



Parler d'alcool à des patients qui ne demandent rien...

Rev Med Suisse 2005; 1: 1712-6

F. Guillo

Frédéric Guillo
Infirmier spécialiste clinique
Alcoologie
Direction des soins infirmiers
HUG
1211 Genève 14
frederic.guillo@hcuge.ch

Talking about alcohol with patients who are not seeking treatment

Studies undertaken in general hospital confirm the high prevalence of alcohol problems among hospitalised patients. Unfortunately, only few of them will be recognised and receive a relevant information according to their clinical situation. As far as we know, early screening and targeted intervention are useful to prevent more severe alcohol-related problems but most of care givers as doctors or nurses fail to screen and counsel adequately problem drinkers. Considering the importance of the problem in hospitalised patients, screening and intervention is a public health issue. Hospitalisation is a good opportunity for achieving these goals. This paper describes the activity of a specialised health professional who implemented a bed-patient consultation for those who were screened as problem drinkers during their hospitalisation for any reason but alcohol detoxification or rehabilitation. Strategies to talk about alcohol issues with resistant to change patients are discussed.

Les enquêtes menées dans les hôpitaux généraux donnent des résultats concordants: une prévalence d'environ 20 à 25% de personnes hospitalisées présentent une difficulté avec leur consommation d'alcool. Seule une minorité va être repérée et recevoir des conseils adaptés.

Le séjour à l'hôpital général peut de ce fait devenir un moment privilégié pour faciliter changement et prise de conscience. L'auteur, en charge de l'alcoologie de liaison à l'hôpital cantonal de Genève, propose une réflexion sur les enjeux relationnels suscités par la rencontre entre un patient alcoolique et un soignant à l'hôpital général. Des pistes sont proposées pour aborder le problème d'alcool.

L'impact d'une consultation de liaison valide la nécessité de l'intervention précoce et une diffusion de connaissances dans le domaine de l'addiction.

INTRODUCTION

La consommation excessive d'alcool reste en Suisse un des principaux problèmes de santé publique. Impliquée dans la genèse de nombreuses pathologies digestives, cancéreuses, cardiovasculaires, neurologiques et psychiatriques,¹⁻⁵ elle a aussi un retentissement social et économique majeur.⁶ Si le personnel soignant hospitalier, souvent pessimiste face aux malades alcooliques, regrette souvent le manque de volonté politique pour aborder ce domaine, il a de son côté un rôle préventif, curatif et éducatif de premier ordre.

Outre la Suisse, plusieurs pays européens se sont concertés,⁷ sous l'égide de l'OMS, afin de définir les modalités d'action pour renforcer la prévention des risques liés à la consommation d'alcool. Cette réflexion a débouché sur la publication, en 1995, d'une charte européenne sur la consommation d'alcool, qui postule clairement la dimension globale du problème (primaire, secondaire, tertiaire) et la nécessité d'une synergie à tous les niveaux de la société.

En France, le rapport Reynaud et Parquet⁸ recommande aux pouvoirs publics la création de réseaux de soins en alcoologie et d'une unité de soins spécialisés dans chaque hôpital avec un mandat de liaison. Il propose une collaboration entre centres de cure ambulatoires et médecins de famille et du travail. Enfin, ils souhaitent que les praticiens soient mieux formés à la prise en charge des malades de l'alcool. Ce rapport met en évidence les entraves au repérage, à la prise en charge précoce et au traitement des troubles liés à l'alcool. Il montre aussi l'écart entre d'une part la demande des patients, des familles, des services sociaux et des personnels et services médicaux et, d'autre part, l'offre de soins, que ce soit en ambulatoire, au sein de services hospitaliers ou des centres de soins en alcoologie.

C'est dans un souci de perméabilité entre le monde hospitalier et le réseau de soins alcoologiques que la direction des soins infirmiers des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a créé un poste d'infirmier spécialiste clinique en alcoologie en 1998, possibilité a été ainsi offerte aux équipes soignantes des HUG de faire appel à un spécialiste du problème pour intervenir auprès des patients hospitalisés.



Inclure dans une démarche de soins hospitaliers une dimension relevant de la prévention secondaire, intervenir sur l'alcool en tant que facteur de risque parallèlement aux soins techniques, développer une «culture alcoologique»; tels étaient les principaux enjeux sous-jacents à la mise en place d'une telle structure de liaison.

