

Dr Michel Craplet*

* ANPAA, Paris. Centre hospitalier des Quatre Villes, Saint-Cloud, France. Courriel : michel.craplet@anpaa.asso.fr

Reçu juillet 2014, accepté janvier 2015

Vraies et fausses révolutions en alcoologie

II – L'alcoologie au risque du modernisme

Résumé

Dans la première partie de cette étude, l'auteur a rappelé quelques points mal connus de l'histoire de l'alcoologie. Il propose maintenant de donner les raisons pour lesquelles il est affirmé partout que l'alcoologie est aujourd'hui en pleine révolution : il a relevé le changement des modes de consommation et des pratiques professionnelles, l'étendue du champ de l'addictologie (avec des confusions entre les histoires de chaque spécialité), l'évolution des classifications et l'arrivée de nouveaux traitements pharmacologiques. L'auteur insiste sur ce point qui risque de faire oublier le modèle bio-psycho-social des conduites addictives. Il regrette que les discours polarisés sur une révolution thérapeutique soient parfois tenus dans une ambiance délétère de concurrence institutionnelle. Ils sont aussi le témoin d'une volonté de médiatisation de soi-disant nouveaux programmes de soin et de prévention pour attirer l'attention des pouvoirs publics et des financeurs. Ces discours ont aussi pour origine une mauvaise information des nouveaux intervenants d'une spécialité en plein développement. C'est pourquoi, l'auteur conclut par la nécessité d'une meilleure connaissance de l'histoire de nos disciplines professionnelles.

Mots-clés

Histoire – Addictologie – Alcoologie – Classification – Évaluation – Médiatisation – Modèle bio-psycho-social.

Summary

True and false revolutions in alcohol rehabilitation. II – Alcohol rehabilitation at the risk of modernism

In the first part of this study, the author reviewed some unfamiliar characteristics of the history of alcohol rehabilitation. He now proposes to give the reasons why it is stated everywhere that alcohol rehabilitation is in a revolutionary phase: with changing drinking patterns and professional practices, the extent of the field of addictology (with the misinformation contained in the history of each speciality), the evolution of classifications and the introduction of new pharmaceutical treatments. The author insists that it is easy to overshadow the biopsychosocial model of addiction behaviours. He regrets that polarised discourses about a therapeutic revolution are sometimes accepted in deleterious contexts of institutional competition. These are also illustrations of efforts from the so-called new healing and prevention programmes through the media wishing to attract the attention of governments and funders. Such discourses have also in their origin misinformed new stakeholders in a booming speciality. This is why the author concludes with the need for a better knowledge of the history of our professional disciplines.

Key words

History – Addictology – Alcoholology – Classification – Evaluation – Mediatization – Biopsychosocial model.

Dans la première partie de ce texte (1), j'ai exploré le contexte historique de la naissance de l'alcoologie. J'espère avoir démêlé les fils de la confusion existant sur la réalité des positions théoriques des alcoologues et sur leur travail clinique. Il faut maintenant tenter de comprendre d'où viennent les propos d'intervenants naïfs ou d'experts tendant à faire croire que les alcoologues et les institutions

spécialisées ne se sont intéressés qu'à la dépendance et à une stratégie thérapeutique unique : l'abstinence ? Sont-ils simplement mal informés ? Du début des années 1970 – avec la création des centres d'hygiène alimentaire – à la fin des années 1990 – avec la mise en place de l'addictologie –, on avait souvent reproché aux alcoologues de s'intéresser trop aux "buveurs excessifs", d'en être restés

