paris, IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), 2006, 105 p.
15. MOUQUET M.C. et VILLET H., « Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 192, 2002, 12 p.
16. SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE (SFA), « Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique », *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 37, n° 1, 2015, pp. 5-84.
17. INSERM, *Alcool : effets sur la santé. Expertise collective*, Paris, INSERM, 2001, 358 p. p.
18. GACHE P., MICHAUD P., LANDRY U., ACCIETTO C., ARFAOUI S., WENGER O. et DAEPEN J.-B., « The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version », *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, Vol. 29, n° 11, 2005, pp. 2001-2007.

19. ANDERSON P., GUAL A., COLORN J. et INCA, *Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*, 2008.
20. Arrêté du 27 février 2007 fixant les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant accompagner les messages publicitaires ou promotionnels en faveur de certains aliments et boissons, 2007.
21. INPES, *Alcool : Guide pratique pour le médecin*, 2006.
22. INPES, *Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool*, 2005.
23. INPES, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, ASSURANCE MALADIE et ANPAA, *Alcool : Pour faire le point*, 2015.
24. ALCOOL INFO SERVICE. *Repères de consommation pour réduire les risques*. <http://alcool-info-service.fr/alcool/evaluer-consommation-alcool/consommation-a-risque#.Ver34Jd1FBk> [accédé le.
25. ALCOOL INFO SERVICE. *Les conséquences sur la santé à long terme*. <http://alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-long-terme#.Ver2kpd1FBI> [accédé le.
26. HAS, *Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte*, 2014.
27. *Conduites addictives chez les adolescents - usages, préventions et accompagnement*, Paris, coll. Expertise collective, 2014, 500 p.
28. HAS, *Outil d'aide repérage alcool cannabis tabac - Rapport d'élaboration*, Saint Denis La Plaine, 2014, 54 p.
29. REHM J., ROOM R., MONTEIRO M.G., GMEL G., REHN T., SEMPOS C.T., FRICK U. et JERNIGAN D., *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*, Geneva, WHO, 2004.
30. ENTREPRISE ET PRÉVENTION, « Les seuils de consommation à moindre risque ».
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Problems related to alcohol consumption - report of a WHO Expert Committee*, 1980.
32. INVS, *Alimentation, nutrition et cancer. Vérités, hypothèses et idées fausses*, 2003, 57 p.
33. INCA, *Prévention Nutrition & des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations*, 2009.
34. HCSP, *Avis relatif aux recommandations sanitaires en matière de consommation d'alcool*, 2009.
35. SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE, ANPAA et EUFAS, *Recommandation de bonne pratique clinique: Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement*, 2015, 148 p.
36. SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE, « Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance : usage à risque - usage nocif », *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 25, n° 24 Suppl., 2003, pp. 37S-50S.
37. ANPAA, *L'essentiel sur l'alcool*, 2014.
38. REHM J., LACHENMEIER D.W. et ROOM R., « Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? », *BMC medicine*, Vol. 12, 2014, pp. 189.
39. SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE (SFA) et SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRONTOLOGIE ET GÉRIATRIE, « Recommandations - Personnes âgées et consommation d'alcool. Question 3 - Quels sont les moyens du repérage des risques liés à ces consommations chez les personnes âgées ? », *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 36, n° 3, 2014, pp. 247-251.

Annexes

Annexe 1. Première version du test de l'AUDIT

AUDIT

Please circle the answer that is correct for you

1. How often do you have a drink containing alcohol?
 Never Monthly or less Two to four times a month Two to three times a week Four or more times a week
2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?
 1 or 2 3 or 4 5 or 6 7 to 9 10 or more
3. How often do you have six or more drinks on one occasion?
 Never Less than monthly Monthly Weekly Daily or almost daily
4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?
 Never Less than monthly Monthly Weekly Daily or almost daily
5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected from you because of drinking?
 Never Less than monthly Monthly Weekly Daily or almost daily
6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?
 Never Less than monthly Monthly Weekly Daily or almost daily
7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?
 Never Less than monthly Monthly Weekly Daily or almost daily
8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?
 Never Less than monthly Monthly Weekly Daily or almost daily
9. Have you or someone else been injured as a result of your drinking?
 No Yes, but not in the last year Yes, during the last year
10. Has a relative or friend, or a doctor or other health worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?
 No Yes, but not in the last year Yes, during the last year