En charge de l'alcoologie de liaison depuis 1998, l'auteur propose une réflexion non exhaustive sur ce que comprend la spécificité d'une telle démarche, tant d'un point de vue relationnel qu'institutionnel.

LA RENCONTRE AVEC LE MALADE ALCOOLOGIQUE

De nombreuses études réalisées parmi les patients hospitalisés en soins généraux rapportent que la prévalence des problèmes d'alcool se situe autour de 20%.^{9,10} Ces résultats sont identiques à Genève où l'étude PRIMA¹¹ qui s'intéressait à la prévalence des problèmes d'alcool dans le service de médecine interne montrait plus précisément une prévalence de 6,8% de malades alcoolodépendants et 12,9% de consommateurs excessifs, et surtout un sous-dépistage des problèmes d'alcool par les équipes médicales et infirmières. Ce nombre conséquent de malades en difficulté avec l'alcool place les soignants de tout service dans un devoir d'opportunité.

Néanmoins, parler d'alcool avec un patient, ou plus précisément de sa consommation d'alcool, n'est pas une chose toujours aisée. Outre la représentation sociale de l'alcool, plusieurs paramètres peuvent souvent parasiter la discussion. La représentation de la maladie alcoologique est composite: elle englobe des facteurs inhérents au patient alcoologique (dénî, comportement), mais aussi à l'alcoologie (méconnaissance ou non-croyance dans les traitements).

Ce contexte particulier met les soignants en difficulté lorsqu'il s'agit d'aborder le thème de la consommation d'alcool avec le patient, la relation peut prendre alors l'allure d'une impossible équation: le médecin voulant guérir le patient d'une maladie que ce dernier ne reconnaît pas. «L'alcoolisme est une des rares maladies que l'on cache à son médecin»,¹² la position du médecin voulant faire «avouer» son problème d'alcool à son patient place la relation sur un terrain émotionnel particulier et génère souvent une contre-attitude de la part du soignant. La contre-attitude pourrait se définir comme un ensemble d'émotions entravant la relation d'aide, ces émotions sont souvent: la peur, la colère, le dégoût, le désintérêt ou bien l'impossibilité de faire confiance.

Il serait, malgré les points précédemment nommés, exagéré de dire que la contre-attitude reste valeur commune à toute tentative d'abord du problème. Cette tentative oscille souvent entre une position de préjugés négatifs et une position que l'on pourrait qualifier spontanément d'antagoniste, celle du surinvestissement. Cette attitude relève de la même dynamique que celle du déni, à savoir une anticipation de ce que pourrait devenir le patient et surtout quelles sont ses chances de régler son problème d'alcool. En soi, cette démarche ne pourrait être considérée comme inadéquate si elle n'impliquait pas la notion de «bon» et de «mauvais» malades. Le stade du «bon»

malade serait corrélé à l'acceptation du diagnostic par le malade (impliquant un vœu de changement), or peu d'études montrent un lien direct entre degré de motivation et réussite du traitement. En effet, le mythe de l'alcoolique qui veut changer pour lui-même et indépendamment de toute pression externe trouve difficilement sa place à l'hôpital général et même dans les cliniques spécialisées, cette notion a été mise en doute ces dernières années, ainsi une enquête réalisée à la Métairie (Nyon, VD) montre que 90% des patients entrent en traitement spécialisé sur pression extérieure.¹³ La prise de conscience des éléments sous-jacents à la construction d'une contre-attitude ou d'un surinvestissement ne suffit pourtant pas toujours à modifier l'attitude du soignant. La mise en perspective de cette rencontre dans le contexte hospitalier nous amène à plusieurs enseignements.

NATURE DE L'INTERVENTION ALCOOLOGIQUE

Il est important de noter que l'intervention alcoologique à l'hôpital général ne relève pas de l'intervention primaire (dans le sens où l'on tente d'éviter qu'une population adopte des comportements à risques avec l'alcool) mais s'inscrit plutôt dans une dimension secondaire et tertiaire (soit le facteur de risque est présent et on cherche à retarder l'apparition de la maladie, soit la maladie est déjà présente et il s'agit plutôt de mettre en place des stratégies pour éviter des complications de cette maladie). Pour Jean-François d'Ivernois et Rémy Gagnayre,¹⁴ l'éducation du patient se situe principalement au niveau tertiaire: la maladie étant déjà installée, il convient donc d'impliquer le patient dans son traitement de manière active et de favoriser une autosurveillance rigoureuse, le malade doit devenir en quelque sorte «l'expert de sa maladie».