à “l’hygiène alimentaire”, c’est-à-dire de faire de la réduction des risques, avant la lettre... ce qu’aujourd’hui, on leur reproche de n’avoir jamais fait ! C’était l’époque où l’alcoologie avait une mauvaise image, même au sein du monde médical. C’était l’époque où le manque d’intérêt des médecins généralistes et leur manque de confiance pour traiter ces problèmes avaient rendu nécessaire de s’occuper de tous les problèmes d’alcool dans les structures spécialisées. Mais pourquoi m’exprimé-je au passé ? Le problème persiste et s’aggrave parfois du fait de la démographie médicale, en dépit des outils proposés aux médecins généralistes. Il existait également – faut-il encore parler au passé ? – une réticence des psychiatres et des psychothérapeutes à aborder la consommation d’alcool autrement que comme un symptôme. Dans les institutions spécialisées, publiques ou privées, les alcoologues se sont donc intéressés à toutes les personnes en difficulté avec l’alcool parce que tous les autres soignants les rejetaient. Ils se sont occupés des complications médico-légales des ivresses, des problèmes somatiques de l’abus, de l’état des alcoolo-dépendants qui se donnaient un objectif d’abstinence et aussi des autres qui souhaitaient simplement diminuer les risques de leur consommation. Notons cependant que l’isolement des pionniers eut une conséquence heureuse : après avoir vu l’ensemble des problèmes, ils élaborèrent une approche globale de la question en prenant en compte la conjonction des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Vous avez dit “révolution” ?

Essayons donc de comprendre cette histoire de changement de paradigme. Sommes-nous en face d’un conflit de générations ? Dans un article déjà utilisé dans la première partie de ce texte (2), mais également critiqué pour son manque de recul historique, certains propos sont très sévères. Les auteurs appellent à aller “*vers une diversification et une personnalisation des soins*”. Comme si nous ne la pratiquions pas ! Ils voient un avenir où “*on s’orientera de plus en plus vers une prise en charge personnalisée*” car “*il faut éviter de considérer la population de patients alcoolodépendants d’une façon monolithique*”. Cet “avenir” est notre quotidien depuis 30 ans. Un autre article proche (3), également utilisé avec profit précédemment, m’est apparu néanmoins contestable sur plusieurs points. Il part des mêmes préjugés sur “*l’alcoologie d’après-guerre... fondée sur une représentation monolithique du patient alcoolodépendant*” et même sur “*le modèle néphaliste historique de prise en charge*”. Il veut démolir le modèle “fouquetien” (sic)

présenté comme définissant “*un profil type de patient... avec une évolution inéluctable et une prise en charge standard*”. Je sais bien qu’il faut tuer le père, mais le procédé, médisant, voire méprisant, méconnaît l’histoire. Parmi les références écrites et les libres propos de Fouquet, relevons simplement que, dès son premier article sur l’alcoolisme, écrit en 1949 avec Lecoq, le fondateur parle de “*l’hétérogénéité de la maladie alcoolique*” (4). Les deux auteurs précisent qu’il ne faut pas se laisser “*mystifier par l’alcoolisme*”, en le considérant “*comme une entité morbide susceptible d’un traitement univoque*”, mais au contraire “*de traitements nuancés en rapport avec chacun des individus atteints*”. Fouquet reprend l’expression l’année suivante (5). Les auteurs d’aujourd’hui, qui critiquent l’œuvre des pionniers souvent sans la connaître, parlent de “*médecine personnalisée...*”, de “*thérapie centrée sur la personne*” comme des nouveautés. Heureusement, Paille a rappelé récemment que les alcoologues adaptaient depuis longtemps leurs stratégies à leurs patients (6). Beaucoup étaient justement des cliniciens du cas, non intéressés par les grands nombres, ce que l’on leur reprochait d’ailleurs. Et ce sont bien les néo-addictologues qui réclament des “*profils*” de patients. Les auteurs des articles cités auparavant sont les premiers à le faire, demandant une “*cartographie précise*” (2, p. 24). En fait, tous les pionniers ont commencé ce travail dans de nombreuses classifications (7-11). Jellinek commentait avec humour sa classification en disant que toutes les lettres de l’alphabet grec ne suffiraient pas pour décrire les différents types d’alcooliques (12).

Une époque nouvelle ?

