

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

***Le concept de réduction des risques :
Quelles applications en alcoologie ?***

Présentée et soutenue publiquement le 10 avril 2012

Par Elodie VERNALDE

Jury :

Président : Monsieur le Professeur COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur THOMAS

Monsieur le Professeur DUHAMEL

Monsieur le Docteur ROLLAND

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur ROLLAND

SOMMAIRE

Introduction	8
1 Historique des conceptions cliniques et thérapeutiques en France selon « l'approche produit »	10
1.1 Le champ de l'intervention en toxicomanie	10
1.2 Le champ de l'alcoologie	17
1.3 Le champ de la tabacologie	23
2 Le concept d'addiction et la naissance de l'addictologie	26
2.1 Bases communes	27
2.2 Définitions.....	29
2.3 Conséquences du concept d'addiction sur l'offre de soins.....	32
3 La diffusion du concept de réduction des risques	35
3.1 Origines, définitions et principes	35
a. Origines.....	35
b. Définition	36
c. Principes de la réduction des risques.....	37
3.2 Application de la réduction des risques à la prise en charge du mésusage d'alcool.....	40
a. Les programmes de prévention basés sur la réduction des risques .	40
b. Les dispositifs favorisant l'accès aux soins	43
c. La consommation contrôlée d'alcool	45
d. Les perspectives de traitements de substitution à l'alcool	69
Discussion	73
Conclusion.....	79
Bibliographie	80

Introduction

Le mésusage d'alcool est un problème de santé publique majeur.

Il est considéré comme l'un des principaux facteurs de risque de morbidité dans le monde et il se place ainsi au troisième rang des facteurs de risque de décès prématuré et d'incapacité. En 2004, 2,5 millions de personnes dans le monde sont mortes de conséquences liées à l'usage d'alcool, dont 320 000 jeunes âgés de 15 à 29 ans (1).

La France, pays où l'alcool est inscrit durablement dans la culture et l'économie, n'échappe pas à ce constat. L'alcool est la substance psycho-active la plus consommée, avec 44,4 millions d'expérimentateurs (2), et constitue la deuxième cause de mortalité prématurée en France. Plus d'un tiers des français (37%) âgés de 18 à 75 ans déclarent une consommation d'alcool considérée comme à risque (3). Chez les jeunes, la consommation régulière d'alcool, les ivresses répétées et régulières sont en nette augmentation depuis 2008 (2).

Le mésusage d'alcool compte parmi les principaux facteurs de risque de maladies, de traumatismes, de violence, d'incapacité, de problèmes sociaux, de décès prématurés. Il est associé à des problèmes de santé mentale et a de graves conséquences sur le bien-être des individus, des familles, des communautés et de la société en général (1). Le mésusage d'alcool a également des répercussions économiques majeures. A titre d'exemple, les conséquences directes de l'alcoolisation excessive (ivresse, dépendance, maladies) sont à l'origine de plus d'un million de journées d'hospitalisations par an (4).

1. OMS | Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. WHO. Disponible sur: http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/fr/index.html

2. Drogues, Chiffres clés - 4ème édition ofdt. 2012. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dcc12.html>

3. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé . ofdt. 2011. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend76.html>

4. Alcool-addiction. inserm. Disponible sur : <http://infodoc.inserm.fr/pnr/alcool.nsf/site/fr>

Malgré une diminution globale de la consommation d'alcool depuis 40 ans, le pourcentage de consommateurs à problèmes reste stable (9% de la population générale) (4).

Des stratégies de santé publique efficaces permettent de limiter les méfaits de l'alcool (1), parmi lesquelles on peut citer : la restriction de l'offre, de l'accessibilité et de l'attractivité du produit, l'augmentation du prix, les interdits institués par la loi (lutte contre l'alcool au volant, interdiction de vente aux mineurs)...

Le dispositif sanitaire chargé des soins aux individus présentant un problème d'alcool a pendant longtemps été dominé par le paradigme de l'abstinence. Mais ce dispositif subit de profondes mutations depuis plusieurs années. Le champ de l'alcoologie n'est plus isolé mais intégré dans une discipline fédératrice, l'addictologie qui regroupe les champs de l'alcoologie, de la tabacologie et de l'intervention en toxicomanie.

Or, ce dernier a été marqué, dans les années 90, par une politique de réduction des risques qui s'est imposée devant la menace d'une épidémie de VIH chez les usagers de drogues intraveineuses et a bouleversé les pratiques.

Puisque toutes les addictions ont des bases communes et que « l'approche produit » est aujourd'hui considérée comme dépassée, on peut se demander si les stratégies thérapeutiques adoptées pour une addiction peuvent être valables pour une autre.

Ainsi, la réduction des risques est-elle applicable à la prise en charge des mésusages d'alcool? Initialement focalisés sur le produit, les soignants doivent maintenant donner la priorité à la manière de consommer le produit, c'est-à-dire au comportement lui-même. Ce n'est plus le produit qui est problématique, quel qu'il soit, licite ou illicite, mais le comportement de l'utilisateur. Différentes formes d'usage sont maintenant reconnues alors que les soins étaient orientés auparavant vers les seules personnes dépendantes. Ce changement de paradigme doit-il signifier un changement dans la manière de soigner?

1. OMS | Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. WHO. Disponible sur: http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/fr/index.html

4. Alcool-addiction. Inserm. Disponible sur : <http://infodoc.inserm.fr/pnr/alcool.nsf/site/fr>

Nous verrons d'abord comment les différents champs du soin aux personnes dépendantes (champ de l'intervention en toxicomanie, champ de l'alcoologie et de la tabacologie) se sont développés de manière assez cloisonnée.

Puis, nous aborderons les changements dans la manière de concevoir « le problème de la drogue » : la reconnaissance des pratiques addictives, avec la distinction qui apparaît entre usage simple, usage nocif et dépendance, puis la naissance de l'addictologie.

Enfin, nous développerons le concept de réduction des risques et étudierons son application possible à la prise en charge des mésusages d'alcool au travers d'une revue de littérature.

1 Historique des conceptions cliniques et thérapeutiques en France selon « l'approche produit »

1.1 Le champ de l'intervention en toxicomanie

La première vague de toxicomanie

Jusqu'au début du XIX^e siècle, l'opium et ses dérivés restaient cantonnés à leurs usages traditionnels ou médicaux mais au cours du siècle, ils commencent à être consommés dans un but hédoniste. En France, après un premier engouement pour la morphine et ses multiples vertus thérapeutiques, certains auteurs commencent à en dénoncer les dangers à la fin du XIX^e siècle (5).

Le terme toxicomanie apparaît en 1885 sous la plume de Regnard et supplante les notions de cocaïnisme, cocaïnomanie, morphinisme, morphinomanie (5) .

Ce terme fait référence à un comportement de dépendance à l'égard d'une ou plusieurs substances psycho-actives (2) dans son acception la plus large.

2. *Drogues, Chiffres clés - 4^{ème} édition ofdt. 2012. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dcc12.html>*

5. *Morel A. Prévenir les toxicomanies. Paris: Dunod; 2004.*

Deux grandes causes de l'intoxication par le « poison » sont alors évoquées.

D'une part, l'hypothèse iatrogénique suggère que tout le mal provient de la substance et insiste sur la responsabilité de l'initiateur, le médecin, à l'époque où la morphine est largement prescrite pour toutes sortes d'affections.

En découlent la nécessité d'une réglementation stricte de l'accès et un contrôle accru de sa délivrance.

D'autre part, la théorie de la dégénérescence proposée par Morel en 1857, concernant l'existence d'une faiblesse constitutionnelle de l'individu sur les plans physique, mental et moral, influencera la pensée médicale et psychiatrique jusqu'au début du XX^e siècle. L'individu, considéré comme porteur d'une « tare », est ainsi placé au centre de la problématique (5).

Jusqu'alors les quelques toxicomanes rencontrés étaient dirigés vers les hôpitaux psychiatriques.

La drogue, « fléau national »

Sous l'influence du mouvement hippie né aux Etats-Unis, la toxicomanie moderne s'est développée lentement en France à partir du milieu des années 1960 : les infractions à la législation des produits classés stupéfiants se multiplient mais le nombre de consommateurs reste faible (6). Le produit psychotrope était alors considéré comme unique origine des troubles: « Comme le plomb provoque le saturnisme, la « drogue » porte en elle-même des pouvoirs d'intoxication » (7).

Les attitudes préventives et thérapeutiques découlant de cette assimilation erronée ne pouvaient donc que consister en l'éradication du « poison ».

La prévention primaire était donc fondée sur l'interdiction, le traitement, sur l'abstinence absolue et définitive (8).

Une nouvelle explication au développement de « la drogue » se profile : sa représentation sous la forme d'une épidémie menaçant la société (5).

5. Morel A. *Prévenir les toxicomanies*. Paris: Dunod; 2004.

6. Bergeron H. *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris: PUF; 1999.

7. Morel A, Hervé F, Fontaine B. *Soigner les toxicomanes*. Paris: Dunod; 1997.

8. Lowenstein W, Sanchez M. *Addiction aux opiacés et traitements de substitution*. Paris: John Libbey Eurotext; 2003.

La loi de 1970

Cette période étant particulièrement marquée par la crise de Mai 68, on assiste à la création de toute une série de lois répressives dont la loi du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses (6).

Le consommateur est considéré comme un délinquant et sa pratique est sévèrement punie, quel que soit le type de produit illicite mais la loi va octroyer une possibilité de soins pour le drogué :

« Toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire » (9).

La formation d'un champ spécialisé

En conséquence de cette loi fondatrice, un secteur spécialisé s'est constitué ; la majorité des psychiatres de l'époque ne souhaitant pas s'engager dans le soin aux toxicomanes, le recours à l'initiative privée s'est finalement imposé, regroupant des acteurs de divers horizons animés par la même volonté de venir en aide aux personnes toxicomanes (6).

Au début de la formation de ce champ spécialisé, existait chez les soignants de l'époque, bercés par des principes soixante-huitards, anti-psychiatriques et contre-culturels, une volonté farouche de s'émanciper par rapport à tout savoir constitué (6). Dans les années 70, les soignants privilégiaient les traitements ambulatoires basés sur la psychothérapie et le rapport Pelletier de 1978 reconnaît l'existence d'un accord collectif sur l'importance de la dimension psychothérapeutique de la prise en charge (10).

Le modèle bio-psycho-social

Au début des années 70, est apparue la remise en question du modèle de maladie et la prise de conscience de l'importance du contexte.

6. Bergeron H. *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris: PUF; 1999.

9. *Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative « aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses »*. Sect. JO du 2 janvier 1971.

10. Pelletier M. *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*. Paris; 1978.

Les études sur les soldats américains de la guerre du Vietnam démontrent bien l'importance de l'environnement : elles ont mis en évidence que, pour une majorité des soldats devenus dépendants, la fin de la guerre et le retour au pays ont été le meilleur traitement de l'héroïnomanie (11).

Un nouveau modèle, qui prévaut encore aujourd'hui, reconnaît alors la toxicomanie comme la résultante de l'interaction de 3 facteurs : des facteurs liés aux vulnérabilités individuelles, des facteurs de risque liés aux produits et des facteurs de risque liés à l'environnement.

La toxicomanie naît de « la rencontre entre une personne, un produit et un moment socio-culturel » selon la formule de Claude Olievenstein (6).

Quelle place pour la méthadone dans cette politique de soins qui place l'abstinence au centre de ses préoccupations ?

La méthadone est un médicament opioïde à longue durée d'action, synthétisé en Allemagne dès la fin des années 1930 et utilisé aujourd'hui comme traitement de substitution aux opiacés. Son utilité a été démontrée dans le traitement des dépendances aux opiacés au début des années 1960 par les Docteurs Dole et Nyswander de l'Université Rockefeller de New York (USA). C'est un chercheur canadien, le Docteur Robert Halliday, qui mit en place le premier programme de traitement par la méthadone, en 1963, en Colombie britannique(8).

En France, en 1973, un cadre expérimental d'utilisation de la méthadone est conçu et proposé par l'INSERM à la demande des pouvoirs publics, devant les résultats apparemment positifs des essais développés à l'étranger.

Mais ce traitement est rejeté par l'ensemble des soignants de l'époque car il est perçu comme une pratique médicale au service du contrôle social (6).

6. Bergeron H. *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris: PUF; 1999.

8. Lowenstein W, Sanchez M. *Addiction aux opiacés et traitements de substitution*. Paris: John Libbey Eurotext; 2003.

11. Angel P, Richard D, Valleur M, Chagnard E. *Toxicomanies*. 2ème éd. Paris: Masson; 2005.

En effet, la nécessité de professionnaliser le champ de l'intervention en toxicomanie a conduit les intervenants à recourir à la psychanalyse, courant dominant à l'époque, à partir de la fin des années 70.

Dans la perspective psychanalytique, la toxicomanie est devenue le symptôme d'une souffrance psychique profonde.

On supposait qu'une fois le patient délivré du produit, on retrouverait l'élément psycho-traumatique qui l'avait amené à consommer de l'héroïne et qu'en corrigeant les effets de celui-ci, il se débarrasserait de son symptôme.

On se méfie alors de la méthadone par crainte de substituer un produit à un autre et de ce fait de masquer la blessure fondamentale qui serait alors inaccessible (6).

Par ailleurs, Lert et Fombonne en 1989 font le constat qu'« aucune différence significative n'a, par ailleurs, pu être décelée entre les 3 grands programmes thérapeutiques que sont les traitements ambulatoires, les programmes de maintenance à la méthadone et les communautés thérapeutiques »(12).

Enfin, l'idée que l'objectif d'une politique de lutte et de soins doit tendre vers l'éradication des drogues pour la société et l'abstinence de tout produit pour les drogués fait consensus dans la classe politique, et personne pendant les années 80 n'argumentera contre la légitimité d'une telle priorité (6).

Vers une nouvelle politique de soins, celle de la réduction des risques

Dans les années 80, on assiste à une augmentation du nombre des toxicomanes et une modification des caractéristiques épidémiologiques de ces derniers: la population devient de plus en plus marginalisée, leur santé se dégrade et le SIDA va représenter dans les années 1984-1985 un problème de santé publique majeur.

D'une manière générale, une politique dite de réduction des risques liés à l'apparition du SIDA (Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis) a été entreprise un peu partout dans les pays européens depuis le milieu des années 80 pour les plus avancés

6. Bergeron H. *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris: PUF; 1999.

12. Lert F, Fombonne E. *La toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements. Analyses et prospective*. Paris: Inserm, La Documentation française; 1989.

d'entre eux (Grande-Bretagne, Pays-Bas) et au tout début des années 90 pour les autres (Allemagne, Suisse, Espagne, Italie).

A mesure que l'épidémie se montrait plus menaçante et que la situation sociale et sanitaire de beaucoup de toxicomanes se dégradait, il a été décidé de redéfinir la hiérarchie des priorités assignées à la politique de soins (6).

La première mesure prise en France a consisté en la libéralisation de la vente des seringues en pharmacie en 1987 (13).

Puis, dans une circulaire de 1990, la DGS (Direction Générale de la Santé) se décide à proposer l'introduction de la méthadone dans l'offre de soins.

Mais les conditions d'admission dans de tels programme sont strictes : les toxicomanes doivent être volontaires, dépendants majeurs d'un opiacé depuis au moins 5 ans, avoir entrepris plusieurs cures de sevrage sans succès durable, et démontrer une motivation certaine (14).

Le traitement par méthadone reste donc réservé aux seuls toxicomanes qui ont échoué dans le dispositif traditionnel. Il reste considéré comme un tremplin pour réaliser une thérapie qui vise l'abstinence.

Parallèlement, l'activité militante se structure. Médecins généralistes, intervenants convertis, associations de lutte contre le SIDA, d'usagers de drogues, humanitaires tels que Médecins du Monde s'unissent dans un combat collectif pour la diffusion du principe de réduction des risques et notamment des programmes méthadone.

Il faudra attendre 1993 pour que se développent des programmes d'échanges de seringues dans les centres dédiés aux soins des toxicomanes, victimes de la réticence des intervenants très attachés à ce que ces lieux restent des structures prônant l'abstinence.

6. Bergeron H. *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris: PUF; 1999.

13. Ministère des affaires sociales et de l'emploi, Chirac J, Seguin P, Balladur E, Pasqua P, Barzach M. Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie : décret dit « Barzach », du nom de Michèle Barzach, alors ministre de la Santé. JO du 16 mai 1987.

14. Circulaire DGS-DAS/405/2D-FE2 du 15 mai 1990, en référence à la lettre circulaire DGS/895/2D du 31 juillet 1989 et relative aux priorités pour l'année 1990.

Les querelles et controverses concernant les traitements de substitution dureront quasiment jusqu'en 1995 (6). Le rapport Henrion note alors que : « la politique de lutte contre la toxicomanie, fondée sur l'idée qu'il ne faut rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes, a provoqué des catastrophes sanitaires et sociales » (15).

C'est à partir de 1995 que la méthadone est introduite plus massivement dans le dispositif français : les toxicomanes n'ont plus besoin d'être dépendants depuis au moins 5 ans ni d'avoir connu des échecs préalables pour bénéficier de ce traitement (16).

Puis, à partir de février 1996, la substitution à partir d'un autre traitement de substitution aux opiacés, la buprénorphine haut dosage, sera mise à disposition dans les hôpitaux et chez les médecins généralistes membres de réseaux reconnus par l'administration.

Les structures de première ligne (boutiques, « sleep-in ») seront développés afin de faciliter l'accès aux soins des toxicomanes et les programmes d'échanges de seringues se multiplieront.

La diffusion de la politique de réduction des risques n'est plus incompatible dans les esprits avec l'objectif, plus lointain, de l'abstinence (6).

Les recommandations actuelles

Initialement, l'objectif ultime des traitements de substitution aux opiacés était de « permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans pharmacodépendance, y compris à l'égard des médicaments de substitution aux opiacés » (17).

6. Bergeron H. *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris: PUF; 1999.

15. Henrion R. *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*. Paris: La Documentation française; 1995.

16. Douste-Blazy P, Veil S. *Circulaire DGS/SP3 n°04 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995*. Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville.

17. Fédération Française d'Addictologie, avec la participation de l'Anaes. *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés: place des traitements de substitution. Conférence de consensus. has. 2004. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272358/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiacés-place-des-traitements-de-substitution*

Aujourd'hui, la finalité principale, selon la conférence de consensus de 2004, est de « permettre aux personnes dépendantes d'abandonner leurs comportements addictifs et de se dégager du centrage de leur existence sur les effets et la recherche délétères du produit, pour recouvrer tout ou partie de leur liberté et globalement une meilleure qualité de vie. En réduisant ainsi les divers dommages induits, ces stratégies thérapeutiques sont également de nature à répondre aux attentes de la société » (17).