Dans la prise en charge de la maladie alcoologique, les psychologues Prochaska et Di Clemente¹⁵ ont postulé que l'injonction thérapeutique devait être corrélée avec le niveau d'aptitude au changement. L'alcoolisation pathologique est ici présentée comme une maladie comportementale constituée. La mouvance actuelle dans les différents traitements de la dépendance s'inspire largement de ce postulat. Il en résulte la mise en place de thérapies cognitivo-comportementales qui ont pour but de modifier les «scénarios pathologiques» de comportement constitués par des procédures d'apprentissage et de conditionnement. Ces techniques, pratiquées individuellement ou en groupe, doivent être conduites par des soignants formés à ce type d'approche, ce qui n'est évidemment pas le cas de la grande majorité des soignants à l'hôpital général. Néanmoins, même si l'on sait décrire le stade dans lequel se trouve le patient par rapport au changement, il est encore à l'heure actuelle difficile de dire clairement pourquoi le patient passe d'un stade à un autre,¹⁶ seule l'identification de facteurs favorisant le changement semble admise¹⁷ (tableau 1).

Il va de soi que tous les objectifs décrits dans ce tableau ne peuvent pas toujours être atteints lors d'une hospitalisation, à cause d'une affection physique nécessitant des soins primordiaux ou d'une incapacité de discernement demandant une approche plus psychiatrique. Il est néan-



Tableau 1. Facteurs favorisant le changement¹⁷

1. La prise de conscience	Ce sont les activités entreprises par la personne pour comprendre son problème, comme la réceptivité aux informations la concernant
2. L'épisode dramatique	Toutes réactions émotionnelles à des événements, comme la maladie, lui rappelant son problème d'alcool
3. La libération sociale	Ce sont les prises de conscience que d'autres comportements sont possibles
4. L'auto-évaluation	C'est le fait de réfléchir et d'évaluer l'impact de l'alcool sur sa vie
5. La réévaluation environnementale	Toute prise de conscience concernant l'impact de la consommation d'alcool sur son entourage
6. L'auto-libération	Toutes activités permettant de maintenir sa détermination à ne pas reprendre le produit
7. Le contre-conditionnement	Toute activité que l'on pourrait qualifier de substitutive à l'alcoolisation
8. Le contrôle du stimulus	Suppression, évitement, ou mise en place de stratégies face aux situations pouvant entraîner l'alcoolisation
9. La gestion du renforcement	S'attribuer des récompenses pour ne pas avoir touché l'alcool
10. Accepter la relation d'aide	Valorisation de la demande d'aide

moins important de savoir qu'une intervention brève en alcoologie¹⁸ peut avoir des effets bénéfiques dans la réduction des risques, ainsi que sur la prise de conscience par le patient de son problème. Cependant, quatre facteurs méritent d'être mis en parallèle avec le parcours hospitalier d'un patient ayant des problèmes d'alcool.

L'épisode dramatique

Dramatiques, les hospitalisations ne le sont heureusement pas toutes, mais elles représentent souvent dans le parcours d'un malade de l'alcool un coup d'arrêt brutal à l'alcoolisation, et confèrent au séjour hospitalier un caractère exceptionnel. Ce caractère exceptionnel n'est pas souvent reconnu par le malade alcoolique, il ponctuera dès lors son discours de propos défensifs basés sur une rationalisation, une minimisation, une projection et parfois un clivage, englobant dans ce discours sa consommation d'alcool souvent présentée comme normale (je bois comme tout le monde !). Ce discours stéréotypé déconcerte le soignant qui va chercher la confrontation, souvent inutile puisqu'elle renforce le malade dans une culpabilisation plutôt qu'une prise de conscience et se fait souvent au détriment du lien thérapeutique. Ce piège est un des écueils à éviter dans le début de la relation avec le malade de l'alcool. Il ne s'agit pas de prôner une sorte d'angélisme ou de détachement émotionnel mais plutôt une transformation de l'effet mécanique de l'hospitalisation vers un effet dynamique.

L'effet dynamique consiste en une présentation au patient du soin optimal (ce vers quoi tout le monde tend lors d'une hospitalisation !). Ce concept de soin optimal place le patient comme partenaire de soins, en clair, la cessation de la consommation d'alcool est présentée comme faisant partie à part entière de la thérapeutique

permettant au malade d'atteindre une rémission ou une stabilisation de son état somatique et une meilleure qualité de vie.