Nous avons vu les erreurs communes circulant sur l’usage “ancien” de l’abstinence en alcoologie. Pourtant, les pionniers avaient été clairs. Nous avons vu que Fouquet affirma dès 1952 que guérir un malade alcoolique “*est autre chose que lui donner la possibilité de ne boire que de l’eau*” (13). Dans le même texte, il expliqua pour la première fois que l’abstinence est une condition nécessaire, mais non suffisante : “*elle doit être authentifiée dans sa qualité par la pleine indifférence que l’ex-malade éprouve, en parfaite liberté, à l’égard de l’alcool*”. À sa suite, tous les intervenants, professionnels ou malades rétablis, ont insisté sur l’importance de ne plus définir la vie par l’opposition entre “avec” et “sans” (alcool), mais de la placer dans le “hors alcool”. Les intervenants gardaient aussi en tête l’équivalent du mot abstinence pour les Anglo-Saxons, à savoir *sobriety* qui implique, au-delà de l’abstinence d’alcool, l’exercice de la mesure dans de nombreux domaines de la vie.

La variété clinique des personnes en difficulté avec l'alcool explique peut-être pourquoi il a été attribué aux alcoologues une position rigide sur l'abstinence, alors qu'ils la conseillaient seulement aux alcoolo-dépendants et qu'ils avaient travaillé avec d'autres programmes thérapeutiques pour les autres buveurs à problèmes. Depuis toujours, l'alcool-dépendance fait disparaître les autres problèmes, ce qui arrange le buveur "moyen" qui peut ainsi ne pas se sentir concerné par la prévention ou la réduction des risques. Cette visibilité met l'abstinence au premier plan des moyens thérapeutiques et place dans l'ombre les autres programmes. L'explication de cette erreur d'interprétation peut se trouver aussi dans les nombreux changements de pratiques professionnelles, mais ce ne sont pas tant les alcoologues qui ont changé que les patients et le contexte. Le changement des modes d'alcoolisation est bien connu. Grâce à une précocité des prises en charge, on voit aujourd'hui plus de formes simples avant leurs évolutions vers la dépendance : l'abstinence est donc moins souvent nécessaire. Les patients nouveaux, mieux informés, arrivent plus tôt, pour un problème d'usage simple ou à risque, "moins" dépendants, disent certains, ou avant la dépendance, et les indications d'abstinence sont donc moins nombreuses qu'auparavant.

Tout a changé avec l'addictologie

L'addictologie nous a fait progresser, a élargi notre vision. Souvenons-nous du temps où la consommation d'alcool était considérée comme un moindre mal, permettant de s'abstenir de "drogue". Les spécialistes "de la tox" des années 1970 avaient vu leurs patients passer à la drogue nationale légale. Certains se satisfaisaient de ces transferts de consommation. Cette consommation d'alcool était vue comme une étape de la guérison, voire comme la guérison elle-même. Quelques années plus tard, les alcoologues ont découvert les problèmes du tabagisme. Nous avons tous été mis en face des problèmes liés à la consommation de médicaments psychotropes. Aujourd'hui, le problème de la consommation – abstinence, contrôle, gestion, réduction des risques, modération – peut s'aborder globalement grâce à l'addictologie. La notion d'addictologie a été rapidement acceptée par notre société, trop facilement peut-être. Elle porte le risque de l'oubli du problème principal posé par l'alcool. Je l'avais souligné en saluant la naissance de cette discipline avec un point d'interrogation (14). Paille rappela ces risques sept ans plus tard. Il les a classés en "perte d'identité" de l'alcoologie, "dilution" et "occasion d'un nouveau déni" (15). Il faut se prémunir régulièrement de ces risques par des publications régu-

lières "de rappel". L'étendue du champ de l'addictologie implique aussi le risque de confusion entre les théories et les pratiques de chaque domaine, avec un envahissement par certaines controverses du domaine des drogues illicites. C'est pourquoi aujourd'hui, alors que le discours sur l'abstinence avait surtout été utilisé et médiatisé dans le cadre des toxicomanies, des observateurs extérieurs et des nouveaux intervenants pensent qu'il en était de même en alcoologie. C'est ainsi que la réduction des risques et des dommages est présentée comme une attitude révolutionnaire en alcoologie alors qu'elle a toujours été pratiquée par les pionniers, alors que les premiers centres de consultation spécialisés – les centres d'hygiène alimentaire – avaient été créés justement avec cet objectif.