En pratique, trois options thérapeutiques sont disponibles :

- le sevrage suivi de l'instauration éventuelle d'un traitement antagoniste opiacé
- la mise en place d'un TSO pour faciliter une désintoxication rapide
- un traitement de maintien par TSO au long cours, stratégie la plus répandue actuellement.

1.2 Le champ de l'alcoologie

Les propriétés psychoactives des boissons alcoolisées sont connues depuis l'Antiquité. Avec la révolution industrielle du XIX^e siècle, l'accroissement de la production des boissons alcoolisées les rend plus accessibles à une population vivant dans des conditions précaires et trouvant un certain réconfort dans l'alcool. On assiste alors à une augmentation massive de la consommation de boissons alcoolisées. Si « l'ivrognerie » et les effets nuisibles des spiritueux étaient connus depuis longtemps, il a fallu attendre le début du XIX^e siècle pour qu'on en parle clairement en termes de maladie (11).

11. Angel P, Richard D, Valleur M, Chagnard E. *Toxicomanies*. 2^{ème} éd. Paris: Masson; 2005.

17. Fédération Française d'Addictologie, avec la participation de l'Anaes. *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution. Conférence de consensus. has. 2004. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272358/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiacés-place-des-traitements-de-substitution*

De l' « ivrognerie » à l'alcoolisme et à la nécessité de l'abstinence : l'influence anglo-saxonne

En France, l'idée de la nécessité de l'abstinence dans le traitement des malades alcooliques s'est imposée tardivement, influencée par les pratiques anglo-saxonnes. En effet, dans la société anglo-saxonne, où les boissons alcoolisées n'étaient pas des boissons de table courantes et où la consommation d'alcool se faisait en dehors des repas et était souvent liée à une recherche d'effet psychotrope par des sujets en mal-être, on observait l'apparition rapide de ce qu'on nommera plus tard l'alcoolodépendance.

Ainsi, l'accent a été mis dans les pays anglo-saxons sur les troubles du comportement en privilégiant les aspects psychiatriques et les problèmes de dépendance à l'alcool, en méconnaissant plus ou moins les complications viscérales (18). Ce courant de pensée a eu pour précurseurs deux auteurs anglo-saxons, Trotter (1804) et B. Rush (1811), à qui on doit le premier modèle de maladie dans le domaine des « dépendances » (18).

C'est en revanche à un médecin suédois, Magnus Huss, que l'on doit en 1849 le terme d'alcoolisme chronique.

Ce concept de l'alcoolisme maladie devait se développer tout au long du XIX^{ème} siècle et c'est dans ce contexte que les « asiles pour alcooliques » se développèrent particulièrement aux Etats-Unis d'Amérique et en Angleterre.

La règle dans ces établissements était l'abstinence absolue et définitive durant une période d'internement prolongée de 6 mois à un an (18).

La prise en charge consistait en une sorte de rééducation pour retrouver une bonne hygiène de vie associée à un traitement « psychique ».

Parallèlement, diverses associations dites d'« anciens buveurs » ont vu le jour, à partir de 1840. Leur intérêt était d'apporter le soutien d'un milieu abstinent à l'alcoolique sortant d'hospitalisation (19).

En France, c'est aux complications viscérales dues à l'alcool qu'étaient essentiellement confrontés les cliniciens français.

18. Hillemand B. *Lectures alcoologiques: aperçus historiques. Alcoologie. 1995;17(Suppl 4):S/371–S/470.*

19. Hillemand B. *Les associations d'aide aux personnes ayant un problème d'alcool: aperçus historiques. Alcoologie. 1998;20(2).*

Il n'était pas question de maladie alcoolique, la notion de dépendance n'étant pas perçue comme telle dans ce pays viticole où la consommation de vin à table était considérée comme sociologiquement normale (20).

L'alcoolique était plutôt vu comme un individu faible sans volonté, usant mal d'un « bon » produit, et objet d'un jugement moral péjoratif.

Rappelons que depuis les travaux de Pasteur, en 1866, le vin était considéré comme « la plus saine et la plus hygiénique des boissons ».

De plus, dans la théorie de la dégénérescence qui prévalait alors dans le milieu aliéniste français, il est fait référence aux ivrognes et à leur vice : les ivrognes auraient un comportement déviant qui se transmettrait héréditairement et cette tare irait en s'aggravant jusqu'à la disparition de certaines familles (18).

Les patients alcooliques étaient alors considérés comme « incurables ».

Le traitement était ainsi réservé aux seuls alcooliques délirants, l'internement à l'asile ayant lieu selon la loi de 1838 pour les aliénés jusqu'à disparition du délire, donc sur une durée relativement courte.

A noter que l'accès aux boissons alcoolisées était « logiquement » autorisé dans les asiles de l'époque (18).

C'est seulement à partir de 1894 que les aliénistes prennent conscience de l'existence « d'asiles pour alcooliques » à l'étranger et de leurs résultats très intéressants, avec globalement plus d'un tiers de patients abstinents après internement prolongé.

Ils réalisent qu'il est possible d'obtenir la « guérison » de certains alcooliques et que l'abstinence absolue est nécessaire pour parvenir à ces résultats.

En pratique, la mise en place de structures adaptées s'est avérée difficile, en particulier à cause de la loi de 1838, qui n'autorisait pas le maintien de non aliénés en structures fermées (18).

18. Hillemand B. *Lectures alcoologiques: aperçus historiques. Alcoologie. 1995;17(Suppl 4):S/371–S/470.*

20. Hillemand B. *L'alcoolisme. PUF; 1999.*

La loi de 1954 sur les alcooliques dangereux aurait pu réunir les conditions nécessaires car elle prévoyait de pouvoir contraindre aux soins et interner les patients alcoolodépendants potentiellement dangereux refusant toute prise en charge et ce, en dehors de situations d'aliénation mentale (21).

Cependant, les conceptions thérapeutiques avaient déjà changé et la loi, lourde dans son application - et faute de moyens - fut peu appliquée (18).

La fin du recours à l'enfermement et la remise en cause du « dogme de l'abstinence »

La découverte de l'action du disulfirame (Espéral®) à Copenhague en 1948 par Hald et Jacobsen a été à l'origine des premières « cures de dissuasion » (18).

Ces cures étaient censées décourager de nouvelles alcoolisations grâce à l'action antabuse du disulfirame qui, en association avec l'alcool, provoquent des symptômes déplaisants (22).

Ceci semblait ouvrir la voie à un traitement simple de l'alcoolisme et dynamisait les structures de soins ambulatoires. Le mythe de la cure dite de « désintoxication » pratiquée dans les années 1960 mettait ainsi à mal les notions dégagées au début du siècle, à savoir la nécessité de l'abstinence absolue et définitive, l'intérêt de la psychothérapie et de l'articulation avec les associations « d'anciens buveurs » encore appelées associations néphalistes (18).

La synthèse de Fouquet et le concept d'alcoologie

Pierre Fouquet, en 1951, est le premier en France à mettre l'accent sur la dépendance psychologique qui lie le malade à l'alcool (18).

En effet, pour lui, « il y a alcoolisme quand un individu a en fait perdu la liberté de s'abstenir d'alcool »(23).

Fouquet a ainsi sorti l'alcoolisme des conceptions morales sur « les ivrognes ».

18. Hillemand B. *Lectures alcoologiques: aperçus historiques. Alcoologie. 1995;17(Suppl 4):S/371–S/470.*

21. *Loi n°54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui. JO du 21 avril 1954, pp. 3827-3829; 1954.*

22. Lejoyeux M. *Addictologie. Paris: Elsevier Masson; 2008.*

23. Fouquet P. *Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. L'évolution psychiatrique, Vol 16. 1951;231–51.*

Il a développé ensuite le concept d'alcoologie qu'il définit ainsi : « discipline consacrée à tout ce qui a trait dans le monde à l'alcool éthylique : production, conservation, distribution, consommation normale et pathologique avec les implications de ce phénomène, causes et conséquences, soit au niveau collectif : national et international, social, économique et juridique, soit au niveau individuel : spirituel, psychologique et somatique. Cette discipline autonome emprunte ses outils de connaissance aux principales sciences humaines, économiques, juridiques et médicales, trouvant dans son évolution dynamique ses lois propres » (24).

Dans cette vision générale, le malade ne peut être envisagé sans son environnement et ce concept met en relief un système comprenant l'individu, l'alcool et le milieu.

L'optique alcoologique s'attache à rechercher une qualité de vie meilleure pour le malade, grâce à une liberté retrouvée vis-à-vis de l'alcool par le moyen d'une abstinence absolue et définitive. Elle affirme l'intérêt de la psychothérapie et des approches sociales. Enfin, elle vise à valoriser l'intérêt d'une coopération avec les mouvements d'anciens buveurs qui prônent l'abstinence (18).

Sur le plan médicamenteux, les classiques techniques aversives (utilisées dans les cures de désintoxication) sont progressivement abandonnées mais une meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques de l'alcoolodépendance permet la création de produits visant à diminuer l'appétence pour l'alcool dont l'acamprosate (Aotal[®]), découvert en 1985, est le chef de file (18).

Parallèlement, depuis les années 1960, une série de mesures de santé publique concernant l'alcool ont été développées.

Le sujet dépendant à l'alcool est aujourd'hui reconnu comme un malade et les soins que nécessite son état sont pris en charge par la Sécurité Sociale au même titre que toute autre pathologie (25).

18. Hillemand B. *Lectures alcoologiques: aperçus historiques. Alcoologie. 1995;17(Suppl 4):S/371–S/470.*

24. Fouquet P. *Le concept d'alcoologie. La vie médicale. 1983;13:579–84.*

25. *Alcool: cadre légal et orientations publiques récentes. Synthèse. ofdt. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/reponses.html>.*

Des mesures législatives ont permis la création de centres de soins spécifiques : les CHA (Centres d'Hygiène Alimentaire) en 1975, devenus CHAA (Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie), puis CCAA (Centre de Cures Ambulatoire en Alcoologie) (26).

Par ailleurs, la conduite en état d'ivresse est réprimée par la loi de 1970 qui instaure un taux légal d'alcoolémie.

Enfin, l'alcoolisme de l'auteur d'une infraction peut être pris en considération pour imposer une obligation de soins (25).

La vente et la consommation de boissons alcoolisées, soumises à autorisation, sont principalement réglementées par le Code de la santé publique et par la loi du 10 janvier 1991 dite Loi Évin (27).

La loi Évin interdit toute propagande ou publicité en faveur des boissons alcoolisées, notamment pour protéger les jeunes. Les messages publicitaires doivent indiquer obligatoirement que "l'abus d'alcool est dangereux pour la santé" et "à consommer avec modération" (25).

Les recommandations actuelles : un objectif, l'abstinence complète et durable

Le terme d'alcoolisme a disparu de la classification internationale des maladies de l'OMS au profit du « syndrome de dépendance alcoolique » sous l'influence des travaux d'Edwards et Gross (28).

Les recommandations actuelles se basent sur la conférence de consensus de l'HAS du 17 mars 1999 intitulée « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant ».

Il y est écrit que « les sujets alcoolodépendants doivent bénéficier d'une proposition de sevrage thérapeutique [...] L'objectif du sevrage thérapeutique est l'entrée dans un processus d'abstinence complète et durable d'alcool ».

25. *Alcool: cadre légal et orientations publiques récentes. Synthèse. Ofdt. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/reponses.html>.*

26. *Questel F, Dally S. Législation se rapportant à l'alcoolisme et à sa prévention. EMC; 2008.*

27. *Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme dite loi Evin. 1991.*

28. *Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Br Med J. 1976 mai 1;1(6017):1058-61*

Mais on peut aussi y lire : « il [le sevrage thérapeutique] a aussi pour fonction d'engager le patient dans un processus de soins continus, dans l'espoir d'obtenir le maintien de l'abstinence, à défaut une amélioration clinique à long terme » (29).

1.3 Le champ de la tabacologie

Le tabac : « herbe du démon ou panacée » ?

L'usage du tabac s'est répandu en Europe après la découverte des Amériques par Christophe Colomb en 1492.

Si certains médecins lui vouent des vertus médicinales, le tabac rencontre déjà des opposants dès le début du XVII^{ème} siècle, date à laquelle remontent les premières observations sur les méfaits du tabac (30).

L'avènement de la période industrielle entraîne de nombreux changements dans les comportements tabagiques occidentaux.

L'un des événements les plus marquants est l'arrivée de la cigarette qui a fait littéralement exploser la consommation de tabac en Europe et en Amérique.

Son extrême popularité ne doit pas faire oublier que le tabac reste une substance controversée qui génère nombre de débats animés.

C'est au début du XIX^{ème} siècle que la nicotine est finalement identifiée par Vauquelin (1809) (30).

La notion de tabagisme s'est construite tardivement, sur le modèle clinique et idéologique de l'alcoolisme. Il est ainsi à la fois considéré comme une maladie et une faute sociale (30).

Les détracteurs du tabagisme insistent surtout sur les effets produits par le tabac sur la morale, la créativité et l'intelligence.

En 1821, le Dictionnaire des sciences médicales recommande de limiter l'usage du tabac, surtout la fumée qui recèle, croit-on, des propriétés dangereuses en raison de son action « corrosive » sur les tissus (30).

29. Haute Autorité de Santé, Société Française d'Alcoologie. Conférence de consensus. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Maison de la chimie - Paris; 1999.

30. Nourrisson D. Le tabac en son temps. De la séduction à la répulsion. Rennes: ENSP; 1999.

Il faudra attendre les années 1950 pour que les premières études épidémiologiques prouvent indiscutablement la toxicité du tabac (30).

La lutte contre le tabagisme

En 1950, le Britannique Doll met en évidence le lien entre cancer et tabagisme.

En 1957, l'OMS classe la consommation de tabac comme une toxicomanie mais c'est seulement en 1971 qu'elle lance le premier programme de lutte contre le tabagisme (31).

La politique de lutte contre le tabagisme s'est structurée en France autour des lois Veil en 1976 et Evin en 1991(32).

La loi Veil réglementait la publicité ainsi que le parrainage de manifestations sportives. Elle prononçait l'interdiction de fumer dans les lieux publics où cette pratique pouvait avoir des conséquences dangereuses pour la santé d'autrui et prévoyait des mesures visant à informer le consommateur des risques encourus pour sa santé (33).

Avec la loi Evin en 1991, le gouvernement a renforcé sa politique de lutte contre le tabagisme en étendant l'interdiction de la publicité, en engageant un mouvement d'augmentation sensible du prix du tabac et en interdisant de fumer dans les lieux ouverts au public (27).

La découverte des traitements de substitution nicotinique

Le traitement de substitution le plus ancien est la gomme-nicotine. Elle a été imaginée par un médecin suédois, Fernö qui a observé que, dans les équipages de sous-marins, les fumeurs utilisaient la chique car ils ne pouvaient absolument pas

30. Nourrisson D. *Le tabac en son temps. De la séduction à la répulsion*. Rennes: ENSP; 1999.

31. Reynaud M. *Traité d'addictologie*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2006.

32. *Tabac : cadre légal et orientations publiques récentes - Synthèse*. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/tabac/reponses.html>.

33. *Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme*. JO du 10 juillet 1976, pp. 4148-4149;

fumer à bord. Il eut alors l'idée dans les années 1970 d'introduire de la nicotine dans une gomme à mâcher et il a ainsi pu montrer qu'elle réduisait le besoin de fumer (34).

Les recommandations actuelles

Les recommandations de l'AFSSAPS de 2003 insistent sur les bénéfices de l'arrêt du tabac et intègrent les substituts nicotiques dans les stratégies thérapeutiques facilitant l'arrêt (35).

Cependant, la réduction des risques liés au tabac y est évoquée, même si elle doit être « réservée à certaines situations cliniques rares et doit être considérée comme une étape possible vers la maturation à l'arrêt complet du tabac (Accord professionnel) » (35).

Des similitudes peuvent ainsi être mises en évidence dans le développement en parallèle des conceptions cliniques et thérapeutiques pour ces différents produits.

Les alcooliques, les toxicomanes et, dans une moindre mesure, les fumeurs, ont d'abord été l'objet d'une forte réprobation sociale et de préjugés moraux.

Puis, le concept de maladie et celui de dépendance se sont développés.

Ensuite, le modèle bio-psycho-social s'est imposé face à des théories trop réductrices, qui étaient soit centrées sur le produit, soit sur l'individu ou encore influencées par la représentation de la maladie sous forme d'une épidémie.

Le paradigme dominant a longtemps été celui de l'abstinence et de l'abstention pour des raisons morales puis médicales.

La loi française a institué des interdictions, surtout en matière de drogues illicites mais a aussi réglementé l'usage d'alcool et de tabac et leur publicité pour protéger la population.

34. Lagrue G. *Arrêter de fumer ? Paris: Odile Jacob; 2006.*

35. Afssaps. *Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac - Recommandations de bonne pratique. 2003.*

Cependant, la nécessité de réduire les risques liés à l'épidémie de VIH a conduit les intervenants en toxicomanie à déroger à la règle du tout ou rien : l'abstinence ne pouvait plus être le seul objectif dans la prise en charge des toxicomanes.

2 Le concept d'addiction et la naissance de l'addictologie

« L'approche produit » développée au paragraphe précédent reposait sur la théorie de l'intoxication (36) et était fortement encouragée par la séparation instituée par la loi entre produits licites et illicites (37).

Ceci a conduit à fragmenter le champ en ce qui a trait à l'alcool, au tabac, aux drogues illicites avec la constitution de dispositifs sanitaires, législatifs et réglementaires distincts.

Mais « il est apparu évident aux intervenants dans ces domaines et à la communauté scientifique que cette approche était réductionniste et aboutissait à la mise en place de politiques et de dispositifs non pertinents. »(36)

C'est le Professeur Parquet qui a montré dans son rapport en 1997 qu'il fallait s'intéresser davantage aux différentes manières de consommer les drogues, c'est à dire davantage aux comportements qu'aux produits (38).

Le rapport du Professeur Roques sur la dangerosité des drogues a ensuite mis l'accent sur la gravité des problèmes liés aux drogues au-delà de leur statut licite ou illicite. Il classait l'alcool au côté de l'héroïne et de la cocaïne, dans le groupe des drogues les plus dangereuses (39).

36. Reynaud M, Parquet P-J, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives (rapport au directeur général de la santé)*. Paris: Odile Jacob; 2000.