Un autre piège est aussi à éviter : celui de la causalité (je bois parce que), il ne s'agit pas de nier le caractère influent de certains événements dramatiques qu'ont pu vivre les patients mais plutôt de contextualiser ses propos. Ce n'est pas à l'hôpital général que l'on règle forcément son problème d'alcool et c'est encore moins le lieu pour faire une psychothérapie intensive, le soignant se doit de poser sa limite et celle de l'hospitalisation (rejoignant ainsi le soin optimal décrit précédemment) et proposer des alternatives externes à l'hôpital pour une démarche plus introspective. Du point de vue alcoologique, l'hospitalisation doit donc être parfois un moment d'interrogation pour la personne plus qu'un moment de réponse immédiate, une sorte d'effet «hospitalofuge».¹⁹

La prise de conscience, l'autoévaluation

Rappelons que la prise de conscience comme facteur favorisant le changement se définit comme les activités entreprises par la personne pour comprendre son problème, comme la réceptivité aux informations le concernant. Placer le malade alcoolique en état de réceptivité oblige le médecin à faire preuve d'imagination et de création dans la relation avec son malade, inutile de dire que l'énonciation du problème d'alcool au chevet du malade dans une chambre à plusieurs lits ne facilite pas une mise en condition idéale. Un souci d'intimité de la part du soignant amènera souvent le patient à plus de dévoilement. L'hôpital ne facilite pas toujours cette mise en condition, d'une part parce que le lieu physique n'est pas intime, et que d'autre part, prendre trente minutes avec un patient pour parler d'alcool reste pour l'instant encore la plupart du temps le privilège de l'alcoologue de liaison.

La culture soignante hospitalière se doit d'être efficace et efficiente, elle fonctionne au rythme de la pathologie du patient et pas toujours au rythme propre du patient. La part d'éducation à la santé consacrée au patient est dictée par le rythme effectif des services : flux nécessaire dans les hospitalisations, importance des actes techniques, multitude d'intervenants auprès du malade. La culture hospitalière est aussi basée sur des résultats visibles (tel médicament aura a priori tel effet escompté), la péjoration ou l'amélioration tangible d'une maladie sera constatable ; dans l'intervention alcoologique à l'hôpital, le résultat n'est jamais visible puisque le patient partira avec un conseil dans sa poche ou au mieux un rendez-vous avec son médecin traitant ou une structure alcoologique.

L'évolution de la consommation d'alcool chez l'alcoologue s'étale sur plusieurs années et est faite de bénéfices, d'ambivalence mais aussi de déni ; s'adapter à ce rythme est un défi permanent pour qui veut accompagner les malades alcooliques. Le malade alcoolique attendra en moyenne dix ans avant de demander de l'aide.²⁰ Le «temps alcoologique» s'étale sur plusieurs années alors que le temps hospitalier est principalement un temps très court et transitoire dans le parcours d'un alcoolique. Les enjeux d'une alcoologie de liaison résident dans la difficulté à faire cohabiter ces deux approches.



La réévaluation environnementale

Le quatrième facteur potentiellement mobilisable pendant le séjour hospitalier concerne la réévaluation environnementale (toute prise de conscience concernant l'impact de la consommation d'alcool sur son entourage). La situation clinique la plus probante pour éclairer un tel point peut se résumer par l'attitude fréquente des familles qui vont régulièrement interpeller les équipes soignantes sur le problème d'alcool de leur proche sans jamais évoquer ce problème en présence du malade lui-même («je vous le dis, mais ne lui en parlez surtout pas!!»). Les soignants disposent dès lors d'une information sur le parcours du patient sans pouvoir en faire quelque chose puisqu'ils se trouvent plongés dans un conflit de loyauté avec la famille, le patient et surtout avec leur rôle professionnel. Ce secret si mal gardé ne sert donc pratiquement plus à rien sinon à renforcer le déni, voire les phénomènes de codépendance.