Tout a changé avec la neurobiologie

Récemment, un patient me disait : "l'abstinence est le carburant de mon rétablissement". Dans la discussion, je lui ai suggéré une autre idée : l'abstinence apporterait plutôt le vide nécessaire au fonctionnement du moteur, car il est nécessaire qu'un vide se crée pour faire exploser le carburant. Je lui proposai aussi d'utiliser l'image plus douce d'un engrenage : il faut du vide, du jeu entre les pièces pour que ça tourne sans se gripper. Ce vide peut être lu comme la métaphore des manques qu'il faut apprendre à accepter et à utiliser dans sa vie quotidienne. C'est la seule façon d'avancer grâce au jeu entre les pièces, en renonçant à être en permanence "plein", "bourré", sans jeu et sans "je". Mais l'usage de ces images simples est-elle encore utile à une époque où l'addictologie se construit comme une discipline scientifique ?

Addictologie rime avec neurobiologie, bien que le mot et le concept d'addiction aient été d'abord utilisés par les psychanalystes américains. Aujourd'hui, les addictologues se sentent confortés dans l'idée d'une révolution thérapeutique par les progrès des recherches en neurosciences et l'expérimentation de nouvelles molécules. Certes, les avancées en pharmacogénomique vont modifier les attitudes thérapeutiques (6). Mais un changement de paradigme peut-il s'appuyer sur les essais thérapeutiques dont nous disposons actuellement, faits sur des populations expérimentales peu représentatives de la réalité du terrain et donnant des résultats si faibles ? La Haute autorité de santé a souligné la nécessité de la prudence en classant l'un des produits nouveaux comme apportant "une amélioration du service médical rendu mineure" (16). Si les nouveaux alcooliques suivis par les néo-addictologues avec des traitements médicamenteux diminuent un peu

leur consommation d'alcool – en moyenne un verre par jour –, ne risquent-ils pas de tomber dans une dangereuse illusion de maîtrise ? Ne risquent-ils pas d'être confortés dans le leurre d'un traitement flash ? *"Ils veulent de l'aide mais pas pour longtemps, comme s'ils craignaient de s'engager dans un traitement et d'établir une alliance thérapeutique"* écrit Rigaud (17). L'espoir d'un traitement médical ne fera que renforcer cette position et les empêchera de s'engager sur le long terme pour un vrai changement.

La médicalisation de la question alcool est aujourd'hui prolongée par une médication de l'alcoolisme. Cette approche élimine de la réflexion les facteurs psychologiques et sociaux, même s'il est toujours dit qu'il faut assurer un "accompagnement psychosocial". Ne nous contentons pas de cette formule toute faite. Ne croyons pas que grâce aux avancées de la médecine, il deviendrait inutile de jouer sur les facteurs psychologiques et sociaux. Un patient me disait : "Ce n'est plus grave de devenir alcool, on prendra du "Moderphène" avec du Zeocal®". Il avait entendu parler de ce procédé médical qui permet de diminuer le taux d'alcoolémie en capturant dans le tube digestif une partie de l'alcool absorbé (voir www.zeocal.com et communiqué de presse de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie – ANPAA du 6 février 2014). Un collègue, engagé dans le soin seulement, se moquait de moi en disant que la prévention sera encore moins soutenue par les autorités sanitaires. Oui, à trop médicaliser, on risque de ne plus voir le modèle global. Tous les intervenants le savent : lorsqu'apparaît un traitement efficace, on baisse la garde en prévention. Lorsque le traitement en est seulement au début, avec des résultats modestes, les risques sont d'autant plus grands. Le président national de l'ANPAA s'en inquiéta en ces termes : *"la pharmacologie nouvelle promet aujourd'hui d'apporter au mal son remède si bien que l'on pourra bientôt se dispenser de faire de la prévention"* (18).