37. Morel A. *Les addictions, un objet spécifique de la prévention*. *Alcoologie et Addictologie*. 2005;27(4):325-35.

38. Parquet P-J. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. 1997.

39. Roques B. *La dangerosité des drogues. Rapport au secrétaire d'Etat à la santé*. Paris: Odile Jacob; 1998.

Parmi les éléments en faveur d'une approche commune qui ont permis une mutation des conceptions, on peut citer :

- les changements perceptibles dans les problématiques des patients qui fréquentent les services de soins : développement des polyconsommations chez les jeunes, extrême fréquence des dépendances à plusieurs produits (ainsi, la prévalence du tabagisme est beaucoup plus marquée (comprise entre 83 et 100 %) dans la population alcoolique, 50 % des toxicomanes présentent un abus ou une dépendance à l'alcool, les fumeurs sont 5 fois plus nombreux que les non-fumeurs à avoir consommé de la drogue au cours de leur vie), passage d'une dépendance à une autre... (36)
- une évolution culturelle dans l'abord général, au sein de la société toute entière, des usages et mésusages de substances psychoactives (40)
- une similitude de nombreux facteurs de risque et un modèle explicatif commun : le modèle bio-psycho-social dans lequel l'addiction est vue comme la résultante de l'interaction de plusieurs facteurs :
 - des facteurs liés au produit
 - des facteurs individuels de vulnérabilité
 - des facteurs liés à l'environnement
- une voie biologique commune
- l'approche cognitivo-comportementale comme mode de traitement commun à toutes les conduites addictives (41).

2.1 Bases communes

Les facteurs individuels de vulnérabilité sont représentés par :

- des traits de personnalités (un niveau d'impulsivité, de recherche de sensation et de nouveautés élevés, un niveau élevé d'activités comportementales associées à de

36. Reynaud M, Parquet P-J, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives (rapport au directeur général de la santé)*. Paris: Odile Jacob; 2000.

40. Morel A. *Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement. Alcoologie et Addictologie*. 2002;24(4S):10S-19S.

41. Morel A, Favre J-D, Rigaud A. *Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie? Entre points communs et spécificités. Alcoologie et Addictologie*. 2001;23(3):463-72.

faibles capacités attentionnelles, un niveau de réactivité émotionnelle élevé, une faible estime de soi...) (31)

- des comorbidités psychiatriques fréquentes (troubles de la personnalité, troubles de l'humeur, anxiété...) (31).

Les facteurs de risque liés à l'environnement quant à eux sont représentés par :

- des facteurs socio-culturels : place du produit dans la société...
- des facteurs familiaux : habitudes de consommation ou non, interdits religieux...
- le rôle des pairs dans l'initiation d'une consommation (31).

Au niveau neurobiologique, la voie finale commune des phénomènes de récompense dans le cerveau serait la voie dopaminergique méso- limbique.

Ce « système de récompense » joue naturellement un rôle essentiel dans l'initiation et le maintien des comportements importants pour la survie de l'espèce (recherche de nourriture, reproduction...)(42).

Le circuit de récompense mésolimbique est articulé autour des neurones dopaminergiques de l'Aire Tegmentale Ventrale (ATV) du tronc cérébral et de leurs projections vers des structures du système limbique telles que l'amygdale, l'hippocampe, et le noyau accumbens. Ce circuit est impliqué dans les effets de renforcement, dans la mémoire et dans les réponses conditionnées.

Le circuit mésocortical inclut des projections de l'ATV vers le cortex préfrontal, orbitofrontal et cingulaire antérieur (42).

Les différentes drogues augmentent toutes la décharge dopaminergique dans le noyau accumbens de manière directe ou indirecte en affectant l'activité d'autres systèmes de neurotransmetteurs qui modulent l'activité de la voie dopaminergique tels que les endorphines, le GABA, l'acétylcholine, l'anandamide .

31. Reynaud M. *Traité d'addictologie*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2006.

42. Stahl S-M. *Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques*. 2ème éd. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2010.

En cas d'exposition répétée à des substances psychoactives, le système de récompense « apprend » de façon pathologique à déclencher des conduites de recherche de drogues et se « souvient » comment faire (42).

Ce système est régulé par un contrôle inhibiteur puissant de la part des systèmes préfrontaux. Le cortex préfrontal « décide » d'empêcher le comportement de recherche de drogues ou non (42).

Dans l'addiction, il existe ainsi des dérèglements au niveau de l'amygdale et surtout du cortex préfrontal qui amènent le patient à choisir sans frein les récompenses immédiates procurées par la prise de drogue (42).

D'autres systèmes apparaissent également impliqués dans les phénomènes de dépendance : l'axe du stress (cortico-hypophyso-surrénalien), le système opioïde endogène,... (31).

Avec l'addictologie, la distinction classique entre produits licites et illicites s'efface au profit d'une réflexion basée sur les comportements des personnes dépendantes.

Centrée sur les comportements et non plus sur les produits, l'addictologie utilise des termes et des concepts nouveaux qu'il convient donc de définir.

2.2 Définitions

L'addiction

L'apparition du mot addiction dans le vocabulaire médical français traduit une véritable révolution conceptuelle.

Le terme d'addiction trouve ses origines dans le droit romain ancien. L'addiction correspondait à un arrêt du juge donnant « au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne même d'un débiteur défaillant » : il s'agissait donc d'une véritable contrainte par corps, la personne donnant son corps en gage pour des dettes non payées (31).

31. Reynaud M. *Traité d'addictologie*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2006.

42. Stahl S-M. *Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques*. 2ème éd. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2010.

Ce terme d'addiction recouvre un champ de plus en plus vaste de comportements et s'étend aux addictions sans substance psychoactive où le comportement lui-même devient objet d'addiction:

- troubles du comportement alimentaire
- addictions sexuelles
- jeu pathologique
- achats compulsifs
- addictions sportives
- addictions aux jeux vidéos, à internet, au travail...

En 1990, Aviel Goodman, un psychiatre américain, a proposé la définition suivante de l'addiction :

« Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.» (43)

L'addiction inclut donc les comportements pathologiques de consommation de substances psychoactives : l'usage nocif (CIM 10), l'abus (DSM IV), la dépendance (36).

Les pratiques addictives

Dans leur rapport intitulé « les pratiques addictives », les auteurs (Reynaud, Parquet, Lagrue) proposent que soit utilisé ce terme pour définir l'ensemble des comportements, pathologiques ou non, de consommation de substances psychoactives c'est-à-dire l'usage, l'usage nocif et la dépendance (36).

36. Reynaud M, Parquet P-J, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives (rapport au directeur général de la santé)*. Paris: Odile Jacob; 2000.

43. Goodman A. *Addiction: definition and implications*. *Br J Addict*. 1990 nov;85(11):1403–8.

L'usage

Il est caractérisé par la consommation de substances psycho-actives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages.

Il inclut :

- la non-consommation
- la consommation socialement réglée
- la consommation à risques

L'usage à risques fait référence au fait que même une consommation apparemment socialement réglée est susceptible d'entraîner des dommages.

Le risque peut être aigu, situationnel (conduite automobile, d'engins, tâches professionnelles, grossesse) ou survenir au-delà d'une certaine quantité, sur le long terme (36).

L'usage nocif ou abus

L'usage nocif est le terme utilisé par l'OMS, repris dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10).

L'abus est la définition de l'association américaine de psychiatrie, reprise dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV).

L'usage nocif ou abus consiste en une relation pathologique au produit sans atteindre le niveau de la dépendance.

Il est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour les autres, la société (36).

La dépendance

L'OMS a défini la dépendance comme :

« Un état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de

36. Reynaud M, Parquet P-J, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives (rapport au directeur général de la santé)*. Paris: Odile Jacob; 2000.

comportements et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. »(11)

« L'impossibilité de s'abstenir de consommer », la dépendance, peut donc être physique et/ou psychique.

A noter que ces distinctions entre abus et dépendance sont susceptibles de disparaître avec l'avènement du DSM V au profit des « troubles liés à l'usage de substance » (44).

En conclusion, le rassemblement sous le terme de pratiques addictives permet un abord commun, plus objectif et comparatif des troubles.

Il permet de sortir du piège des vocables stigmatisants : alcoolisme, toxicomanie, à dominante essentiellement sociale pour s'appuyer sur des données scientifiques.

« Ce qui signe l'addiction, ce n'est pas le produit en lui-même mais l'utilisation qu'en fait le sujet » (36).

2.3 Conséquences du concept d'addiction sur l'offre de soins

Initialement, les dispositifs de soins spécialisés travaillaient de manière cloisonnée : on distinguait les Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA), les Centres Spécialisés de Soins en Toxicomanie (CSST) et les unités de coordination et de consultation en tabacologie.

11. Angel P, Richard D, Valleur M, Chagnard E. *Toxicomanies*. 2ème éd. Paris: Masson; 2005.

36. Reynaud M, Parquet P-J, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives (rapport au directeur général de la santé)*. Paris: Odile Jacob; 2000.

44. American Psychiatric Association. *DSM-V: proposed revisions. Substance Use Disorder. dsm5*. Disponible sur : <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=431#>

Il résultait de ce cloisonnement des dispositifs incapables de prendre en charge les patients de manière globale, les équipes se limitant le plus souvent au champ de compétences qui leur était assigné.

De plus, aucun des dispositifs spécialisés n'était conçu pour favoriser l'accès précoce car ils étaient essentiellement tournés vers les soins aux dépendants.

« Le dispositif spécialisé repose depuis longtemps sur deux principes : la désintoxication (sevrage) et la consolidation de l'abstinence (postcure) » (45).

Les conduites d'abus n'étaient donc pas prises en charge, la prévention se révélait insuffisante.

D'autres insuffisances étaient notées, à savoir l'absence de prise en compte des nouvelles toxicomanies, une grande carence médicale et un manque de formation des médecins (36).

Avec le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999 à 2001) mis en place par la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) présidée par Nicole Maestracci, une véritable impulsion politique est donnée en terme de développement d'un dispositif spécialisé de prévention et de soins en addictologie basé sur une approche globale des comportements de consommation (22), (46)

Pour ces raisons, une réflexion autour de la construction d'un seul et même dispositif de prévention et de soins en addictologie a donc vu le jour à partir des années 2000 afin de mieux répondre aux besoins des usagers.

22. Lejoyeux M. *Addictologie*. Paris: Elsevier Masson; 2008.

36. Reynaud M, Parquet P-J, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives (rapport au directeur général de la santé)*. Paris: Odile Jacob; 2000.

45. Bergeron H. *Dispositifs spécialisés alcool et toxicomanie santé publique et nouvelle politique publique des addictions: analyse sociologique du fonctionnement de quatre dispositifs départementaux de prévention des pratiques d'alcoolisation et de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool*. ofdt. 2001. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxhbh2.pdf>

46. *Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001)*. 1999.

Ce dispositif s'articule autour de 3 pôles complémentaires et intégrés dans des « réseaux addictions » :

- un pôle ville
- un pôle médico-social spécialisé représenté par les CSAPA (Centres de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) (47).
- un pôle hospitalier (22)

L'évolution se poursuit au-delà de la mise en place de structures communes par la création d'une formation complémentaire pour médecins spécialistes (le DESC ou Diplôme d'Etudes Complémentaires Spécialisés en addictologie), l'apparition de nouvelles associations et revues spécialisées, la constitution de la Fédération Française d'Addictologie (FFA), etc (22).

Dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, la politique de lutte contre les addictions marque encore un tournant car, pour la première fois, les addictions liées aux substances ou non se trouvent réunies au sein d'un même programme (48).

Ce bouleversement conceptuel permet le passage d'une réponse univoque à la dépendance, l'abstinence, à une réflexion plus large sur une politique de réduction des risques au niveau individuel, familial et social.

22. *Lejoyeux M. Addictologie. Paris: Elsevier Masson; 2008.*

47. *Ministère de la santé et des solidarités. Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.*

48. *Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Paris; 2007.*

3 La diffusion du concept de réduction des risques

3.1 Origines, définitions et principes

a. Origines

La réduction des risques s'est initialement développée en Europe, et principalement dans 2 villes, Amsterdam et Liverpool, où le nombre d'usagers de drogues était particulièrement élevé (49).

Aux Pays-Bas, les changements politiques vis-à-vis des drogues ont commencé dès les années 1970 avec une distinction faite entre les drogues à risque « inacceptable » et les drogues à faible risque (marijuana, haschisch) afin que les consommateurs de cannabis ne souffrent pas plus des poursuites pénales que de l'usage de la drogue en lui-même (49).

C'est à Amsterdam qu'est né en 1984 le premier programme d'échange de seringues sous l'impulsion du « junkiebond », une association d'usagers de « drogues dures » (49).

La Grande-Bretagne avait quant à elle adopté dans les années 1920, suite aux recommandations du Rolleston Committee, une attitude qui prônait le maintien d'un système de prescription médicale des substances illicites (49).

Le but était de réduire les conséquences négatives de l'usage chez les toxicomanes et de leur permettre de continuer à mener une vie sociale normale et d'éviter l'apparition d'un marché illicite (50).

Cette politique, dite de « British System », est pionnière d'une approche de médicalisation plutôt que de pénalisation des problèmes de toxicomanie. Tout

49. Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav.* 1996 déc;21(6):779–88.

50. Brisson P. *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.*; 1997.

médecin pouvait ainsi prescrire la drogue jugée nécessaire à ses patients toxicomanes (50).

Cette politique «médicale» a été appliquée avec succès jusqu'à la fin des années 1950, date à laquelle elle a été remise en cause (50).

Ces pratiques ont cependant été perpétuées dans le comté de Mersey.

En effet, au milieu des années 80, suite à un afflux d'héroïne bon marché, la région a vu son nombre d'usagers augmenter de manière significative. A cause de la menace que représentait le VIH pour cette population, une approche de réduction des risques s'est rapidement mise en place (51).

Les objectifs visaient à diminuer le partage du matériel d'injection, à diminuer la consommation de drogues dans la rue, à diminuer l'usage de drogues, et si possible à favoriser l'abstinence.

Les moyens utilisés étaient : l'échange de seringues, la prescription de méthadone, la sensibilisation, la délivrance d'informations, les services d'accès faciles (à « bas seuil »). C'est ce qu'on a appelé le « Mersey Harm Reduction Model » (51).

b. Définition

L'expression « réduction des risques » est une traduction approximative de l'expression anglaise « harm reduction » qui signifie au sens littéral réduction des préjudices, des dommages.

Au Québec, c'est le terme « méfaits » qui est utilisé et qui semble plus fidèle à l'esprit du terme de base « harm » (50).

La réduction des risques est un concept aux définitions multiples et aux limites floues et variées qui peut aller bien au-delà de la réduction du risque de contamination par le VIH.

50. *Brisson P. L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.; 1997.*

51. *Pat O. Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. International Journal of Drug Policy. 2007 mars;18(2):141-4.*

« Le concept de la réduction des risques recouvre une diversité de conceptions philosophiques et politiques et soulève de nombreux débats concernant la place de l'abstinence, de la morale et de la loi. Il a également évolué dans le temps, et les définitions peuvent varier selon les contextes d'application, et les conceptions juridiques, philosophiques, ou politiques. » (52)

La définition minimale de la réduction des risques proposée par Pierre Brisson est: « une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de leur usage, ce qui implique une attitude de tolérance à l'endroit de la consommation des drogues plutôt qu'une philosophie de l'abstention (ne pas commencer à en prendre) ou de l'abstinence (arrêter d'en prendre si on a débuté), philosophies traditionnellement soutenues par l'injonction pénale ou thérapeutique. » (50)

c. Principes de la réduction des risques

« La réduction des risques est une alternative de santé publique au modèle moral et au modèle de maladie » (49).

Elle se concentre sur les conséquences ou effets du comportement de consommation et non plus sur l'usage de drogues en lui-même.

Pragmatique, cette approche reconnaît que de nombreuses personnes consomment des drogues et qu'elles s'engagent bien souvent dans d'autres comportements à haut risque (49).

Contrairement au modèle moral et au modèle de maladie, l'abstinence totale n'est pas le seul objectif acceptable dans une démarche de réduction des risques.

49. Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav.* 1996 déc;21(6):779–88.

50. Brisson P. *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques.* Comité permanent de lutte à la toxicomanie.; 1997.

52. Inserm. *Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations. Expertise collective.* 2010.

Sur la base de valeurs humanistes, la décision de l'utilisateur est acceptée comme un fait et n'a pas à être jugée (50) .

« La réduction des risques n'est pas anti-abstinence » (49) : l'abstinence est considérée comme un résultat optimal mais d'autres alternatives visant à réduire les risques sont envisagées. L'abstinence n'est pas considérée comme un but mais un moyen parmi d'autres pour diminuer les conséquences négatives du comportement de consommation. Pour Marlatt, cette conception s'applique également à l'usage de drogues licites telles que le tabac et l'alcool (49).

La politique de réduction des risques est basée sur le vécu et les réflexions des usagers de drogues, véhiculés par les groupes d'auto-support (49). Une attention particulière est portée au mode de vie et aux comportements des usagers de drogues afin de leur proposer des mesures de santé publique adaptées à leur besoins, et non pas imposées de l'extérieur (53).

Cette approche favorise l'accès à des services à bas seuil d'exigence: l'abstinence n'est pas une condition requise pour accéder au traitement d'une addiction ou à un autre type d'aide (49).

En effet, il a été démontré que le premier facteur qui motive un usager à rechercher un traitement ou une aide quelle qu'elle soit est l'existence de conséquences problématiques ou de méfaits consécutifs à l'usage de drogues, et non l'usage en lui-même qui n'est pas forcément identifié comme un problème (49).

Ceci explique l'ambivalence des patients face à l'abstinence : ce ne sont pas les produits qui leur posent problème, ce sont les conséquences négatives associées à leur usage. L'objectif des services à bas seuil est de faciliter l'accès aux personnes éloignées des lieux de soins par la mise en place de dispositifs allant à la rencontre

49. Marlatt GA. *Harm reduction: come as you are. Addict Behav.* 1996 déc;21(6):779–88.

50. Brisson P. *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.*; 1997.

53. Jauffret-Roustide M. *Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française. Alcoologie et Addictologie.* 2011;33(2).

des usagers (ex : bus méthadone) et n'attendant pas qu'ils soient prêts à faire la démarche (52).

Faciliter l'accès aux soins et services permet ainsi d'augmenter les chances que les usagers entrent en traitement et permet d'aborder avec eux le problème des autres pratiques à haut risque que sont les pratiques sexuelles à risque, la conduite automobile sous l'influence de substances, les agressions, la violence...(49)

La psychothérapie de réduction des risques.

La notion de psychothérapie de réduction des risques est apparue en 1998 et a été définie par Tatarsky comme « des interventions psychologiques qui cherchent à réduire les méfaits associés à l'usage de substances sans avoir l'abstinence comme objectif initial » (54).

L'engagement en traitement est le premier objectif et l'abstinence n'est pas requise comme un préalable à la thérapie. La thérapie commence là où en est le patient.