Source: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Who Collaborative Project on Early Detection Of Persons with Harmful Alcohol Consumption - II. Addiction. 1993[3]

Annexe 2. Test de l'AUDIT : version entretien du questionnaire

<p>Box 4</p> <hr/> <p>The Alcohol Use Disorders Identification Test: Interview Version</p> <p>Read questions as written. Record answers carefully. Begin the AUDIT by saying "Now I am going to ask you some questions about your use of alcoholic beverages during this past year." Explain what is meant by "alcoholic beverages" by using local examples of beer, wine, vodka, etc. Code answers in terms of "standard drinks". Place the correct answer number in the box at the right.</p>	
<p>1. How often do you have a drink containing alcohol?</p> <p>(0) Never [Skip to Qs 9-10] (1) Monthly or less (2) 2 to 4 times a month (3) 2 to 3 times a week (4) 4 or more times a week</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?</p> <p>(0) 1 or 2 (1) 3 or 4 (2) 5 or 6 (3) 7, 8, or 9 (4) 10 or more</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>3. How often do you have six or more drinks on one occasion?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p><i>Skip to Questions 9 and 10 if Total Score for Questions 2 and 3 = 0</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>9. Have you or someone else been injured as a result of your drinking?</p> <p>(0) No (2) Yes, but not in the last year (4) Yes, during the last year</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected from you because of drinking?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>10. Has a relative or friend or a doctor or another health worker been normally concerned about your drinking or suggested you cut down?</p> <p>(0) No (2) Yes, but not in the last year (4) Yes, during the last year</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p style="text-align: right;">Record total of specific items here <input type="text"/></p> <p><i>If total is greater than recommended cut-off, consult User's Manual.</i></p>	

Source : Babord TF, Higgins B, Saunders, Monteiro M. AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. Second edition. Genève: OMS / WHO, 2001 [5].

Annexe 3. Test de l'AUDIT : version auto questionnaire

Box 10						
The Alcohol Use Disorders Identification Test: Self-Report Version						
<p>PATIENT: Because alcohol use can affect your health and can interfere with certain medications and treatments, it is important that we ask some questions about your use of alcohol. Your answers will remain confidential so please be honest. Place an X in one box that best describes your answer to each question.</p>						
Questions	0	1	2	3	4	
1. How often do you have a drink containing alcohol?	Never	Monthly or less	2-4 times a month	2-3 times a week	4 or more times a week	
2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	1 or 2	3 or 4	5 or 6	7 to 9	10 or more	
3. How often do you have six or more drinks on one occasion?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected of you because of drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because of your drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
9. Have you or someone else been injured because of your drinking?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
10. Has a relative, friend, doctor, or other health care worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
					Total	

Source : Babord TF, Higgins B, Saunders, Monteiro M. AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. Second edition. Genève: OMS / WHO, 2001 [5].

Annexe 4. Test de l'AUDIT : auto questionnaire dans son adaptation française

Tableau N°5.2 Le test Audit (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>) : autoquestionnaire Traduction française. Source : Gache et al., 2005 ⁽³⁵⁾ .	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
(0) Jamais (1) 1 fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?
(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?	8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>
4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année <input type="checkbox"/>
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	10. Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?
(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>	(0) Non (2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année <input type="checkbox"/>
Notez le total des items ici <input type="checkbox"/>	

(35) Gache P, Michaud P, Landry U., Accietto C., Arfaoui S., Wenger O., Daeppen JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005 ; 29(11):2001-7.

Source: Anderson P, Gual A, Colorn J, Inca. Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. 2008.