Certes, les nouveaux traitements facilitent l'abord du problème. Mais ils présentent des dangers en entretenant l'illusion de l'existence d'un traitement miracle aussi bien chez le patient que chez le soignant. Fouquet avait parlé d'un produit qui était *"autant un médicament de l'alcoolique, qu'un médicament du praticien"*, un produit redonnant *"espoir aux médecins qui, en général, étaient hostiles et désespérés"* (19). Il s'agissait de l'Espéral®. Fouquet avait rappelé la fièvre médiatique qui avait suivi cette découverte en dépit des avertissements des promoteurs. Son découvreur danois avertissait : *"Le traitement avec Antabuse® doit être seulement un élément d'un traitement général"* (20). Les mêmes précautions oratoires ont été prises par tous les promoteurs des médicaments spécifiques

à l'alcoologie (Aotal®, Revia®). Tous ont été prudents en présentant leurs spécialités, mais tous ont été dépassés par des vagues médiatiques bien compréhensibles à chaque nouveauté. Nous verrons bientôt ce qui se passera avec les nouvelles molécules qui ont été déjà très médiatisées avant leurs sorties officielles. Le point positif d'une innovation thérapeutique avait été relevé par Fouquet lorsqu'il expliqua que l'homme de la rue et nombre d'intervenants du soin avaient découvert avec l'Espéral® que les alcooliques étaient prêts à recevoir un traitement, ce qui était une surprise pour presque tout le monde à l'époque. Des praticiens américains étaient allés plus loin : *"Le principal intérêt de l'Antabuse® vient du fait qu'il facilite l'approche thérapeutique"* (20). Quelques années plus tard, on allait observer le même phénomène lorsque les premiers neuroleptiques ont permis une meilleure approche, y compris psychothérapique, des maladies mentales.

Tout a changé avec la quantification du monde

Des études d'évaluation contestent donc les anciennes convictions des cliniciens et des mouvements d'anciens malades. On peut dire que ces convictions étaient basées sur des observations biaisées. Dans les groupes d'entraide, se retrouvaient les patients les plus graves ; par ailleurs, les cliniciens voyaient revenir tous les échecs et perdaient de vue beaucoup de patients. Certains devaient aller bien, peut-être en buvant avec modération. La confusion sur la question de l'abstinence est augmentée du fait que nous n'utilisons plus les mêmes classifications. Nous avons vu que c'était déjà le cas au temps de la polémique autour des Sobell. À cette époque, dans de nombreuses études anglo-saxonnes, les alcool-dépendants et les autres *problem drinkers* avaient commencé à être confondus. Une grande partie de la polémique sur la possibilité d'une consommation contrôlée par des dépendants est venue de cette confusion. Rolland et al. ont fait le même constat – ici très juste – et rappellent avec pertinence le problème des classifications : *"Ce changement radical de la nosographie risque de perturber l'homogénéité des études menées avant et après la mise en place des nouvelles classifications"* (2, p. 24). La confusion risque de s'accroître avec le nouveau DSM, avec la disparition de la distinction entre abus et dépendance au profit de l'évaluation de la sévérité du trouble. C'est déjà en 1976 qu'Edwards et Gross posaient la question de savoir s'il fallait considérer les symptômes comme catégoriels ou dimensionnels, continus ou discontinus (21). Ainsi, s'est amorcé le changement de classification qui a abouti aujourd'hui au DSM-5 où le spectre des problèmes d'alcool a été élargi pour comprendre les formes modérées

du “trouble de l’usage d’alcool” (22). “*La conception de l’abstinence comme unique voie de sortie du trouble ne pourra pas s’appliquer avec un seuil aussi bas*”, disait Aubin en 2011 déjà (23). Il est certain qu’on trouvera de moins en moins de patients justifiant d’une proposition d’abstinence au fur et à mesure qu’on élargira le spectre des problèmes d’alcool dans un vaste ensemble qui succède aux classifications précises longuement élaborées.

Avec cette quantification, on risque d’entretenir les questions naïves des journalistes ou des responsables politiques (24) : “À partir de quelle dose est-on alcoolique ?” Bien sûr, cette vision globale des problèmes d’alcool peut être intéressante. La prévention pourrait bénéficier de cette approche continue pour tendre vers l’idéal d’une prévention globale (25). Serait résolue ainsi l’hésitation de nombreux professionnels entre soin et prévention, et nous pourrions espérer qu’avec la nouvelle classification les cliniciens et les chercheurs s’intéressent à la prévention. Cependant, cette nouvelle manière de voir soutient surtout l’approche médicamenteuse dont l’objectif est seulement de diminuer la consommation.