Cette approche évite toute stigmatisation et toute généralisation et s'attache à reconnaître l'utilisateur comme une personne unique avec son mélange de forces, de vulnérabilités et de besoins. Une attention particulière est portée au respect et à la compréhension de l'avis de l'utilisateur et à sa définition du problème.

Il s'agit de rechercher et mobiliser les forces et motivations du patient au service du changement en développant une relation collaborative avec lui.

Les objectifs et stratégies émergent du processus thérapeutique et sont donc personnalisés (54).

Cette approche rejoint les pratiques de l'entretien motivationnel dont le but est d'augmenter la motivation du patient au changement (évolution dans les stades du cycle de Prochaska et Di Clemente).

49. Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav.* 1996 déc;21(6):779–88.

52. Inserm. *Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations. Expertise collective.* 2010.

54. Tatarsky A, Marlatt GA. State of the art in harm reduction psychotherapy: an emerging treatment for substance misuse. *J Clin Psychol.* 2010 févr;66(2):117–22.

Pour conclure, rappelons qu'aujourd'hui les principaux outils utilisés pour réduire les risques liés à l'usage de drogues chez les toxicomanes sont : l'échange de seringues, les traitements de substitution, la sensibilisation, la délivrance d'informations et les services d'accès faciles (à « bas seuil »).

D'autres pratiques, telles que les salles d'injections supervisées ou la délivrance contrôlée d'héroïne font encore débat aujourd'hui.

3.2 Application de la réduction des risques à la prise en charge du mésusage d'alcool

Les modes de traitements actuels sont encore principalement focalisés sur le traitement de l'alcoolodépendance avec pour corrélat l'abstinence comme seule réponse thérapeutique proposée.

Cependant, les nouvelles définitions cliniques concernant les pratiques addictives et la nouvelle organisation des soins promulguée par les différents « plans addictions » encouragent les acteurs du champ du soin en addictologie à prendre en charge toutes les pratiques addictives et à mieux repérer et traiter les pathologies à des stades précoces.

L'approche de réduction des risques offre des alternatives au traitement traditionnel dominant basé sur l'abstinence, comme par exemple les programmes basés sur la consommation contrôlée.

a. Les programmes de prévention basés sur la réduction des risques

Les interventions brèves dans les lieux de soins primaires

L'intervention brève est un conseil individualisé de prévention secondaire, délivré par un soignant, dont l'objectif est d'encourager le patient à envisager un changement de

comportement (55). L'enjeu est de faire régresser durablement les risques que prend l'individu en consommant de l'alcool. Ceci implique la mise en place, dans le cadre d'une politique de santé publique, d'un dispositif de repérage dans la sphère sanitaire : en médecine générale, aux urgences, en médecine du travail, dans les centres d'examens de santé...(56)

Le projet TrEAT (Trial for Early Alcohol Treatment) a montré son efficacité jusqu'à 4 ans après une intervention dans des lieux de soins primaires auprès de patients consommant de l'alcool en quantité supérieure à 14 verres pour les hommes et 11 verres pour les femmes, ou supérieure à 5 verres lors de plus de 3 occasions au cours du dernier mois (57).

L'intervention consistait en deux entretiens médicaux de 15 minutes et des entretiens infirmiers par téléphone de 5 minutes. Etaient exclus de l'étude les patients ayant reçu des soins au cours de l'année pour leur problème d'alcool, ceux qui avaient présenté un syndrome de sevrage, les femmes enceintes, les patients suicidaires.

On observait dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention une diminution significative et durable de la consommation hebdomadaire d'alcool, du nombre d'épisodes de binge drinking (consommation massive de boissons alcoolisées sur une courte période de temps), de la fréquence de la consommation excessive, un recours moins important aux systèmes de soins avec notamment une diminution du nombre de jours d'hospitalisation, un coût en terme de dépenses de santé moins important, et enfin un bénéfice aussi pour la société avec moins d'accidents de la voie publique et d'infractions comparé aux groupe contrôle (57).

55. *Société Française d'Alcoologie. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque - usage nocif. Alcoologie et Addictologie. 2003;25(4S):3S-5S.*

56. *Fleury B. Les conduites d'alcoolisation : du repérage précoce au réseau de prise en charge. John Libbey Eurotext; 2003.*

57. *Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2002 janv;26(1):36-43.*

De la même manière, les programmes de dépistage associés à une intervention brève dans les services de chirurgie pour les individus ayant une alcoolémie positive au moment de l'accident responsable du traumatisme ont montré leur efficacité en termes de diminution du risque de blessures ultérieures (58).

Les programmes de prévention primaire adressés aux adolescents et aux jeunes adultes

Nombreux sont les adolescents qui consomment de l'alcool et qui s'engagent dans des consommations excessives à risque.

Les programmes de prévention tels que le programme DARE (Drug Abuse Resistance Education), où l'accent est mis sur la tolérance zéro, se sont révélés contre-productifs (59).

A l'inverse, des programmes inspirés de l'approche de réduction des risques tels que le « Life Skills Training Program » (60) et le « Alcohol Misuse Prevention Study » (61) aux Etats-Unis, ou encore « the School Health and Alcohol Harm Reduction Project » en Australie (62) se sont montrés efficaces en terme de réduction de la consommation et de ses méfaits (59).

L'efficacité de tels programmes a aussi été démontrée dans les universités avec des améliorations significatives du comportement des étudiants vis-à-vis de la consommation d'alcool jusqu'à 4 ans après l'intervention (59).

58. Gentilello LM, Donovan DM, Dunn CW, Rivara FP. Alcohol interventions in trauma centers. Current practice and future directions. *JAMA*. 1995 oct 4;274(13):1043–8.

59. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav*. 2002 déc;27(6):867–86.

60. Botvin GJ. The Life Skills Training Program as a health promotion strategy: theoretical issues and empirical findings. *Special Services in the Schools*. 1985;1:9–23.

61. Dielman TE, Shope JT, Butchart AT, Campanelli PC. Prevention of adolescent alcohol misuse: an elementary school program. *J Pediatr Psychol*. 1986 juin;11(2):259–82.

62. McBride N, Midford R, Farrington F, Phillips M. Early results from a school alcohol harm minimization study: the School Health and Alcohol Harm Reduction Project. *Addiction*. 2000 juill;95(7):1021–42.

b. Les dispositifs favorisant l'accès aux soins

Les foyers d'hébergement

Proposer des services et un hébergement à des personnes sans abris qui consomment de l'alcool sans exiger l'abstinence relève d'une démarche de réduction des risques en facilitant le recrutement et l'engagement en traitement d'une plus grande proportion de patients que les programmes usuels parviennent rarement à atteindre (63) .

Une étude réalisée sur l'intérêt de ce type de services a mis en évidence que les individus logés sans exigence d'abstinence consommaient en moyenne moins d'alcool et présentaient moins d'ivresses aiguës que la population contrôle (sujets placés sur une liste d'attente) mais aussi que cela permettait une économie de 2449 dollars en moyenne par personne par mois en terme de dépenses sanitaires et sociales (64) .

« Les salles de consommation pour buveurs »

Ouvert depuis plus d'un an à Kiel, en Allemagne, le Sofa Bar a été conçu pour accueillir des personnes sans emploi consommatrices d'alcool.

Le but est d'éviter les troubles de l'ordre public qui peuvent survenir lors des ivresses aiguës et de faciliter le contact avec les services sociaux.

Devant le succès de cette structure, d'autres projets ont vu le jour dans différentes municipalités allemandes (65).

63. Logan DE, Marlatt GA. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol*. 2010 févr;66(2):201–14.

64. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA*. 2009 avr 1;301(13):1349–57.

65. Des salles de consommation pour buveurs? SWAPS. 2011 mai;(62).

Les programmes par internet

The Drinker's check-up, disponible sur www.drinkerscheckup.com, est un programme disponible sur internet inspiré des thérapies d'apprentissage de l'autocontrôle des comportements (BSCT : Behavioral Self-control Training) qui a montré son efficacité.

En effet, une étude portant sur des patients présentant une consommation problématique d'alcool a montré que les participants affectés au groupe « intervention par internet » évoluaient significativement mieux que les participants du groupe placebo (sujets placés sur une liste d'attente) avec une diminution de la quantité et la fréquence de leur consommation d'environ 50% et une réduction des problèmes en lien avec l'alcool à 12 mois de suivi (66).

Les approches de soutien communautaire

La méthode de soutien communautaire et de formation familiale ou méthode CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) présente un intérêt certain pour augmenter les chances d'engagement en traitement de la personne qui souffre d'un problème d'alcool. Elle s'appuie sur l'entourage proche de cette personne.

Les objectifs sont de faire en sorte que la personne réduise sa consommation, qu'elle s'engage dans un traitement et d'améliorer le bien-être de la personne ressource (67).

Cette méthode s'est montrée nettement supérieure à la thérapie par facilitation d'Al-Anon (dont le but est d'encourager le patient à s'engager dans un programme en 12 étapes des Alcooliques Anonymes) et à l'intervention du Johnson Institute basée sur la confrontation (67).

66. Hester RK, Squires DD, Delaney HD. *The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. Journal of Substance Abuse Treatment. 2005 mars;28(2):159-69.*

67. Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. *Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. J Consult Clin Psychol. 1999 oct;67(5):688-97.*

c. La consommation contrôlée d'alcool

Définition

« Reduced-risk drinking », « moderated drinking », « asymptomatic drinking » et « controlled drinking » sont autant de termes retrouvés dans la littérature anglo-saxonne pour désigner la consommation contrôlée qui fait débat depuis le début des années 1960 aux Etats-Unis (68).

Il n'y a toujours pas de définition communément admise pour la consommation contrôlée en tant qu'objectif thérapeutique et dans les études, il peut s'agir d'un contrôle en termes quantitatif (nombre de verres par jour ou par semaine) ou en termes d'absence de conséquences dommageables liées aux consommations ou encore d'une amélioration significative de la qualité de vie (69).

Rosenberg définit la consommation contrôlée comme un objectif « non-abstinent », pour des personnes qui ont eu une consommation problématique d'alcool, souvent défini en terme de quantité et de fréquence limitées, d'absence de conséquences négatives en lien avec la consommation d'alcool et d'un sens subjectif de maîtrise ou de contrôle sur la consommation (70).

Actuellement, on considère comme modérée une consommation d'alcool inférieure ou égale à 21 verres standard par semaine pour les hommes et 14 verres standard pour les femmes. De plus, la consommation par occasion doit être inférieure à 6 verres pour les hommes et 5 pour les femmes. Enfin, il ne doit pas être mis en évidence de dommages liés à cette consommation (71).

68. Janet A. A. *Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. Journal of Substance Abuse Treatment.* 2002 janv;22(1):45–53.

69. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. *Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. Alcohol Alcohol.* 2011 oct;46(5):586–91.

70. Rosenberg H., *Controlled Drinking. Encyclopedia of Psychotherapy . New York: Academic Press; 2002 p. 533–44. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0123430100000611>*

71. Gache P. *La consommation contrôlée d'alcool: enjeux et perspectives. Evaluation des programmes de consommation contrôlée. Dépendances.* 2007 avr;31.

La consommation contrôlée est-elle possible pour les patients présentant une dépendance à l'alcool ?

D'un côté, les défenseurs du modèle de maladie, du programme thérapeutique en 12 étapes, argumentent que les individus souffrant de cette pathologie vont inévitablement perdre le contrôle s'ils sont exposés à une prise d'alcool quelque soit la quantité. L'abstinence est ainsi vue comme la seule possibilité de stopper le développement de la maladie (72).

Le concept de consommation contrôlée menaçait donc une culture tout entière (73) basée sur la philosophie des Alcooliques Anonymes.

Les études en population générale

Dans des études effectuées en population générale, il a été montré que certains patients alcoolo-dépendants étaient capables de parvenir à une consommation contrôlée, que ce soit avec ou en l'absence de traitement.

L'étude de Dawson, basée sur les données d'une étude de cohorte nommée NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), a porté sur 4422 personnes qui présentaient les critères diagnostics du DSM IV pour une dépendance à l'alcool évoluant depuis plus d'un an.

Lorsqu'on examinait le statut de ces personnes lors des 12 derniers mois, on notait que :

- 25 % des sujets étaient toujours dépendants
- 27,3% étaient en rémission partielle (présence d'un ou plusieurs symptômes d'abus ou de dépendance à l'alcool sans qu'il y ait suffisamment de critères pour poser le diagnostic de dépendance)
- 11,8% présentaient une consommation asymptomatique à risque (absence de symptômes de dépendance ou d'abus, consommation dépassant 14 verres

72. *Hodgins D. Can patients with alcohol use disorders return to social drinking? Yes, so what should we do about it? Can J Psychiatry. 2005 avr;50(5):264-5.*

73. *Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. College and University Press New Haven Conn. Hillhouse Press, New Brunswick, N.J. USA; 1960.*

standards par semaine en moyenne ou 5 verres ou plus en une journée pour les hommes, et consommation de plus de 7 verres par semaine en moyenne ou 4 verres ou plus au cours d'une même journée pour les femmes)

- 17, 7% présentaient une consommation à faible risque (absence de symptômes d'abus ou de dépendance et absence des critères relevant d'une consommation à risque)

- 18,2% étaient abstinents

Les auteurs considéraient que 35,9% des sujets présentaient une rémission complète (abstinence ou consommation à faible risque). En outre, l'étude montrait que 24,4% des patients avaient atteint la rémission complète sans traitement, et que pour 20,6% des patients, cette rémission durait depuis plus de 5 ans (74).

A noter que l'étude présentait des limites manifestes, à savoir: des erreurs de remémoration et liées à l'auto-évaluation, une surestimation du diagnostic de dépendance et des taux de rémission, des traitements variés allant du conseil d'un prêtre à la consultation psychiatrique.

Une seconde étude, réalisée 3 ans plus tard sur 1772 des 2109 sujets en rémission lors de la première étude, montraient qu'une rechute (réapparition de critères diagnostics d'alcoolodépendance) était survenue chez 51% des usagers à risque, chez 27% des sujets qui présentaient une consommation à faible risque et chez 7,3% des sujets abstinents.

Ainsi, même si les auteurs concluent que « l'abstinence représente la forme la plus stable de rémission », il est intéressant de remarquer qu'une très grande majorité des personnes présentant une consommation à faible risque en 2001-2002 n'avait pas rechuté à 3 ans (75).

Les études de patients en traitement

Des études de patients dépendants en traitement ont également démontré la possibilité d'une consommation contrôlée, et ce, non sans déclencher de vives

74. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*. 2005 mars;100(3):281-92.

75. Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2007 déc;31(12):2036-45.

réactions de la part du monde médical.

En 1961, Davies a publié une étude portant sur 93 patients qui étaient sortis au minimum 6 ans plus tôt du Maudsley Hospital à Londres où ils avaient été traités pour leur addiction à l'alcool. Le traitement comprenait disulfiram, entretiens individuels, et soutien social durant un séjour de 2 à 5 mois.

Davies a mis en évidence que 7 patients sur les 93 sont parvenus à une consommation « normale » (définie comme une consommation ne dépassant jamais les limites admises au sein de leur groupe culturel respectif) pendant une durée allant de 7 à 11 ans et qu'aucun n'a présenté d'ivresse durant cette période.

Ces 7 sujets présentaient pourtant une histoire de consommation hautement évocatrice d'alcoolodépendance au moment de leur admission à l'hôpital.

L'auteur souligne que 4 des 7 sujets avaient suivi le conseil qui leur avait été donné de renoncer à leur profession qui les exposait à de nombreuses occasions de consommer (76).

En 1976, le Rand Report a présenté une étude longitudinale sur un échantillon national de patients alcoolodépendants traités dans un objectif d'abstinence.

A 4 ans, 18% des patients présentaient une consommation non problématique définie comme une consommation n'entraînant ni dépendance ni dommage sanitaire ou social.

Parmi eux, la moitié consommait moins de 4 verres d'alcool par jour (77).

Enfin, une étude européenne, effectuée en Catalogne sur un échantillon initial de 850 patients alcoolodépendants ayant bénéficié d'un programme thérapeutique basé sur l'abstinence, mène aux mêmes conclusions.

23% des patients qui présentaient une consommation modérée à 5 ans étaient toujours capables de maîtriser leur consommation à 10 ans et, parmi eux, 10 %

76. Davies DL. Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Q J Stud Alcohol*. 1962 mars;23:94–104.

77. Polich JM, Armor DJ, Braiker HB. Patterns of alcoholism over four years. *J. Stud. Alcohol*. 1980 mai;41(5):397–416. 78. Gual A, Bravo F, Lligona A. Treatment for alcohol dependence in Catalonia : Health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol and alcoholism* 2009 jul-aug : 44(4):409-415

maintenaient ce mode de consommation à 20 ans (78).

La consommation maîtrisée est donc possible pour un certain pourcentage de patients alcoolodépendants et peut perdurer sur le long terme.

Les études d'évaluation thérapeutique incluant des objectifs de consommation contrôlée

L'idée de considérer la consommation contrôlée comme un objectif thérapeutique a déclenché de vives polémiques, depuis la recherche pionnière de Mark et Linda Sobell en 1973 (79), dont les résultats ont été sévèrement remis en cause (80), jusqu'à aujourd'hui.

L'étude des Sobell portait sur 70 sujets de sexe masculin, hospitalisés pour prise en charge d'une dépendance à l'alcool (alcoolisme gamma selon la classification de Jellinek).

30 sujets ont été assignés à un objectif d'abstinence et les 40 autres à un objectif de consommation contrôlée. Puis, les sujets ont été affectés au hasard à un groupe bénéficiant d'un traitement expérimental comprenant 17 sessions thérapeutiques, basées sur une thérapie comportementale individualisée, ou à un groupe contrôle bénéficiant d'un programme thérapeutique conventionnel (orienté vers l'abstinence). Les résultats à l'issue de la première année avaient montré que les sujets appartenant au groupe expérimental évoluaient mieux (en termes de consommation quotidienne d'alcool, d'évaluation globale, de statut professionnel,..) que les sujets du groupe contrôle, indépendamment de l'objectif.

A l'issue de la deuxième année, les sujets ayant bénéficié de la thérapie comportementale individualisée avec pour objectif la consommation contrôlée

78. Gual A, Bravo F, Lligona A. Treatment for alcohol dependence in Catalonia : Health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol and alcoholism* 2009 jul-aug : 44(4):409-415

79. Sobell MB, Sobell LC. Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome. *Behav Res Ther.* 1973 nov;11(4):599-618.

80. Pendery ML, Maltzman IM, West LJ. Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science.* 1982 jul 9;217(4555):169-75.

fonctionnaient significativement mieux que les sujets du groupe contrôle (traitement conventionnel basé sur l'abstinence) affectés au même objectif et présentaient l'évolution la plus favorable des 4 groupes (81).