Contourner cet écueil est possible en refusant de «prendre ce secret» ou plutôt en transformant ce secret en information partagée par tous, patient compris. Un entretien proposé aux proches en présence du malade et du médecin référent du service aura souvent vocation à déclencher une prise de conscience. Il ne s'agit pas ici de mettre le patient en position d'accusé mais plutôt de le mettre face aux conséquences de ses comportements, et surtout de permettre aux proches de s'exprimer ouvertement sur leur souffrance et surtout sur leur capacité à mettre une limite personnelle face à l'autodestruction du malade. Le phénomène de la codépendance est bien connu dans le milieu alcoologique, et la plupart des centres spécialisés accordent une place de plus en plus importante à ce phénomène en intégrant la famille dans les soins aux patients. L'hôpital général, qui se doit de prendre en compte les proches du malade, a ici une occasion magistrale de s'appuyer sur la famille pour obtenir une motivation au changement.

QUELS INDICATEURS POUR UNE ACTIVITÉ DE LIAISON ?

Nous avons évoqué dans le paragraphe consacré à la prise de conscience et à l'autoévaluation la difficulté qu'avaient les équipes soignantes à constater un résultat quant à leur intervention alcoologique (mis à part la rémission des signes de sevrage) laissant une grande part à l'imaginaire et aux facteurs qu'on qualifierait de spéculatifs quant à l'avenir du patient. La démarche d'alcoologie de liaison se doit de ne pas rester dans une démarche spéculative et doit prendre des indicateurs de performances validant ou invalidant une telle intervention. Nous prenons comme indicateur la notion de mise en réseau du patient, plus précisément le patient accepte-t-il de poursuivre le travail de réflexion amorcé à l'hôpital cantonal dans un lieu de soins spécialisé.

Concrètement, 315 interventions réalisées durant l'année 2000 ont été observées. Ces interventions ont été effectuées selon le modèle de l'approche motivationnelle. Les données socio-démographiques concernant les patients n'ont rien révélé de particulier comparées aux chiffres connus: 29% de femmes/71% d'hommes, âge moyen: 52 ans. 31% des patients étaient au bénéfice d'une rente d'invalidité, 22% étaient à l'AVS, 22% étaient chômeurs et enfin

seulement 25% avaient encore une activité professionnelle. Malgré des conséquences physiques graves de leur consommation d'alcool, 41% des patients n'avaient jamais suivi de traitement spécialisé. Le service le plus demandeur est le service des urgences (42%) en raison de la fréquence élevée des patients présentant un motif d'admission en lien avec la consommation d'alcool, il faut noter que la prise en charge du patient alcoologique aux urgences se déroule souvent conjointement avec l'unité d'urgence psychiatrique. Les services de médecine viennent ensuite (34%) puis les services de chirurgie digestive, ce qui s'explique bien sûr par l'importance des pathologies digestives en lien avec la consommation abusive d'alcool (notamment les pancréatites et les ruptures de varices œsophagiennes).

Le **tableau 2** résume l'orientation des patients après la sortie de l'hôpital. Le conseil spécifique englobe un travail sur les stratégies d'adaptation à la vie sans alcool ainsi que des adresses de structures spécialisées. Les patients déjà en traitement se sont vus proposer de continuer cette démarche dans leur lieu de soins habituel. Le fait intéressant réside dans les 38% de patients qui ont été d'accord d'entreprendre une démarche alcoologique (ambulatoire ou hospitalier), ce chiffre bien évidemment ne présage pas d'une réussite du traitement puisque seul le premier rendez-vous a été validé et la suite appartient aux structures accueillant ces patients, néanmoins il est encourageant de constater que l'effet «hospitalofuge» pour les patients alcoologiques s'avère possible.

Tableau 2. Orientation des patients postconsultation d'alcoologie de liaison

*90% des patients orientés se sont présentés au rendez-vous programmé.

Orientation des patients postconsultation d'alcoologie de liaison	n	%
Conseils spécifiques sans suivi spécialisé	109	34%
Mise en place d'un suivi ambulatoire spécialisé en alcoologie*	98	31%
Réactivation du réseau de soins spécialisés existant	44	14%
Refus d'entreprendre une démarche pour le problème d'alcool	28	9%
Hospitalisation en institutions spécialisées en alcoologie	21	7%
Hospitalisation en service psychiatrique	15	5%
Total	315	100%

CONCLUSION

Le changement est un phénomène complexe qui donne lieu à beaucoup d'hypothèses quant aux raisons pour lesquelles les patients l'expérimentent et surtout pourquoi ils maintiennent cet état dans la durée. La réponse est sûrement pluri-factorielle et demande à chaque lieu de soins ayant affaire à des patients alcoologiques un effort d'intervention.