Classifications, évaluations

Dans le domaine de la psychiatrie, est dénoncée depuis longtemps une collusion entre les experts, qui imposent les classifications, et les intérêts de l’industrie pharmaceutique. Est-ce le cas en addictologie ? Les experts français expliquent que “*la prise en charge pourra être psychosociale ou médicamenteuse grâce à de nouvelles molécules dont certaines sont déjà sur le marché et d’autres en cours d’enregistrement et de développement*” (22, p. 314). Parallèlement, à propos de la dernière version du DSM, nous pouvons nous inquiéter lorsque les mêmes auteurs soulignent l’intérêt d’avoir ajouté le critère du *craving* : “*ce critère a le mérite d’avoir une forte résonance avec la pratique clinique et peut être une cible thérapeutique*” (22, p. 314). On ajouterait donc le *craving* parce qu’il est une cible thérapeutique ? N’est-ce pas préparer le terrain pour l’industrie, qui pourra proposer une molécule puisque le critère existe ? Nous pouvons espérer que les experts français, moins impliqués que leurs collègues américains, resteront prudents.

Les classifications ne sont jamais a-théoriques. L’évaluation pose un problème dans une société qui valorise le quantitatif et la rapidité. Il est facile de mesurer l’effet d’une pratique dont l’objectif est une diminution temporaire de la consommation. Des soignants, qui n’auraient pas besoin de justifier en permanence leurs actes, rêvent plutôt d’amé-

liorer la vie des patients sur le long terme où l’évaluation est bien difficile. Évidemment, il n’est pas étonnant que les résultats soient moins bons pour les programmes ayant un objectif plus ambitieux : l’abstinence. Il ne semble pas que l’on puisse en déduire la supériorité d’un programme de traitement sur un autre, ni la possibilité de contrôler sa consommation en cas de dépendance. Les études des Sobell ont simplement mesuré les résultats de deux approches différentes du problème, avec un critère très subjectif : le nombre de journées considérées comme “satisfaisantes”.

Imaginons cependant que ceux qui mettent en avant des mesures de la consommation pourraient préparer le terrain dans une période de crise économique. Ils seront peut-être utiles pour résister aux évaluations brutales, en adoptant une attitude pragmatique, en permettant de fournir des chiffres aux comptables de la médecine. Rappelons que Jellinek a été à l’origine d’une quantification célèbre, la formule permettant de calculer le nombre d’alcoolodépendants à partir du chiffre de mortalité par cirrhose. Elle fut importante à l’époque, officialisée par l’Organisation mondiale de la santé. Jellinek a reconnu les critiques faites ultérieurement à sa formule (26) ; elle est fautive, mais elle fut utile car elle a rempli un vide. Les responsables britanniques de la santé publique ont accepté de prendre en compte la question alcool seulement après la diffusion de cette formule. Quant aux évaluations des méthodes thérapeutiques, Babor a bien montré leurs limites à propos de l’étude Match qui essayait de prouver que certains profils de patients répondaient mieux à certaines méthodes thérapeutiques (27, 28). Certes, le suivi des patients, sur 18 mois au maximum, était satisfaisant pour ce type d’études, mais bien court dans l’histoire d’une maladie chronique. Par ailleurs, nous savons depuis Rosenzweig (29), c’est-à-dire depuis 1936, que ce qui compte vraiment c’est la qualité de la relation thérapeutique et non la méthode utilisée. Les alcoologues de terrain, non obnubilés par les évaluations venant du monde anglo-saxon, savent que l’efficacité de l’alliance thérapeutique nécessaire en alcoologie ne peut se mesurer. Mais qui résiste de nos jours aux sirènes de la quantification ? Nous sommes à l’époque du développement du *quantified self* – la mesure de soi – qui permet de recueillir et partager ses données biométriques. Nous sommes entourés de confréries d’adorateurs de l’indice. Nous sommes envahis par les *big data*. Nous avons appris en 2014 que les *data scientists* exercent le métier considéré comme “le plus sexy” (30)...