Ainsi, les résultats montrent qu'avec un objectif de consommation contrôlée, on peut aboutir à de meilleurs résultats qu'avec un objectif d'abstinence.

Dans une autre étude, portant sur 140 sujets présentant une consommation problématique d'alcool, Miller a montré lui aussi la possibilité pour un petit nombre de patients de parvenir à une consommation modérée (82).

Le traitement consistait en des séances basées sur l'apprentissage de l'autocontrôle comportemental (behavioral self-control training) avec pour objectif une consommation maîtrisée (définie comme une consommation d'alcool sans aucun signe d'abus ni de dépendance sur les 12 derniers mois).

A noter que les sujets rapportant un antécédent de syndrome de sevrage sévère ou présentant des contre-indications médicales à une consommation modérée étaient exclus.

Les résultats montraient que tous les patients présentaient à l'inclusion les critères d'abus d'alcool et que la moitié d'entre eux était alcoolodépendant selon les critères du DSM III. Sur les 140 patients, 99 ont été suivis jusqu'à 8 ans.

A l'issue de l'étude à 8 ans, sur l'ensemble des patients (abuseurs et dépendants), 23 patients étaient abstinents et 14 patients présentaient une consommation modérée.

Parmi les patients qui avaient été diagnostiqués alcoolodépendants 8 ans plus tôt, 10 sujets présentaient une consommation contrôlée d'alcool.

Pour l'auteur, les patients qui échouent à maintenir une consommation maîtrisée entre le 3^{ème} et le 12^{ème} mois doivent être fortement incités à changer d'objectif en faveur de l'abstinence car un échec dans la réalisation de la maîtrise de la consommation durant la première année de suivi était un indicateur d'échec à long terme (82).

81. Sobell MB, Sobell LC. Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: results. *Behav Res Ther.* 1976;14(3):195-215.

82. Miller WR, Leckman AL, Delaney HD, Tinkcom M. Long-term follow-up of behavioral self-control training. *J. Stud. Alcohol.* 1992 mai;53(3):249-61.

A qui s'adresse la consommation contrôlée ?

Les sujets qui choisissent la consommation contrôlée comme objectif sont souvent plus jeunes, consomment des quantités moins importantes, ont une histoire personnelle de consommations d'alcool moins lourde, sont moins susceptibles d'avoir des antécédents familiaux d'usage nocif ou de dépendance à l'alcool et d'avoir fréquenté les Alcooliques Anonymes (68).

Les caractéristiques des individus qui sont les plus susceptibles de réussir à contrôler leur consommation sont les suivantes:

- un degré de dépendance faible,
- une confiance dans sa capacité à atteindre un tel objectif,
- une perte de contrôle peu importante, et, à un moindre degré,
- ne pas avoir été traité antérieurement pour un trouble lié à l'usage d'alcool,
- ne pas avoir participé aux réunions des Alcooliques Anonymes,
- une stabilité sociale et psychologique,
- un jeune âge,
- avoir un emploi,
- être une femme (83).

Si aucun des critères précédents n'est ni nécessaire ni suffisant pour prédire avec certitude la réussite pour une personne à contrôler sa consommation (72), l'association entre la sévérité de la dépendance et la réussite à atteindre une consommation contrôlée, de même que l'association entre la confiance en sa capacité à atteindre un tel objectif et la réussite à cet objectif sont soulignées de

68. Janet A. A. *Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. Journal of Substance Abuse Treatment. 2002 janv;22(1):45-53.*

72. Hodgins D. *Can patients with alcohol use disorders return to social drinking? Yes, so what should we do about it? Can J Psychiatry. 2005 avr;50(5):264-5.*

83. El-Guebaly N. *Are attempts at moderate drinking by patients with alcohol dependency a form of Russian roulette? Can J Psychiatry. 2005 avr;50(5):266-8.*

longue date (84,85).

Il existe des contre-indications à la consommation contrôlée qui sont :

- le patient ne souhaite pas maîtriser sa consommation
- existence d'une pathologie médicale ou d'un trouble psychologique qui risquent d'être aggravés par la poursuite de la consommation
- traitement médicamenteux contre-indiqué avec l'alcool
- antécédent de tentatives répétées de maîtrise de la consommation qui ont échoué
- antécédent de syndrome de sevrage sévère
- grossesse
- allaitement (68)

Quel est l'intérêt de proposer la consommation contrôlée comme objectif thérapeutique?

Les nombreuses études portant sur la consommation contrôlée en tant qu'objectif thérapeutique comportent souvent des biais (biais de sélection, durée de suivi relativement courte, petits échantillons, nombre important de perdus de vue) et les études comparant l'efficacité de l'abstinence et de la consommation contrôlée ont abouti à des résultats divers.

Janet A. Ambrogne dans sa revue de littérature sur le sujet nous invite donc à interpréter leurs résultats avec prudence (68).

Néanmoins, l'auteur conclut qu'il existe des preuves empiriques attestant que la consommation contrôlée est une option valable pour certains consommateurs à problèmes et certains patients dépendants.

68. Janet A. A. *Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. Journal of Substance Abuse Treatment. 2002 janv;22(1):45-53.*

84. Orford J, Keddle A. *Abstinence or controlled drinking in clinical practice: indications at initial assessment. Addict Behav. 1986;11(2):71-86.*

85. Rosenberg H. *Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. Psychol Bull. 1993 janv;113(1):129-39.*

Plusieurs études ne retrouvent pas de différence significative d'efficacité entre les programmes dirigés sur l'abstinence et ceux orientés vers la consommation contrôlée (68).

En revanche, il semble que les patients à qui on laisse le choix de leur objectif thérapeutique évoluent de façon plus favorable que ceux à qui on assigne un objectif d'abstinence ou de consommation contrôlée (68).

Donner le choix de l'objectif permettrait ainsi d'augmenter la motivation à changer et de faciliter le changement (59).

De plus, les objectifs des patients sont susceptibles d'évoluer au cours du suivi dès lors qu'on leur laisse le choix et les résultats à long terme s'en trouvent améliorés.

Sur 106 sujets alcooliques chroniques à qui on a laissé le choix de l'objectif et la possibilité d'en changer dans une étude réalisée en 1977, 46,2% des sujets ont choisi initialement l'abstinence contre 44,3% la consommation contrôlée et on notait 9,5% d'indécis. Les sujets bénéficiaient d'un traitement comportemental destiné à augmenter leurs compétences pour décider de l'objectif le mieux adapté à leur état clinique. A la 4^{ème} semaine, la plupart des patients (89%) qui avaient fait le choix de l'abstinence ont gardé ce choix contre seulement la moitié de ceux qui avaient opté pour la consommation contrôlée, qui a finalement privilégié l'abstinence. La thérapie peut donc aider ces patients à choisir un objectif réalisable (86).

On estime que seulement 10 % des individus présentant un trouble lié à l'utilisation d'alcool suivent un traitement (72).

En effet, il a été démontré qu'un nombre important de personnes qui désireraient être aidées ne veulent pas accepter l'étiquette « alcoolique » et même celle de

59. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav.* 2002 déc;27(6):867–86.

68. Janet A. A. Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2002 janv;22(1):45–53.

72. Hodgins D. Can patients with alcohol use disorders return to social drinking? Yes, so what should we do about it? *Can J Psychiatry.* 2005 avr;50(5):264–5.

86. Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R. Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addict Behav.* 1997 avr;22(2):247–55.

« consommateur à problème » et les attentes d'abstinence généralement associées à ces conceptions (68,87). Par conséquent, ne trouvant pas de réponse acceptable à leur problème, ces patients tournent le dos au système de soin classique, quand ils ne sont pas rejetés par celui-ci.

Offrir une variété de modes d'interventions, dont des programmes de consommation contrôlée, est donc susceptible d'attirer et d'engager un nombre plus important de personnes en traitement qu'avec le traitement classique et permet de répondre à des pathologies aux degrés de sévérité variés (68, 72).

De plus, les patients sont plus susceptibles de rester engagés dans le traitement s'ils ont à leur disposition plus d'une option thérapeutique et si on leur laisse un certain degré de responsabilité et de contrôle sur la décision thérapeutique.

Cette démarche permet aussi bien souvent d'obtenir comme résultat une diminution des consommations chez ceux qui rejetaient l'abstinence totale.

Un patient qui rechute après avoir tenté de maîtriser sa consommation sera aussi plus enclin à accepter un objectif d'abstinence (68).

Enfin, proposer des objectifs d'abstinence et de consommation contrôlée démontre une volonté de travailler avec les patients et de mettre à disposition un traitement personnalisé plutôt que d'imposer un objectif standard (68).

Les patients ont d'ailleurs tendance à choisir finalement l'objectif qui correspond le mieux à la sévérité de leur situation (88).

« La consommation contrôlée permet aux personnes dépendantes de formuler des objectifs en accord avec leurs ressources du moment. Le sentiment de maîtrise et d'autonomie est alors renforcé, tout comme la qualité du lien thérapeutique » (89).

68. Janet A. A. *Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. Journal of Substance Abuse Treatment.* 2002 janv;22(1):45–53.

72. Hodgins D. *Can patients with alcohol use disorders return to social drinking? Yes, so what should we do about it? Can J Psychiatry.* 2005 avr;50(5):264–5.

87. Witkiewitz K, Alan Marlatt G. *Overview of harm reduction treatments for alcohol problems. International Journal of Drug Policy.* 2006 juill;17(4):285–94.

88. Humphreys K. *Alcohol & drug abuse: A research-based analysis of the Moderation Management controversy. Psychiatr Serv.* 2003 mai;54(5):621–2.

89. Albrecht A, Daepfen J-B. *La consommation contrôlée d'alcool : enjeux et perspectives. La consommation contrôlée dans la prise en charge des dépendances à l'alcool. Dépendances.* 31.

Au niveau somatique, l'intérêt de la consommation contrôlée est d'obtenir une diminution des dommages somatiques par le biais d'une diminution globale de la consommation. En effet, il existe des preuves scientifiques d'une relation dose-dépendante entre le niveau de consommation d'alcool et le risque de survenue de dommages tels que cirrhose, cancers du foie, de l'oropharynx et du larynx, de l'œsophage, du rectum, du sein, hypertension artérielle et accidents vasculaires cérébraux (90).

De plus, un risque accru de pathologies cardiaques (troubles du rythme, cardiomyopathie, infarctus léthal) est associé à une consommation importante d'alcool alors qu'à l'inverse, un effet protecteur de la consommation d'alcool était retrouvé sur le risque de maladies coronariennes pour une dose inférieure à 10 g d'alcool par jour. Dans certaines études, la mortalité des abstinents était même supérieure à celles des consommateurs modérés (90).

Ainsi, la consommation contrôlée pourrait être un objectif thérapeutique en soi, une étape vers l'abstinence ou représenter un moyen de réduire les méfaits liés à la consommation (91).

Certains auteurs, comme J.B. Daepfen, pensent que les réponses doivent être personnalisées (92), que selon les patients et selon leur problématique, l'abstinence sera une réponse adaptée à certaines personnes et la consommation contrôlée pour d'autres (91).

Quels sont les obstacles à proposer la consommation contrôlée ?

En France, la consommation contrôlée est considérée comme un objectif acceptable par seulement 48,6% des membres de la SFA (Société Française d'Alcoologie)

90. Anderson P, Cremona A, Paton A, Turner C, Wallace P. *The risk of alcohol. Addiction.* 1993 nov;88(11):1493–508.

91. Albrecht A, Daepfen J-B. *Consommation contrôlée d'alcool chez le patient dépendant. Revue médicale suisse.* 2007 juill;(3):1670–2.

92. Daepfen J-B. *Vers une personnalisation du traitement de la dépendance à l'alcool. Revue médicale suisse.* 2011 juill 13; Volume 302(26):1443–1443.

ayant répondu à un questionnaire anonyme envoyé par internet (69).

Cependant, 61,9% des participants à l'enquête déclarent pratiquer des traitements ayant pour objectif la consommation contrôlée pour certains de leurs patients (69).

La consommation contrôlée fait débat en ce sens qu'elle va à l'encontre de la définition de l'alcoolodépendance selon les modèles moraux et de maladie qui dominant depuis les années 30 (59).

Or, la perception des soignants est souvent forgée par des années d'expérience dans des services qui prônent l'abstinence comme seul objectif thérapeutique (69).

Un autre élément participant à la difficulté de proposer la consommation contrôlée est l'absence de critères permettant de prédire avec certitude la réussite d'un programme de consommation contrôlée.

La réticence des praticiens pourrait s'expliquer aussi par le manque d'évaluation de ces pratiques et de recommandations.

D'une part, les objectifs qui doivent être utilisés dans les études sur le traitement de l'alcoolodépendance ne font malheureusement pas consensus (69).

Si on tente d'évaluer l'efficacité de la consommation contrôlée, il n'est pas possible de réfléchir en terme de survenue d'une rechute, telle qu'elle a été définie par l'OMS en 1994 (« retour à une consommation d'alcool après une période d'abstinence, souvent accompagné de la réinstauration des symptômes de dépendance ») (93).

D'autre part, si de nombreuses études démontrent l'efficacité de la réduction des risques chez les usagers de drogues intraveineuses en termes de diminution du

59. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav.* 2002 déc;27(6):867–86.

69. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol Alcohol.* 2011 oct;46(5):586–91.

93. WHO | Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization . WHO. Disponible sur : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

risque de transmission du VIH (94), il est beaucoup plus difficile de prouver l'efficacité de la consommation contrôlée d'alcool en termes de réduction des risques sanitaires et sociaux.

En effet, les risques encourus par les consommateurs d'alcool sont divers (sanitaires, sociaux, économiques), nombreux, et différent selon qu'il s'agit de risques liés à une intoxication aiguë ou chronique.

On peut donc penser qu'il est difficile d'évaluer l'impact de la consommation contrôlée sur chacun des risques que la consommation d'alcool peut engendrer, d'autant plus que l'impact d'une consommation contrôlée concernant les effets chroniques de l'alcool serait à évaluer au cours d'études longitudinales avec des suivis de longue durée.

A titre d'exemple, l'étude catalane citée plus haut retrouve des taux de mortalité significativement plus bas à 10 et 20 ans chez les sujets abstinents et les patients qui maîtrisent leur consommation comparés aux patients dont la consommation d'alcool reste élevée (78).

Des bénéfices significatifs de ces deux modes de consommation (abstinence et consommation maîtrisée) en termes de stress psychosocial et de fonctionnement social sont également relevés à 20 ans.

En revanche, aucune différence significative entre les trois groupes n'est mise en évidence en ce qui concerne la morbidité, le nombre d'hospitalisations et le nombre de passages aux urgences des patients (78).

Les propositions

En 2001, la NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) a déterminé un critère sentinelle correspondant au pourcentage de jours de consommation massive (« percentage of heavy drinking days ») définie par 5 verres ou plus pour les

78. Gual A, Bravo F, Lligona A. Treatment for alcohol dependence in Catalonia : Health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol and alcoholism* 2009 jul-aug : 44(4):409-415

94. Emmanuelli J, Institut de Veilles Sanitaires. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques, SIAMOIS (Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et de Substitution). Saint-Maurice; 2000.

hommes et 4 verres ou plus pour les femmes (95).

D'un autre côté, l'EMA (European Medicines Agency) a récemment défini 2 critères d'évaluation primaire pour évaluer l'efficacité des traitements dans l'alcoolodépendance.

L'EMA propose que 2 types d'études soient conduites :

- des études de prévention de la rechute avec un objectif d'abstinence totale
- des études de réduction des risques pour les sujets qui ont pour objectif, dans un premier temps, de réduire significativement leur consommation.

Dans le second type d'études, il s'agit bien d'évaluer un objectif intermédiaire, la réduction de la consommation n'étant donc pas considérée ici comme un objectif final.

L'efficacité devrait alors être jugée, selon les recommandations de l'EMA, sur les changements survenus dans la consommation d'alcool (quantité d'alcool pur en grammes par jour en moyenne sur un mois) et sur la réduction du nombre de jours de consommation massive (plus de 60 g d'alcool pur par jour pour un homme et plus de 40 g d'alcool pur par jour pour une femme) car elle engendre des risques spécifiques (96).

Enfin, les recommandations pour les praticiens qui proposent une démarche de consommation contrôlée devraient inclure:

- des paramètres clairs définissant la consommation contrôlée
- un consensus sur ce qu'est un verre standard
- un plan d'intervention clair
- des stratégies pour négocier les objectifs avec les patients (68).

68. Janet A. A. *Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. Journal of Substance Abuse Treatment. 2002 janv;22(1):45-53.*

95. Allen JP. *Measuring outcome in interventions for alcohol dependence and problem drinking: executive summary of a conference sponsored by the national institute on alcohol abuse and alcoholism. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2003 oct;27(10):1657-60.*

96. EMA. *Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence. 2010. Disponible sur : http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/scientific_guideline/2010/03/WC500074898.pdf.*

Les moyens disponibles pour aider les patients à maîtriser leur consommation

Si l'on souhaite proposer un objectif de consommation contrôlée aux patients, outre des recommandations et des méthodes d'évaluations, il faut disposer d'outils adaptés. Les dispositifs classiques (cure de sevrage, mouvement des Alcooliques Anonymes, traitement aversif type Espéral® ...) ne conviennent pas pour aider les patients à atteindre un objectif de consommation à faible risque puisqu'ils visent à atteindre l'abstinence.

Concernant les patients qui refusent l'abstinence malgré la présence d'une ou plusieurs des contre-indications précédemment énoncées, le praticien doit tenter de mieux comprendre les fondements des réticences du patient (manque de confiance en sa capacité à arrêter, moment inadéquat,...)

Miller et Page proposent 2 schémas thérapeutiques :

- l'un consiste à passer un contrat avec le patient pour qu'il expérimente l'abstinence pendant une durée de 3 mois avec à ce terme la possibilité de reprendre la consommation sur le mode antérieur.
- dans l'autre approche, on propose une période d'essai de consommation contrôlée, étant entendu que si la personne ne respecte pas le contrat, elle devra envisager l'abstinence (97).

Interventions thérapeutiques comportementales avec objectif de consommation contrôlée

L'apprentissage de l'autocontrôle comportemental (BSCT : Behavioral Self-control Training) est la stratégie la plus étudiée et qui s'est montrée supérieure à l'absence d'interventions et à d'autres interventions orientées vers la modération (98).

C'est une thérapie comportementaliste qui comprend : l'auto-surveillance des quantités et fréquences de consommation et des envies de boire, l'analyse fonctionnelle des envies et décisions de boire, la détermination d'objectifs

97. Miller WR, Page AC. Warm turkey: other routes to abstinence. *J Subst Abuse Treat.* 1991;8(4):227–32.

98. Glenn D. W. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy.* 2000 Winter;31(1):135–49.

spécifiques, des techniques pour ne pas consommer, des récompenses pour certains comportements (basées sur des contrats), et des stratégies de prévention de la rechute.