L'impact d'une alcoologie de liaison à l'hôpital général incite à augmenter l'intervention précoce, «profiter» du moment exceptionnel que représente une hospitalisation pour induire le changement, est un des principaux enjeux dans la diffusion d'une culture de l'addiction.

Jean Reynaut, médecin alcoologue français, a décrit l'alcoolisme comme une «insoumission de l'esprit sur l'être corporel»;²¹ le soignant hospitalier, confronté à un corps lésé par l'abus d'alcool, a dans sa relation quotidienne avec le patient l'opportunité de rétablir l'équilibre entre le psychique et le physique.

La mise en place d'une alcoologie de liaison aux HUG et l'impact suscité semblent être une innovation pertinente pour un tel dessein. ■

Implications pratiques

- La prévalence forte des problèmes d'alcool parmi les patients hospitalisés nécessite des stratégies de repérage et d'intervention
- Le temps d'hospitalisation est une réelle opportunité pour engager un processus de réflexion autour de la consommation d'alcool des patients hospitalisés
- Le résultat d'une intervention alcoologique pendant l'hospitalisation se dessinera après celle-ci la plupart du temps
- Des interventions brèves peuvent avoir un réel impact sur le devenir alcoologique du patient

Bibliographie

- 1 Alcool, Tabac et Drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996. Op. cit.
- 2 Tuyns AJ, Esteve J, Pequignot G. Ethanol is cirrhotogenic whatever the beverage. *Br J Addict* 1984;79:389-93.
- 3 Steinberg W, Tenner S. Acute pancreatitis. *N Engl J Med* 1994;330:1198-210.
- 4 IARC (International Agency for Research on Cancer). IARC monograph on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Alcohol drinking. International Agency for Research on Cancer, Lyon, 1988.
- 5 Dobkin P, Dongier M, Cooper D, Hill JM. Screening for alcoholism in a psychiatric hospital. *Can J Psychiatry* 1991;36:39-45.
- 6 Les cahiers de l'action sociale et de la santé. Le coût social de la consommation d'alcool dans le canton de Genève. Département de l'action sociale et de la santé, n° 12, novembre 1999.
- 7 Charte européenne sur la consommation d'alcool. Organisation mondiale de la santé. <http://www.ccr.jussieu.fr/santedoc/alcoolOMS.htm>.
- 8 Reynaud M, Parquet PJ. Les personnes en difficulté avec l'alcool. Paris: Edition CFES, 1998.
- 9 Reynaud M, Leleu X, Bernoux A, et al. Alcohol use disorders in French hospital patients. *Alcohol Alcohol* 1997;32:769-75.
- 10 * Gerke P, Hapke U, Rumpf HJ, John U. Alcohol-related diseases in general hospital patients. *Alcohol Alcohol* 1997;32:179-84.
- 11 Gache P, Guillo F, Vermeille N, Beauverd R. Why doctors and nurses fail to recognize problem drinkers hospitalized on medical wards. Paris, 2001, Congrès de l'European Society for Biomedical Research in Alcoholology (communication orale).
- 12 Gache P. Prise en charge du patient alcool-dépendant: préjugés et contre-attitudes. *Med Hyg* 2000;58:1943-6.
- 13 Danis D, D'Epagnier C, Udry C. Pression de l'entourage et motivation des patients alcooliques et toxicomanes pour entreprendre un traitement. *Rev Med Suisse Romande* 1997;117:913-8.
- 14 D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Paris: Vigot, 1995.
- 15 ** Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
- 16 ** Miller WR. Why people change addictive behavior? The 1996 H. David Archibald Lecture. *Addiction* 1998;93:163-72.
- 17 Hotz S. Understanding and using the stages of change. Program Training and Consultation Centre. Toronto: Ministère de la Santé de l'Ontario et de Santé Canada, 1995.
- 18 Michaud P, Gache P, Batel P, Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *Rev Prat Med Gen* 2003;17:281-9.
- 19 Michaud P. La place des centres de consultation ambulatoires dans le dispositif alcoologique et leur lien avec l'hôpital. http://www.alcoologie.org/documentation/article.php?id_article=4
- 20 Schukitt M. Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment (3^e ed). New York: Plenum, 1997.
- 21 Moren J, Reynaut J. L'alcool: alibis et solitudes. Paris: Seli Arslan, 1997.

* à lire

** à lire absolument