En même temps que les cliniciens expérimentaient ou subissaient les nombreux changements que nous venons de passer en revue, l’histoire des débuts de l’alcoologie a

été reconstruite et un paradigme qui n'a jamais existé a été inventé. Pourquoi cette fausse idée d'un changement de paradigme a-t-elle un tel succès ? En abordant ce thème, découvrant des points oubliés ou des lectures que j'avais négligées, je me suis aperçu de la complexité de cette histoire. Je suis donc arrivé à penser que cette erreur vient d'une mauvaise information et non pas de la mauvaise foi des néo-addictologues. Il est rassurant de se dire qu'il n'existe pas de leur part de volonté de dénigrement, pour marginaliser l'alcoologie et les alcoologues en leur faisant un faux procès, même si parfois nous sommes en concurrence institutionnelle. Ce serait une attitude peu éthique, bien contraire aux intérêts de tous. Bien sûr, nous savons tous que l'utilisation d'une nouveauté – vraie ou inventée – est nécessaire à ceux qui veulent promouvoir de nouveaux programmes, de nouvelles molécules, à ceux qui veulent intéresser les subventionneurs et à ceux qui veulent attirer les médias, par nature dépendants de la nouveauté. Il s'agit parfois de véritables actions de marketing utilisant l'intérêt pour la modernité de nos sociétés *“en demande systématique de croissance, d'innovation et d'accélération”* (31).

Retour aux origines

Bazot a souvent exprimé l'intérêt des études historiques (32), regrettant que l'activisme médical nous prive d'une réflexion sur la pratique. Il a relevé en alcoologie la précocité de nombreux concepts, *“étonnamment modernes, même si les réalisations ne furent pas toujours à la hauteur des objectifs”*. Il s'amusait devant ses jeunes collègues qui pensaient avoir introduit une innovation importante, sinon décisive, qui se révélait une vieille lune pour les anciens. Oui, l'abstinence n'a jamais été un dogme pour les vrais alcoologues. Ils réservaient cet outil à ceux pour lesquels il leur semblait nécessaire. Par ailleurs, la réduction des risques était pratiquée depuis longtemps, avant d'avoir été formalisée. D'autres outils thérapeutiques ont été présentés comme des nouveautés révolutionnaires : le sevrage ambulatoire, l'entretien motivationnel, l'éducation thérapeutique. La seule nouveauté est que nous avons maintenant des protocoles et des grilles d'évaluation pour toutes ces méthodes.

Souhaitons donc pour terminer que l'histoire de notre discipline soit mieux connue. Ainsi, nous pourrions encore mieux aider nos patients avec d'anciennes méthodes – pas forcément périmées pour autant –, de nouveaux programmes et de nouvelles molécules, dans une approche bio-psycho-sociale qui n'est pas encore contestée... tout au moins officiellement.

Oui, ce qui ne devrait pas changer c'est bien ce modèle bio-psycho-social où les différents facteurs de vulnérabilité ont des poids variables selon les époques, les sociétés, les communautés, les groupes et bien sûr les individus. Jellinek avait insisté sur le rôle de la présence de l'alcool dans une société, présence réelle – abondance, densité des lieux de vente – et présence virtuelle par les images et les représentations psychiques. Jellinek expliqua le premier comment une telle acceptation sociale implique que les problèmes d'alcool peuvent survenir avec des vulnérabilités biologiques et psychologiques faibles. L'American Society of Addiction Medicine a récemment défini l'alcoolisme comme *“une maladie primaire et chronique des circuits cérébraux de la récompense, de la motivation et de la mémoire”* (www.asam.org). Là, le modèle des pionniers est bien contesté. C'est pourquoi, il est urgent de relativiser la pertinence de certains écrits venus d'ailleurs, comme cette recommandation du National Institute for Health and Care Excellence : *“Si le patient préfère un but de modération, le traitement ne devrait pas être refusé”* (17, p. 32). Mais nom de Dionysos, nous ne l'avons jamais refusé ! Ce fut le cas aux États-Unis, certes, et au Québec, dit Nadeau, dénonçant *“l'odieux qui consistait à offrir de l'aide uniquement à ceux qui acceptaient de s'engager résolument dans l'abstinence”* (33). En France, une autre éthique du soin a toujours prévalu. Il ne faudrait pas être intoxiqué par les références étrangères. Il ne faudrait pas s'identifier à l'agresseur en intériorisant son discours, en parlant de l'abstinence comme si elle avait été la seule proposition thérapeutique faite à nos patients. Défendons notre culture alcoologique (34-37), en anglais bien sûr, malheureusement avec les pertes de sens que cela implique.