L'apprentissage de l'autocontrôle des comportements semblerait plus efficace que les interventions basées sur l'abstinence mais les résultats ne sont pas significatifs (98).

Une version en ligne est disponible sur www.drinkerscheckup.com et a été développée plus haut (66).

Plusieurs études ont aussi montré l'efficacité de l'exposition aux stimuli orientée vers la modération (MOCE : Moderation Oriented Cue Exposure).

C'est une intervention comportementaliste basée sur le principe du conditionnement : elle consiste en l'exposition à des stimuli reliés antérieurement à une consommation d'alcool en ne donnant pas la possibilité de boire, afin de rendre de moins en moins forte l'association entre les stimuli et la consommation d'alcool en réponse à ces stimuli (87).

L'auto-changement guidé (GSC : Guided Self-Change), développé par les Sobell, est un type d'intervention brève destinée à aider les patients à identifier leurs points forts et à les motiver (87).

Les thérapies comportementales de couple mettent l'accent sur les relations interpersonnelles qui maintiennent les comportements problématiques d'alcoolisation. Le patient et un de ses proches participent alors au traitement.

Si de nombreuses études se sont focalisées sur l'efficacité de cette thérapie avec pour objectif l'abstinence, il a aussi été démontré la pertinence de celle-ci avec des objectifs de modération (87).

66. Hester RK, Squires DD, Delaney HD. *The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. Journal of Substance Abuse Treatment. 2005 mars;28(2):159-69.*

87. Witkiewitz K, Alan Marlatt G. *Overview of harm reduction treatments for alcohol problems. International Journal of Drug Policy. 2006 juill;17(4):285-94.*

98. Glenn D. W. *Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. Behavior Therapy. 2000 Winter;31(1):135-49.*

La prévention de la rechute basée sur la méditation pleine conscience (MBRP : Mindfulness-Based Relapse Prevention) semble aussi présenter un intérêt (87).

Le programme alcochoix +

C'est un programme canadien qui a également été adapté à la Suisse Romande par le GREA (Groupement Romand d'Etudes des Addictions).

Il a pour objectif de redonner confiance aux personnes dans leur capacité à contrôler leur consommation d'alcool, de diminuer les risques liés à la consommation et de motiver la personne dans le but d'améliorer sa qualité de vie (99).

Il s'appuie sur les théories humanistes de Carl Rogers, l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick, les thérapies cognitivo-comportementalistes et l'approche de réduction des méfaits. Ce programme n'est pas destiné aux personnes présentant une dépendance sévère et les patients doivent en être avertis (99).

Il existe une formule autonome, une formule guidée par un intervenant et une formule de groupe (100).

Les méthodes utilisées sont :

- auto-observation de la consommation d'alcool
- établissement d'un objectif spécifique
- identification des situations à haut risque
- découverte et mise en place de stratégies pour réduire et éviter la consommation
- découverte et mise en place de stratégies d'adaptation autres que la consommation
- recadrage lors des moments de défaillance
- auto-renforcement pour l'atteinte de l'objectif (99).

Les mouvements d'entraide de « moderation management »

A la différence du mouvement des « Alcooliques Anonymes », certainement le plus connu et le plus répandu dans le monde, les groupes de « moderation

87. Witkiewitz K, Alan Marlatt G. Overview of harm reduction treatments for alcohol problems. *International Journal of Drug Policy*. 2006 juill;17(4):285–94.

99. La consommation contrôlée: un concept inédit? *Forums addictions. romandieaddiction*. 2008. Disponible sur : http://www.romandieaddiction.ch/pdf/Actu/2009/Actes_cc_2008.pdf

100. Programme Alcochoix+. Disponible sur : http://dependances.gouv.qc.ca/index.php?alcochoix_accueil

management», principalement développés aux Etats-Unis, proposent une alternative à l'abstinence.

En effet, le programme permet, après une période d'abstinence de 30 jours, de choisir entre l'abstinence et la consommation contrôlée, et une aide pour améliorer ses compétences en matière de modération de ses consommations.

L'objectif est d'aider la personne à identifier ses difficultés et à trouver la solution la plus adaptée pour y faire face, et de lui proposer un soutien adéquat par le biais de groupes ou d'aide en ligne (101).

Cette approche se montre particulièrement attractive pour des individus instruits, appartenant à la classe moyenne, pour les femmes présentant des consommations problématiques d'alcool, et les personnes qui ont une préférence pour l'aide en ligne (102).

Les membres du « Moderation Management » présentent, comparés aux membres des Alcooliques Anonymes, des symptômes d'alcool-dépendance moins sévères, moins de problèmes induits par l'alcool et une fréquence de consommation moins élevée avant leur adhésion à leur association respective (88).

De plus, les participants au « Moderation Management » sont plus susceptibles d'être de sexe féminin (49%), jeunes (24% ont moins de 35 ans) et titulaires d'un emploi (81%) que ne le sont les membres des Alcooliques Anonymes (88).

Dans la mesure où les membres de ce groupe d'entraide exprimaient souvent des sentiments négatifs vis-à-vis des « Alcooliques Anonymes », Humphreys soutient que la plupart des participants n'auraient probablement pas cherché d'aide auprès des groupes orientés vers l'abstinence si le « Moderation Management » n'avait pas existé (88).

En effet, 77% des membres du « Moderation Management » n'auraient jamais participé à un programme thérapeutique professionnel (88).

88. Humphreys K. *Alcohol & drug abuse: A research-based analysis of the Moderation Management controversy. Psychiatr Serv.* 2003 mai;54(5):621-2.

101. Moderation Management. *Concerned about your drinking? . Disponible sur : <http://www.moderation.org/>*

102. Ana K. *The Moderation Management programme in 2004: What type of drinker seeks controlled drinking? International Journal of Drug Policy.* 2006 juill;17(4):295-303.

Les traitements pharmacologiques

Avec le développement de nouvelles molécules, les chances de parvenir à une consommation contrôlée sont majorées (87).

Les médicaments anti-craving (craving : envie irrésistible de consommer)

La naltrexone (Révia®) bloque les récepteurs des opiacés de type μ (42). L'intérêt de ce traitement est de diminuer les effets renforçants de l'alcool et donc de diminuer la réponse comportementale consistant en une consommation massive et répétée.

L'efficacité de la naltrexone a été prouvée en termes de diminution du nombre de rechutes de consommation massive et de maintien de l'abstinence (103).

Parmi les patients qui continuent à consommer au cours du traitement, ceux qui bénéficient d'un traitement par naltrexone présenteraient une réduction du nombre de jours de consommation massive à partir du deuxième mois d'utilisation. Ce traitement pourrait donc être intéressant pour les patients ayant pour objectif une consommation maîtrisée (104).

Une forme injectable d'action prolongée existe, elle semble bien tolérée et efficace, avec une diminution significative du nombre de jours de consommation massive par rapport au placebo, mais elle est peu utilisée (105).

-
42. Stahl S-M. *Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques*. 2ème éd. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2010.
 87. Witkiewitz K, Alan Marlatt G. Overview of harm reduction treatments for alcohol problems. *International Journal of Drug Policy*. 2006 juill;17(4):285–94.
 103. Streeon C, Whelan G. Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Alcohol Alcohol*. 2001 déc;36(6):544–52.
 104. Ray LA, Krull JL, Leggio L. The Effects of Naltrexone Among Alcohol Non-Abstainers: Results from the COMBINE Study. *Front Psychiatry*. 2010;1:26.
 105. Garbutt JC, Kranzler HR, O'Malley SS, Gastfriend DR, Pettinati HM, Silverman BL, et al. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 avr 6;293(13):1617–25.

L'efficacité d'un autre antagoniste aux opiacés, le nalmefène, a été suggéré également en termes de prévention des rechutes et de diminution des consommations (106). Le nalmefène pourrait également avoir un intérêt en prises ponctuelles pour réduire les fortes consommations d'alcool, comme l'a montré une étude portant sur des patients présentant des difficultés à contrôler leur consommation à qui l'on a proposé la prise de ce traitement à la demande (c'est-à-dire lorsque la consommation d'alcool était imminente) (107).

Le baclofène (Lioresal®) est un agoniste des récepteurs GABA_B commercialisé depuis 1974 et utilisé en neurologie pour traiter les contractures spastiques de la sclérose en plaque, des affections médullaires (chez les patients paraplégiques par exemple) ou d'origine cérébrale.

Ce médicament possède l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans ces indications à la posologie maximale de 75 mg par jour mais des doses nettement supérieures sont prescrites de longue date en neurologie (108) .

Cette thérapeutique connaît un regain d'intérêt depuis plusieurs années dans le traitement de l'alcoolodépendance dans la mesure où, utilisée à haute dose, elle supprimerait le craving dans les addictions, là où les autres molécules ne permettent qu'une diminution de celui-ci (109). Olivier Ameisen, cardiologue lui-même alcoolodépendant, a participé grandement à la popularité du baclofène (110).

106. Mason BJ, Ritvo EC, Morgan RO, Salvato FR, Goldberg G, Welch B, et al. A double-blind, placebo-controlled pilot study to evaluate the efficacy and safety of oral nalmefene HCl for alcohol dependence. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 1994 oct;18(5):1162–7.

107. Karhuvaara S, Simojoki K, Virta A, Rosberg M, Löytyniemi E, Nurminen T, et al. Targeted nalmefene with simple medical management in the treatment of heavy drinkers: a randomized double-blind placebo-controlled multicenter study. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2007 juill;31(7):1179–87.

108. Smith CR, LaRocca NG, Giesser BS, Scheinberg LC. High-dose oral baclofen: experience in patients with multiple sclerosis. *Neurology.* 1991 nov;41(11):1829–31.

109. Gache P. Baclofène, vérité et promesses d'un « nouveau » venu dans le traitement de l'alcoolodépendance. *Alcoologie et Addictologie.* 2010;32(2):119–24.

110. Ameisen O. *Le dernier verre.* Paris: Denoël; 2008.

En 2004, le Dr Ameisen a décidé de tester l'efficacité du baclofène à haute dose, après échecs de diverses prises en charges bien menées (traitements pharmacologiques, thérapie cognitivo-comportementale, participation aux réunions des Alcooliques Anonymes...). Avec des doses atteignant 270 mg par jour, le Dr Ameisen ne ressentait plus de craving et affirmait être « indifférent » à l'alcool, même dans les situations de stress. Il notait aussi que ce médicament possédait un effet anxiolytique remarquable et améliorait sa qualité de vie (111).

En 2008, Olivier Ameisen raconte comment le baclofène l'a « libéré de l'envie compulsive de boire » dans son livre intitulé « le dernier verre » (110).

L'efficacité du baclofène (administré pendant 4 semaines à la dose de 30 mg par jour) dans la réalisation du sevrage alcoolique, le maintien de l'abstinence, et la diminution du craving avait été suggérée dans une étude préliminaire sur 10 sujets alcoolodépendants. Deux patients diminuèrent considérablement leur consommation d'alcool, sept devinrent abstinents, et un abandonna l'étude (112).

Les études comparatives randomisées réalisées jusqu'à présent chez l'homme montrent des résultats contradictoires. L'étude d'Addolorato retrouve notamment un taux d'abstinence plus élevé et une diminution de la consommation quotidienne d'alcool par jour (113) dans le groupe de patients traités par baclofène à la dose de 30 mg par jour. A l'inverse, une autre étude n'a pas retrouvé ces résultats hormis l'efficacité du baclofène (à la même dose) sur l'anxiété (114).

110. Ameisen O. *Le dernier verre*. Paris: Denoël; 2008.

111. Ameisen O. Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: a self-case report of a physician. *Alcohol Alcohol*. 2005 avr;40(2):147–50.

112. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Colombo G, Gessa GL, Gasbarrini G. Ability of baclofen in reducing alcohol craving and intake: II--Preliminary clinical evidence. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2000 janv;24(1):67–71.

113. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Domenicali M, Bernardi M, Janiri L, et al. Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study. *Alcohol and Alcoholism*. 2002;37(5):504–508.

114. Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Gallop R, Kalka-Juhl L, Flannery BA. Efficacy and safety of baclofen for alcohol dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2010 nov;34(11):1849–57.

Concernant la tolérance de ce traitement, Leung a montré, dans une étude sur le devenir de patients ayant ingéré des doses massives de baclofène (jusqu'à 2,5 g), qu'un certain nombre d'entre eux ont présenté des troubles certes sévères (crises d'épilepsie, comas, troubles cardio-vasculaires, état délirant) mais toujours transitoires et qu'aucun décès n'est survenu (115).

A ce jour, aucune étude d'ampleur suffisante ne permet de conclure (116). Les effets de ce traitement restent donc à évaluer au cours d'études portant sur de plus grands échantillons, sur des durées plus longues de suivi et devrait comparer l'efficacité du baclofène à haute dose par rapport à un placebo et aussi à un autre traitement anticraving. En juin 2011, l'Afssaps a mis en garde contre une utilisation du baclofène chez les patients alcoolodépendants, dans l'attente des résultats d'études cliniques bien conduites (117).

Des essais complémentaires (en milieu hospitalier et en médecine générale) sont actuellement autorisés et financés par le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) (118).

Cependant, suite à la forte médiatisation de ce traitement et à la création d'une association militant en faveur d'une extension de l'AMM, les demandes de prescription de la part des patients se sont multipliées. Les ventes de baclofène en France ont d'ailleurs augmenté de manière significative depuis plusieurs années (119).

115. Leung NY, Whyte IM, Isbister GK. Baclofen overdose: defining the spectrum of toxicity. *Emerg Med Australas.* 2006 févr;18(1):77–82.

116. Gache P. Le baclofène sera-t-il le nouveau médicament miracle de l'alcoolisme ? *Revue médicale suisse.* 302(26):1458–61.

117. Afssaps. Utilisation hors AMM du baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance - Point d'information. Disponible sur <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Points-d-information/Utilisation-hors-AMM-du-baclofene-dans-le-traitement-de-l-alcoolod-dependance-Point-d-information>. 2011.

118. Paille F, Malet L, Société Française d'Alcoologie. Baclofène et alcool. Synthèse. 2011. Disponible sur : http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Baclofene_SFA_15juin2011.pdf

119. Rolland B, Bordet R, Cottencin O. Alcohol-dependence: the current French craze for baclofen. *Addiction.* 2012 avr;107(4):848–9.

Face à ce constat, des structures s'organisent pour prescrire le baclofène à haute dose, hors indication, sous certaines conditions (116). En effet, le risque de refuser de prescrire ce traitement est de voir augmenter l'automédication chez des patients s'étant procuré cette thérapeutique sur internet. Cependant, la prescription par des médecins généralistes ou des spécialistes isolés, ayant peu d'expérience de la molécule et ne pouvant assurer une surveillance rapprochée semble également risquée. Pour répondre à ces difficultés, l'équipe d'addictologie de Lille a créé un dispositif original, pluridisciplinaire, permettant de prescrire ce traitement dans de meilleures conditions de sécurité. Le point de vue défendu par les praticiens lillois est qu'une prescription encadrée est préférable à une automédication, qu'il serait illusoire de vouloir empêcher. En ce sens, ce dispositif participe d'une démarche de réduction des risques (119).

Le topiramate (Eptomax®) est un traitement anti-épileptique qui stimule la fonction gabaergique et réduit l'action du glutamate (42).

Dans une étude randomisée en double aveugle pendant 12 semaines portant sur 150 patients présentant un diagnostic de dépendance à l'alcool, des résultats significatifs montrent l'efficacité du topiramate, comparé au placebo, en termes de diminution de la consommation quotidienne moyenne d'alcool, de diminution du nombre de verres d'alcool lors des jours de consommation, de diminution du pourcentage de jours de consommation massive, et d'augmentation du nombre de jours d'abstinence (120).

Plusieurs études viennent confirmer l'efficacité de ce traitement sur la réduction du nombre de jours de forte consommation et l'augmentation du nombre de jours

42. Stahl S-M. *Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques*. 2ème éd. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2010.

116. Gache P. *Le baclofène sera-t-il le nouveau médicament miracle de l'alcoolisme ? Revue médicale suisse*. 302(26):1458-61.

119. Rolland B, Bordet R, Cottencin O. *Alcohol-dependence: the current French craze for baclofen*. *Addiction*. 2012 avr;107(4):848-9.

120. Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, DiClemente CC, Roache JD, Lawson K, et al. *Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial*. *Lancet*. 2003 mai 17;361(9370):1677-85.

d'abstinence. Son efficacité serait même supérieure à celle de la naltrexone (121).

L'ondansétron (Zophren®) est un antagoniste des récepteurs sérotoninergiques 5-HT₃ (42) utilisé actuellement comme antiémétique. Ce traitement a été étudié sur 271 patients alcoolodépendants et a montré son efficacité chez les patients avec une alcoolodépendance à début précoce (122).

Ces derniers, traités par ondansétron (à la dose de 4 µg/kg 2 fois par jour), présentaient une consommation d'alcool significativement diminuée (nombre de verres par jour et nombre de verres par jour de consommation) et une augmentation significative du pourcentage de jours d'abstinence. En revanche, ces résultats positifs du traitement n'étaient pas retrouvés chez les patients dont l'alcoolodépendance s'était manifestée tardivement (122).

L'aripiprazole (Abilify®) est un antipsychotique agoniste partiel dopaminergique (42) dont l'intérêt dans la consommation contrôlée est à évaluer. Une étude portant sur 295 patients a échoué à prouver l'efficacité de ce traitement concernant le pourcentage de jours d'abstinence (qui était le critère principal) mais a révélé une consommation significativement moins importante (en nombre de verres par jour de consommation) chez les patients traités comparés au groupe placebo (123).

Les traitements non recommandés dans une démarche de consommation contrôlée

Le disulfiram (Espéral®), le premier médicament développé dans le traitement de l'alcoolodépendance, est un inhibiteur irréversible de l'aldéhyde déshydrogénase, qui

42. Stahl S-M. *Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques*. 2ème éd. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2010.

121. Arbaizar B, Diersen-Sotos T, Gómez-Acebo I, Llorca J. Topiramate in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010 févr;38(1):8–12

122. Johnson BA, Roache JD, Javors MA, DiClemente CC, Cloninger CR, Prihoda TJ, et al. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2000 août 23;284(8):963–71.

123. Anton RF, Kranzler H, Breder C, Marcus RN, Carson WH, Han J. A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of aripiprazole for the treatment of alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol*. 2008 févr;28(1):5–12.

entraîne l'accumulation de concentrations toxiques d'aldéhyde quand de l'alcool est ingéré (42).

Il n'est donc pas recommandé lorsque l'objectif défini est la consommation à faible risque ; l'association avec l'alcool, même en petite quantité, étant formellement contre-indiquée car responsable d'effets indésirables (nausées, vomissements, hypotension, céphalées, tachycardie,...) parfois graves en cas d'ingestion massive d'alcool (troubles du rythme, infarctus du myocarde, œdème cérébral, mort subite...).

L'acamprosate (Aotal®) est un inhibiteur du système glutamatergique et un exciteur du système gabaergique (42) utilisé pour ses propriétés anti-craving dans le traitement de l'alcoolodépendance.

S'il est efficace dans le maintien de l'abstinence (124), il ne semble pas présenter d'intérêt dans l'aide au maintien d'une consommation maîtrisée dans la mesure où aucun effet significatif n'a été mis en évidence sur la consommation massive (124).

d. Les perspectives de traitements de substitution à l'alcool

L'alcool affecte de nombreux systèmes de neurotransmetteurs et sa pharmacologie est encore assez mal caractérisée. On s'accorde toutefois sur le fait que l'alcool agit non seulement en potentialisant la neurotransmission inhibitrice GABAergique mais aussi en réduisant la neurotransmission excitatrice au niveau des synapses glutamatergiques (42).

Son effet majeur résiderait en une action agoniste indirecte GABA_A et probablement aussi GABA_B. C'est pourquoi l'attention portée sur les traitements susceptibles de se substituer à l'alcool évoqués ci-dessous est focalisée sur des molécules agissant sur le système GABAergique (125).

42. Stahl S-M. *Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques*. 2ème éd. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2010.

124. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(9):CD004332.

125. Chick J, Nutt D. Substitution therapy for alcoholism: time for a reappraisal? *J. Psychopharmacol.* 2012 Feb;26(2):205-12.

Les benzodiazépines sont des modulateurs allostériques positifs des récepteurs GABA_A et représentent le traitement de référence du syndrome de sevrage à l'alcool. Des résultats contradictoires émergent des différentes études réalisées sur l'utilité de la poursuite de celles-ci après la période de sevrage concernant le risque de rechute qui serait, selon les études, diminué ou augmenté par la prise de benzodiazépines. En revanche, les dommages induits par une éventuelle dépendance aux benzodiazépines sont certainement nettement inférieurs à ceux de la dépendance à l'alcool (125).

Concernant les autres molécules agissant sur les récepteurs GABA_A, tels que la tiagabine et le vigabatrin, les études systématiques de prévention de rechute manquent (125).

L'oxybate de sodium, une forme solide de GHB, est commercialisé actuellement sous le nom de Xyrem® dans le traitement de la narcolepsie pour sa capacité à renforcer le sommeil (125). Le GHB est un produit naturellement présent dans le cerveau. Il est formé à partir du GABA et agit sur ses récepteurs propres mais aussi sur les récepteurs GABA_B comme agoniste partiel (42).

Dans des pays comme l'Italie et l'Autriche, cette molécule est utilisée depuis de nombreuses années dans le traitement de la dépendance à l'alcool.

L'efficacité de ce traitement a été prouvée dans le maintien de l'abstinence.

Par ailleurs, celle-ci se trouve renforcée par l'adjonction de naltrexone qui permettrait aussi de réduire le risque de dépendance et de mésusage de ce traitement (125).

Le baclofène, en tant qu'agoniste GABA_B, pourrait lui aussi être envisagé comme un traitement de substitution à l'alcool (125).

Les obstacles au développement des traitements de substitution à l'alcool sont représentés par une vision de l'alcoolodépendance basée sur l'existence d'une faiblesse de la volonté, sur des motifs moraux ou encore philosophiques.

42. Stahl S-M. *Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques*. 2ème éd. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2010.

125. Chick J, Nutt D. *Substitution therapy for alcoholism: time for a reappraisal?* J. Psychopharmacol.. 2012 Feb;26(2):205-12.

Comme pour les traitements de substitution à l'héroïne, les réticences des professionnels se fondent aussi parfois sur la crainte d'empêcher la rémission psychologique en masquant les blessures profondes ou encore sur la peur de remplacer une dépendance par une autre (125).

Pour ces raisons, le seuil de tolérance aux effets indésirables des benzodiazépines (dont le risque d'induire une dépendance) serait bien plus bas que le seuil de tolérance à la dangerosité des effets toxiques de l'alcool.

Des préoccupations similaires apparaissent pour le baclofène et le GHB alors que la crainte d'un mésusage ne devrait pas, pour Chick et Nutt, consister un frein à leur utilisation (125).

En Italie et en Australie, les restrictions de prescription et de délivrance relatives à l'Alcover® (oxybate de sodium) ont permis de prévenir efficacement le risque de détournement et d'abus (125).

De plus, à l'image de ce qu'on observe pour les traitements de substitution aux opiacés, cette capacité d'induire une dépendance pourrait permettre d'améliorer la compliance et le suivi et de diminuer le risque de rechute de consommation d'une substance plus dangereuse (125).

En revanche, de tels traitements ne sauraient se substituer à tous les changements psychologiques et sociaux indispensables pour consolider la rémission de nombreux patients mais pourraient fournir au contraire un prétexte à une prise en charge globale, psychologique et sociale. Des études d'évaluation d'efficacité de ces traitements restent néanmoins nécessaires (125).

125. Chick J, Nutt D. *Substitution therapy for alcoholism: time for a reappraisal?* J. Psychopharmacol.. 2012 Feb;26(2):205-12.

En conclusion, la réduction des risques offre une réponse pragmatique aux différents types de comportements de consommation d'alcool et aux méfaits induits, basée sur 3 objectifs principaux :

- limiter les conséquences néfastes associées au mésusage d'alcool
- offrir une alternative à l'approche « zéro-tolérance » en intégrant différents objectifs de consommation
- promouvoir l'accès aux services d'aide par le biais d'alternatives à bas seuil (87) .

Le but de la démarche n'est jamais d'encourager à boire et permettrait de faire évoluer le patient dans les stades motivationnels de Prochaska (59).

59. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav.* 2002 déc;27(6):867–86.

87. Witkiewitz K, Alan Marlatt G. Overview of harm reduction treatments for alcohol problems. *International Journal of Drug Policy.* 2006 juill;17(4):285–94.

Discussion

La consommation contrôlée : une intervention de réduction des risques ?

Si la naissance de l'addictologie a permis de reconnaître l'existence d'un continuum de troubles allant de l'usage à la dépendance, adopter une démarche de réduction des risques permettrait la diversification des options thérapeutiques.

La consommation contrôlée fait par exemple débat depuis les années 60 dans le milieu scientifique. Cependant, c'est dans les années 90, sous l'impulsion des travaux de Marlatt notamment, que la consommation contrôlée a commencé à être envisagée sous l'angle de la réduction des risques (49).

Le grand avantage de considérer la consommation contrôlée comme une intervention de réduction des risques pourrait être de faciliter son acceptation par les professionnels de santé et d'éviter de la mettre en opposition avec l'objectif d'abstinence sur lequel se base l'ensemble du système médico-social de prise en charge en alcoologie (des dispositifs de soins aux mouvements d'entraide) depuis des décennies.

Cependant, les études sont encore trop peu nombreuses pour affirmer l'efficacité de la consommation contrôlée sur la diminution des risques, notamment somatiques, avec certitude.

Malgré l'absence de preuves scientifiques affirmant l'efficacité de la consommation contrôlée sur la diminution des risques somatiques, ce qui paraît évident, c'est que la consommation maîtrisée est bien en accord avec la philosophie de la réduction des risques, qui mêle pragmatisme et humanisme.

Intégrer la consommation contrôlée dans une politique de réduction de risques permet aussi de respecter le patient et de prendre en compte ses besoins, ses forces et ses faiblesses à un moment donné, en développant une relation collaborative au service du changement (cf psychothérapie de réduction des risques) et de lui offrir un traitement personnalisé.

49. Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav.* 1996 déc;21(6):779–88.

Elle permet d'apporter une solution alternative aux médecins addictologues qui aspirent de plus en plus à une diversification et une personnalisation des soins (92,126).

La justification de cette évolution se trouve d'ailleurs dans les études de cohorte qui mettent en évidence des différences évolutives selon les caractéristiques des patients alcoolo-dépendants (127), les facteurs sociaux (128), les facteurs génétiques (129),...

La naissance de l'addictologie a certainement facilité les échanges entre praticiens issus des différents champs et doit pouvoir permettre non pas une uniformisation des pratiques mais un enrichissement mutuel.

La diffusion du concept de réduction des risques dans le champ addictologique a été mise en évidence dans ce travail principalement au travers de son application à la prise en charge des mésusages d'alcool et notamment de la consommation contrôlée.

Mais la consommation contrôlée peut-elle être applicable à toutes les substances ?

La consommation contrôlée, applicable à toutes les substances ?

A titre d'exemple, évoquons le champ de la tabacologie qui s'est lui aussi ouvert à la réduction des risques. Diverses interventions participant d'une réduction des risques existent, même si elles sont rarement reconnues comme telles :

- la réduction du tabagisme sans ou avec substitution nicotinique

92. Daepfen J-B. Vers une personnalisation du traitement de la dépendance à l'alcool. *Revue médicale suisse*. 2011 juill 13; Volume 302(26):1443–1443.

126. Johnson BA. Medication treatment of different types of alcoholism. *Am J Psychiatry*. 2010 jun; 167(6):630–9.

127. Moss HB, Chen CM, Yi H-Y. Prospective follow-up of empirically derived Alcohol Dependence subtypes in wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol And Related Conditions (NESARC): recovery status, alcohol use disorders and diagnostic criteria, alcohol consumption behavior, health status, and treatment seeking. *Alcohol Clin Exp Res* 2010; 34(6):1073–83

128. Vaillant GE. A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction* 2003; 98(8):1043–51.

129. Strat YL, Ramoz N, Schumann G, Gorwood P. Molecular genetics of alcohol dependence and related endophenotypes. *Curr Genomics* 2008; 9(7):444–51

- la substitution nicotinique temporaire ou au long cours par timbres transdermiques (patches), gommes, pastilles, inhaleur
- la transition à un mode de consommation moins toxique de tabac (le snus, une forme de tabac oral)
- l'accès facile aux substituts nicotiques, en vente libre dans les pharmacies.

Un certain pourcentage de patients, variable selon les études, est capable de réduire sa consommation de cigarettes par jour sans aide spécifique et de la maintenir sur le long terme (130, 131, 132).

Les effets bénéfiques observés sur la santé seraient modestes et difficiles à mettre en évidence. Les principales raisons en sont :

- l'existence d'une compensation (l'absorption de fumée et de nicotine est identique alors que le nombre de cigarettes fumées a diminué parce que le patient inspire plus profondément ou fume ses cigarettes plus près du filtre) (133).
- l'influence majeure de la durée d'exposition du tabagisme dans la survenue des dommages comparée au niveau de consommation. Par exemple, doubler sa consommation de tabac par deux entraîne un risque 2 fois plus élevé de cancer pulmonaire alors que doubler la durée d'exposition multiplie ce risque par 23 (134).
- les limites inhérentes aux études qui empêchent de se prononcer sur la réalité d'un bénéfice de la diminution du tabagisme en termes de santé individuelle (135) .

-
130. Meyer C, Rumpf H-J, Schumann A, Hapke U, John U. *Intentionally reduced smoking among untreated general population smokers: prevalence, stability, prediction of smoking behaviour change and differences between subjects choosing either reduction or abstinence.* *Addiction.* 2003 août;98(8):1101–10.
131. Hughes JR. *Reduced smoking: an introduction and review of the evidence.* *Addiction.* 2000 janv 1;95(1s1):3–7.
132. Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M, Vestbo J. *Predictors of smoking reduction and cessation in a cohort of danish moderate and heavy smokers.* *Prev Med.* 2001 juill;33(1):46–52.
133. Jarvis MJ, Boreham R, Primatesta P, Feyerabend C, Bryant A. *Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intakes in smokers: evidence from a representative population survey.* *J. Natl. Cancer Inst.* 2001 janv 17;93(2):134–8.
134. Hill C. *Pour en finir avec les paquets-années comme expression de la consommation tabagique.* *Revue des Maladies Respiratoires.* 1992;9:573–4.
135. Hughes JR, Carpenter MJ. *Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review.* *Nicotine Tob. Res.* 2006 déc;8(6):739–49.

Ainsi, la réduction du tabagisme n'est pas recommandée actuellement en tant que but en soi mais pourrait être envisagée comme une étape intermédiaire vers un arrêt ultérieur (35).

La réduction de la consommation présente tout de même l'intérêt majeur d'augmenter les chances d'arrêt ultérieur, même chez les fumeurs qui n'ont pas au départ l'intention d'arrêter (136).

La question de la réduction du tabagisme amène à se poser la question de l'existence d'un seuil, en dessous duquel on considérerait qu'il pourrait y avoir un usage de tabac non dommageable pour la santé, comme l'OMS a pu le définir pour l'alcool.

L'absence de seuil en dessous duquel le risque de décès et de maladie liés au tabagisme serait nul est suggéré par une étude de cohorte réalisée en Norvège sur 40000 fumeurs : même une consommation faible de tabac de 1 à 4 cigarettes par jour augmente le risque de décès (137).

Mais qu'en est-il pour d'autres substances comme le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, ou encore le sport, ... ? La notion de seuil pourrait-elle être applicable ?

La législation actuelle ne permet bien évidemment pas d'envisager des seuils de nocivité pour des substances qui sont interdites.

Cependant, concernant les drogues illicites, la réduction des risques est déjà en contradiction avec la loi actuelle de 1970 puisque l'Etat incite par exemple les toxicomanes à utiliser des seringues stériles pour injecter des produits dont l'usage demeure interdit.

Une réflexion initiée par la FFA propose d'ailleurs une loi d'orientation qui aurait pour objectif de réduire les dommages liés aux addictions. Elle supprimerait notamment

35. Afssaps. *Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac - Recommandations de bonne pratique*. 2003.

136. Fagerström K. *Can reduced smoking be a way for smokers not interested in quitting to actually quit?* *Respiration ; International review of thoracic diseases*. 2005 mar-apr;72(2):216-220.

137. Bjartveit K, Tverdal A. *Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day*. *Tob Control*. 2005 oct;14(5):315-20.

l'incrimination de l'usage privé de stupéfiants et offrirait un dispositif législatif plus cohérent avec l'objectif prioritaire de réduire les dommages (138).

Réduction des risques et réticence des praticiens

Quant à la réticence médicale française à accepter les interventions de réduction des risques dans les mésusages d'alcool, elle n'est pas sans rappeler celle rencontrée à l'égard du développement des programmes d'échanges de seringues et des traitements de substitution aux opiacés dans les années 1990 en France.

La crainte d'encourager les patients à continuer à se livrer à des comportements néfastes pour leur santé et la difficulté pour les soignants d'accepter que les patients sachent mieux qu'eux ce qui est bon pour eux semblent à la base de cette réticence. En effet, jusqu'au milieu du XXème siècle, la relation médecin-malade était fondée sur un mode paternaliste. Au nom du principe de bienfaisance, les médecins se devaient de protéger ceux que la maladie affaiblit, le pouvoir décisionnel appartenant au médecin.

Au contraire, le modèle centré sur la liberté des personnes, tel qu'il existe dans les pays du Nord de l'Europe et de l'Amérique, donne priorité à l'autonomie du patient.

Dans une démarche de réduction des risques, l'accent est mis sur l'information du patient, le respect de son choix, de sa liberté et sa responsabilisation.

Tout le travail des soignants dans le domaine des addictions serait donc d'aider l'individu à retrouver la liberté de faire des choix, à maîtriser et sélectionner ses penchants, selon un processus d'autonomisation (7).

Ainsi la démarche de réduction des risques se rapproche du concept d'« empowerment » promue par l'OMS dans le domaine de la maladie mentale.

En effet, l'« empowerment » est la possibilité donnée aux personnes souffrant de troubles psychiques, ainsi qu'à leurs proches, de retrouver une autonomie et la

7. Morel A, Hervé F, Fontaine B. *Soigner les toxicomanes*. Paris: Dunod; 1997.

138. *Fédération Française d'Addictologie. Livre blanc de l'addictologie française. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France*. 2011.

capacité à agir dans différents domaines de leur vie, notamment les droits fondamentaux, l'accès à l'information et le parcours de soins (139).

Un médecin aura toujours des difficultés à accepter que son patient continue de consommer un produit néfaste pour sa santé. Mais cela doit-il l'empêcher d'aider le patient à diminuer les risques associés à cette consommation ?

Est-ce qu'un médecin généraliste refuserait de prescrire ou arrêterait un traitement antidiabétique à un patient atteint de diabète sous prétexte qu'il ne suivrait pas bien les règles hygiéno-diététiques ?

139. Daumerie N, Caria A. « Empowerment » des usagers des services de santé mentale : le programme de partenariat de la Commission européenne et de l'Organisation mondiale de la santé. 2010 déc;(85-86). Disponible sur : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-490.pdf>

Conclusion

Changer la manière de soigner les patients présentant des mésusages d'alcool est maintenant envisageable depuis le développement du concept fédérateur d'addiction.

En effet, centrée sur les comportements et leurs conséquences, et non plus sur les produits, l'addictologie peut réinventer et accepter des stratégies qui vont au-delà de la prise en charge de la dépendance.

L'irruption de l'approche de réduction des risques dans le champ de l'intervention en toxicomanie a bouleversé les pratiques de soins et imposé de remettre en cause le paradigme de l'abstinence.

Au travers de cette revue de littérature, différents outils se profilent afin de permettre de réduire les méfaits associés à la consommation d'alcool :

- des programmes de prévention basés sur les interventions brèves, ne prônant plus seulement l'abstention ni l'abstinence
- des dispositifs favorisant l'accès aux soins : foyers d'hébergement, programmes en ligne, salles de consommation...
- des alternatives à l'abstinence : consommation contrôlée et traitement de substitution.

Le concept d'addiction permet ainsi le passage d'une réponse univoque à la dépendance, l'abstinence, à une réflexion plus large sur une politique de réduction des risques.

Loin d'engendrer une uniformisation des pratiques, la diffusion de la réduction des risques permet une diversification et une personnalisation des soins.

Mais elle peine à s'imposer et ne sera probablement acceptée qu'une fois son efficacité prouvée en terme de réduction des dommages sanitaires, sociaux et économiques.

Bibliographie

Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Colombo G, Gessa GL, Gasbarrini G. Ability of baclofen in reducing alcohol craving and intake: II--Preliminary clinical evidence. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2000 janv;24(1):67–71.

Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Domenicali M, Bernardi M, Janiri L, et al. Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study. *Alcohol and Alcoholism.* 2002;37(5):504 –508.

Afssaps. Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac - Recommandations de bonne pratique. 2003.

Afssaps. Utilisation hors AMM du baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance - Point d'information. Disponible sur <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Points-d-information/Utilisation-hors-AMM-du-baclofene-dans-le-traitement-de-l-alcoolod-dependance-Point-d-information>. 2011.

Albrecht A, Daepfen J-B. Consommation contrôlée d'alcool chez le patient dépendant. *Revue médicale suisse.* 2007 juill;(3):1670–2.

Albrecht A, Daepfen J-B. La consommation contrôlée d'alcool : enjeux et perspectives. La consommation contrôlée dans la prise en charge des dépendances à l'alcool. *Dépendances.* 31.

Alcool-addiction. inserm. Disponible sur : <http://infodoc.inserm.fr/pnr/alcool.nsf/site/fr>

Alcool: cadre légal et orientations publiques récentes. Synthèse. ofdt. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/reponses.html>

Allen JP. Measuring outcome in interventions for alcohol dependence and problem drinking: executive summary of a conference sponsored by the national institute on alcohol abuse and alcoholism. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2003 oct;27(10):1657–60.

Ameisen O. Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: a self-case report of a physician. *Alcohol Alcohol.* 2005 avr;40(2):147–50.

Ameisen O. *Le dernier verre.* Paris: Denoël; 2008.

American Psychiatric Association. DSM-V: proposed revisions. Substance Use Disorder. dsm5. Disponible sur : <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=431#>

Ana K. The Moderation Management programme in 2004: What type of drinker seeks controlled drinking? *International Journal of Drug Policy.* 2006 juill;17(4):295–303.

Anderson P, Cremona A, Paton A, Turner C, Wallace P. The risk of alcohol. *Addiction.* 1993 nov;88(11):1493–508.

Angel P, Richard D, Valleur M, Chagnard E. Toxicomanies. 2ème éd. Paris: Masson; 2005.

Anton RF, Kranzler H, Breder C, Marcus RN, Carson WH, Han J. A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of aripiprazole for the treatment of alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol*. 2008 févr;28(1):5–12.

Arbaizar B, Diersen-Sotos T, Gómez-Acebo I, Llorca J. Topiramate in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010 févr;38(1):8–12.

Bergeron H. Dispositifs spécialisés alcool et toxicomanie santé publique et nouvelle politique publique des addictions: analyse sociologique du fonctionnement de quatre dispositifs départementaux de prévention des pratiques d'alcoolisation et de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool . ofdt. 2001. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxhbh2.pdf>

Bergeron H. L'état et la toxicomanie.Histoire d'une singularité française. Paris: PUF; 1999.

Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control*. 2005 oct;14(5):315–20.

Botvin GJ. The Life Skills Training Program as a health promotion strategy: theoretical issues and empirical findings. *Special Services in the Schools*. 1985;1:9–23.

Brisson P. L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.; 1997.

Chick J, Nutt D. Substitution therapy for alcoholism: time for a reappraisal? *J. Psychopharmacol*. 2012 Feb;26(2):205-12.

Circulaire DGS-DAS/405/2D-FE2 du 15 mai 1990, en référence à la lettre circulaire DGS/895/2D du 31 juillet 1989 et relative aux priorités pour l'année 1990.

Daepfen J-B. Vers une personnalisation du traitement de la dépendance à l'alcool. *Revue médicale suisse*. 2011 juill 13;Volume 302(26):1443–1443.

Daumerie N, Caria A. « Empowerment » des usagers des services de santé mentale : le programme de partenariat de la Commission européenne et de l'Organisation mondiale de la santé. 2010 déc;(85-86).Disponible sur : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-490.pdf> .

Davies DL. Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Q J Stud Alcohol*. 1962 mars;23:94–104.

Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2007 déc;31(12):2036–45.

Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*. 2005 mars;100(3):281-92.

Des salles de consommation pour buveurs? SWAPS. 2011 mai;(62).

Dielman TE, Shope JT, Butchart AT, Campanelli PC. Prevention of adolescent alcohol misuse: an elementary school program. *J Pediatr Psychol*. 1986 juin;11(2):259-82.

Douste-Blazy P, Veil S. Circulaire DGS/SP3 n°04 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995. Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville.

Drogues, Chiffres clés - 4ème édition. ofdt. 2012. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dcc12.html>

Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J*. 1976 mai 1;1(6017):1058-61.

EI-Guebaly N. Are attempts at moderate drinking by patients with alcohol dependency a form of Russian roulette? *Can J Psychiatry*. 2005 avr;50(5):266-8.

EMA. Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence. 2010. Disponible sur : http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/scientific_guideline/2010/03/WC500074898.pdf.

Emmanuelli J, Institut de Veilles Sanitaires. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques, SIAMOIS (Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et de Substitution). Saint-Maurice; 2000.

Fagerström K. Can reduced smoking be a way for smokers not interested in quitting to actually quit? *Respiration ; International review of thoracic diseases*. 2005 mar-apr;72(2):216-220.

Fédération Française d'Addictologie, avec la participation de l'Anaes. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution. Conférence de consensus. has. 2004. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272358/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution

Fédération Française d'Addictologie. Livre blanc de l'addictologie française. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France. 2011.

Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2002 janv;26(1):36-43.

Fleury B. Les conduites d'alcoolisation : du repérage précoce au réseau de prise en charge. John Libbey Eurotext; 2003.

Fouquet P. Le concept d'alcoologie. *La vie médicale*. 1983;13:579–84.

Fouquet P. Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. *L'évolution psychiatrique*, Vol 16. 1951;231–51.

Gache P. Baclofène, vérité et promesses d'un « nouveau » venu dans le traitement de l'alcoolodépendance. *Alcoologie et Addictologie*. 2010;32(2):119–24.

Gache P. La consommation contrôlée d'alcool: enjeux et perspectives. *Evaluation des programmes de consommation contrôlée. Dépendances*. 2007 avr;31.

Gache P. Le baclofène sera-t-il le nouveau médicament miracle de l'alcoolisme ? *Revue médicale suisse*. 302(26):1458–61.

Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Gallop R, Kalka-Juhl L, Flannery BA. Efficacy and safety of baclofen for alcohol dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 2010 nov;34(11):1849–57.

Garbutt JC, Kranzler HR, O'Malley SS, Gastfriend DR, Pettinati HM, Silverman BL, et al. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 avr 6;293(13):1617–25.

Gentilello LM, Donovan DM, Dunn CW, Rivara FP. Alcohol interventions in trauma centers. Current practice and future directions. *JAMA*. 1995 oct 4;274(13):1043–8.

Glenn D. W. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*. 2000 Winter;31(1):135–49.

Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M, Vestbo J. Predictors of smoking reduction and cessation in a cohort of danish moderate and heavy smokers. *Prev Med*. 2001 juill;33(1):46–52.

Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict*. 1990 nov;85(11):1403–8.

Gual A, Bravo F, Lligona A. Treatment for alcohol dependence in Catalonia : Health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol and alcoholism* 2009 jul-aug : 44(4):409-415.

Haute Autorité de Santé, Société Française d'Alcoologie. Conférence de consensus Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. *Maison de la chimie - Paris*; 1999.

Henrion R. Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. *Paris: La Documentation française*; 1995.

Hester RK, Squires DD, Delaney HD. The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2005 mars;28(2):159–69.

Hill C. Pour en finir avec les paquets-années comme expression de la consommation tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1992;9:573–4.

Hillemand B. *L'alcoolisme*. PUF; 1999.

Hillemand B. Lectures alcoologiques: aperçus historiques. *Alcoologie*. 1995;17(Suppl 4):S/371–S/470.

Hillemand B. Les associations d'aide aux personnes ayant un problème d'alcool: aperçus historiques. *Alcoologie*. 1998;20(2).

Hodgins D. Can patients with alcohol use disorders return to social drinking? Yes, so what should we do about it? *Can J Psychiatry*. 2005 avr;50(5):264–5.

Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R. Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addict Behav*. 1997 avr;22(2):247–55.

Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. *Nicotine Tob. Res*. 2006 déc;8(6):739–49.

Hughes JR. Reduced smoking: an introduction and review of the evidence. *Addiction*. 2000 janv 1;95(1s1):3–7.

Humphreys K. Alcohol & drug abuse: A research-based analysis of the Moderation Management controversy. *Psychiatr Serv*. 2003 mai;54(5):621–2.

Inserm. Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations. Expertise collective. 2010.

Janet A. A. Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2002 janv;22(1):45–53.

Jarvis MJ, Boreham R, Primatesta P, Feyerabend C, Bryant A. Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intakes in smokers: evidence from a representative population survey. *J. Natl. Cancer Inst*. 2001 janv 17;93(2):134–8.

Jauffret-Roustide M. Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française. *Alcoologie et Addictologie*. 2011;33(2).

Jellinek EM. *The disease concept of alcoholism*. College and University Press New Haven Conn. Hillhouse Press, New Brunswick, N.J. USA; 1960.

Johnson BA. Medication treatment of different types of alcoholism. *Am J Psychiatry*. 2010 juin;167(6):630–9.

Johnson BA, Roache JD, Javors MA, DiClemente CC, Cloninger CR, Prihoda TJ, et al. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2000 août 23;284(8):963–71.

Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, DiClemente CC, Roache JD, Lawson K, et al. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003 mai 17;361(9370):1677–85.

Karhuvaara S, Simojoki K, Virta A, Rosberg M, Löyttyniemi E, Nurminen T, et al. Targeted nalmefene with simple medical management in the treatment of heavy drinkers: a randomized double-blind placebo-controlled multicenter study. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2007 juill;31(7):1179–87.

La consommation contrôlée: un concept inédit? *Forums addictions. romandieaddiction*. 2008. Disponible sur : http://www.romandieaddiction.ch/pdf/Actu/2009/Actes_cc_2008.pdf

Lagrue G. *Arrêter de fumer ?* Paris: Odile Jacob; 2006.

Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA*. 2009 avr 1;301(13):1349–57.

Lejoyeux M. *Addictologie*. Paris: Elsevier Masson; 2008.

Lert F, Fombonne E. *La toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements. Analyses et prospective*. Paris: INSERM, La Documentation française; 1989.

Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé. ofdt. 2011. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend76.html>

Leung NY, Whyte IM, Isbister GK. Baclofen overdose: defining the spectrum of toxicity. *Emerg Med Australas*. 2006 févr;18(1):77–82.

Logan DE, Marlatt GA. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol*. 2010 févr;66(2):201–14.

Loi n°54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui. *JO* du 21 avril 1954, pp. 3827-3829; 1954.

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative « aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses ». *Sect. JO* du 2 janvier 1971.

Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. *JO* du 10 juillet 1976, pp. 4148-4149.

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme dite loi Evin. 1991.

Lowenstein W, Sanchez M. *Addiction aux opiacés et traitements de substitution*. Paris: John Libbey Eurotext; 2003.

Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol Alcohol*. 2011 oct;46(5):586–91.

Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav*. 2002 déc;27(6):867–86.

Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav*. 1996 déc;21(6):779–88.

Mason BJ, Ritvo EC, Morgan RO, Salvato FR, Goldberg G, Welch B, et al. A double-blind, placebo-controlled pilot study to evaluate the efficacy and safety of oral nalmefene HCl for alcohol dependence. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. 1994 oct;18(5):1162–7.

McBride N, Midford R, Farrington F, Phillips M. Early results from a school alcohol harm minimization study: the School Health and Alcohol Harm Reduction Project. *Addiction*. 2000 juill;95(7):1021–42.

Meyer C, Rumpf H-J, Schumann A, Hapke U, John U. Intentionally reduced smoking among untreated general population smokers: prevalence, stability, prediction of smoking behaviour change and differences between subjects choosing either reduction or abstinence. *Addiction*. 2003 août;98(8):1101–10.

Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol*. 1999 oct;67(5):688–97.

Miller WR, Leckman AL, Delaney HD, Tinkcom M. Long-term follow-up of behavioral self-control training. *J. Stud. Alcohol*. 1992 mai;53(3):249–61.

Miller WR, Page AC. Warm turkey: other routes to abstinence. *J Subst Abuse Treat*. 1991;8(4):227–32.

Ministère de la santé et des solidarités. Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Ministère des affaires sociales et de l'emploi, Chirac J, Seguin P, Balladur E, Pasqua P, Barzach M. Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie : décret dit « Barzach », du nom de Michèle Barzach, alors ministre de la Santé. JO du 16 mai 1987.

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Paris; 2007.

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001). 1999.

Moderation Management. Concerned about your drinking? . moderation. Disponible sur : <http://www.moderation.org/>

Morel A. Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement. *Alcoologie et Addictologie*. 2002;24(4S):10S–19S.

Morel A. Les addictions, un objet spécifique de la prévention. *Alcoologie et Addictologie*. 2005;27(4):325–35.

Morel A. Prévenir les toxicomanies. Paris: Dunod; 2004.

Morel A, Favre J-D, Rigaud A. Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie? Entre points communs et spécificités. *Alcoologie et Addictologie*. 2001;23(3):463–72.

Morel A, Hervé F, Fontaine B. Soigner les toxicomanes. Paris: Dunod; 1997.

Moss HB, Chen CM, Yi H-Y. Prospective follow-up of empirically derived Alcohol Dependence subtypes in wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol And Related Conditions (NESARC): recovery status, alcohol use disorders and diagnostic criteria, alcohol consumption behavior, health status, and treatment seeking. *Alcohol Clin Exp Res* 2010; 34(6):1073–83.

Nourrisson D. Le tabac en son temps. De la séduction à la répulsion. Rennes: ENSP; 1999.

OMS | Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. WHO.. Disponible sur : http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/fr/index.html

Orford J, Keddle A. Abstinence or controlled drinking in clinical practice: indications at initial assessment. *Addict Behav*. 1986;11(2):71–86.

Paille F, Malet L, Société Française d'Alcoologie. Baclofène et alcool. Synthèse. 2011. Disponible sur : http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Baclofene_SFA_15juin2011.pdf

Parquet P-J. Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. 1997.

Pat O. Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*. 2007 mars;18(2):141–4.

Pelletier M. Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue. Paris; 1978.

Pendery ML, Maltzman IM, West LJ. Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*. 1982 juill 9;217(4555):169–75.

Polich JM, Armor DJ, Braiker HB. Patterns of alcoholism over four years. *J. Stud. Alcohol*. 1980 mai;41(5):397–416.

Programme Alcochoix+ . Disponible sur :
http://dependances.gouv.qc.ca/index.php?alcochoix_accueil

Questel F, Dally S. Législation se rapportant à l'alcoolisme et à sa prévention. EMC; 2008.

Ray LA, Krull JL, Leggio L. The Effects of Naltrexone Among Alcohol Non-Abstainers: Results from the COMBINE Study. *Front Psychiatry*. 2010;1:26.

Reynaud M, Parquet P-J, Lagrue G. Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives (rapport au directeur général de la santé). Paris: Odile Jacob; 2000.

Reynaud M. *Traité d'addictologie*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2006.

Rolland B, Bordet R, Cottencin O. Alcohol-dependence: the current French craze for baclofen. *Addiction*. 2012 avr;107(4):848–9.

Roques B. La dangerosité des drogues. Rapport au secrétaire d'Etat à la santé. Paris: Odile Jacob; 1998.

Rosenberg H., *Controlled Drinking*. *Encyclopedia of Psychotherapy* . New York: Academic Press; 2002 . p. 533–44. Disponible sur :
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0123430100000611>

Rosenberg H. Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychol Bull*. 1993 janv;113(1):129–39.

Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprostate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(9):CD004332.

Smith CR, LaRocca NG, Giesser BS, Scheinberg LC. High-dose oral baclofen: experience in patients with multiple sclerosis. *Neurology*. 1991 nov;41(11):1829–31.

Sobell MB, Sobell LC. Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome. *Behav Res Ther*. 1973 nov;11(4):599–618.

Sobell MB, Sobell LC. Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: results. *Behav Res Ther*. 1976;14(3):195–215.

Société Française d'Alcoologie. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque - usage nocif. *Alcoologie et Addictologie*. 2003;25(4S):3S–5S.

Stahl S-M. *Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques*. 2ème éd. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2010.

Strat YL, Ramoz N, Schumann G, Gorwood P. Molecular genetics of alcohol dependence and related endophenotypes. *Curr Genomics* 2008; 9(7):444–51.

Streeton C, Whelan G. Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Alcohol Alcohol*. 2001 déc;36(6):544–52.

Tabac : cadre légal et orientations publiques récentes - Synthèse. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/tabac/reponses.html>.

Tatarsky A, Marlatt GA. State of the art in harm reduction psychotherapy: an emerging treatment for substance misuse. *J Clin Psychol*. 2010 févr;66(2):117–22.

Vaillant GE. A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction* 2003; 98(8):1043–51.

WHO | Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization . WHO. Disponible sur : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

Witkiewitz K, Alan Marlatt G. Overview of harm reduction treatments for alcohol problems. *International Journal of Drug Policy*. 2006 juill;17(4):285–94.

AUTEUR : VERNALDE

Elodie

Date de Soutenance : 10 Avril 2012

Titre de la Thèse : Le concept de réduction des risques : quelles applications en alcoologie ?

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : DES psychiatrie

Mots-clés : abstinence, addiction, alcool, consommation contrôlée, dépendance, mésusage, réduction des risques, usagers de drogues

Résumé :

Le mésusage d'alcool est un problème de santé publique majeur puisqu'il représente la deuxième cause de mortalité prématurée en France. Au départ, le dispositif de soins en alcoologie proposait une prise en charge des patients ne se focalisant que sur la question de l'arrêt de l'alcool et sur les moyens devant être mis en œuvre pour atteindre cet objectif.

Au contraire, dans le domaine des soins aux toxicomanes, une démarche dite de « réduction des risques » s'est imposée dès les années 1980 suite à l'épidémie de VIH. Cette approche cherche à définir des objectifs de soins intermédiaires visant à ne pas exclure de la prise en charge les patients qui ne sont pas en mesure d'arrêter la drogue.

La naissance récente de l'addictologie a amené à une confluence des disciplines et à une confrontation des pratiques et des cultures médicales. Dans le champ de l'alcoologie, diverses interventions seraient susceptibles d'être utilisées dans le cadre d'une démarche de réduction des risques. Le recours à des salles de consommation ou à des objectifs de consommation contrôlée d'alcool fait aujourd'hui l'objet de réflexions, mais les réticences médicales sont encore nombreuses. Les enjeux scientifiques, médicaux et culturels de l'application d'une approche de réduction des risques en alcoologie sont discutés dans le présent travail.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Pr. O.COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Pr P. THOMAS

Monsieur le Pr A. DUHAMEL

Monsieur le Dr B. ROLLAND (directeur de thèse)