Jellinek (12, p. 158) prévenait qu'il ne suffit pas de s'incliner protocolairement devant le modèle global sans y croire, avant de revenir à une théorie étiologique construite exclusivement avec les données de sa discipline. Il confiait que le “lecteur omnivore” qu'il était avait souvent été déçu par les ouvrages présentant l'alcoolisme comme venant d'une seule origine (12, p. 13). Souhaitons-nous de garder cette même curiosité pour les travaux de nos confrères des autres disciplines en acceptant leurs conclusions partielles pour les inclure dans le modèle global. C'est le sens de l'appel de Nadeau (33, p. 5) : *“Au-delà de la reconnaissance théorique de la “multidimensionnalité” de l'addiction, le défi de la prochaine décennie est d'assurer un transfert de connaissance d'une discipline à l'autre et une intégration sur le terrain... des différents savoirs qui ont été générés par diverses disciplines, trop habituées à fonctionner en vase clos”*. Elle écrivait cela en 2002, nous avons pris un peu de retard, mais ressaisissons-nous pour la décennie suivante.

Je terminerai en souhaitant à mes collègues de n'être pas "accros" à la nouveauté à tout prix. David Kupfer, directeur du Comité d'élaboration du DSM-5, insista sur le passage de la numérotation romaine à la numérotation arabe... ou plutôt numérique de la classification : "cela devient attractif pour la jeune génération", dit-il (38). Oui, nous pouvons entrapercevoir les futurs addictologues guettant les versions 5-1, 5-2 du DSM etc. sur leurs smartphones nommés de façon identique. Les experts français cités auparavant ont qualifié le DSM-III, déjà, de "doublement révolutionnaire" (22, p 311). Nous risquons le vertige à ne voir que des révolutions. Nous avons vu que de nombreux programmes présentés comme des nouveautés existent depuis longtemps. J'oserai dire pour conclure qu'il n'existe pas de grande révolution thérapeutique, sinon dans le sens du retour au même, d'un retour aux origines. Je ne dis pas pour autant que rien n'est nouveau, que tout a été fait. Je pense cependant que beaucoup a été fait mais que beaucoup a été perdu, tant dans le domaine du soin que dans le champ de la prévention. C'est pourquoi, l'histoire de notre discipline doit être rappelée et nous pouvons alors espérer que si toutes nos actions sont désormais organisées, écrites, protocolisées et évaluées elles seront moins facilement oubliées. ■

Remerciements. – Encore une fois, j'ai écrit à la première personne. Ce n'est pas par présomption, c'est, au contraire, l'exposition de la vulnérabilité d'un auteur solitaire. Cependant, je n'oublie pas ce que je dois aux amis qui m'ont soutenu. Merci aux collègues archéo-alcoologues ou néo-addictologues du Centre hospitalier des Quatre Villes et à d'autres que je ne nommerai pas pour ne pas les compromettre.

Conflits d'intérêt. – L'auteur déclare l'absence de tout conflit d'intérêt.

M. Craplet

Vraies et fausses révolutions en alcoologie. II – L'alcoologie au risque du modernisme

Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (3) : 253-259

Références bibliographiques

- 1 - Craplet M. Vraies et fausses révolutions en alcoologie. I – L'alcoologie du XX^e siècle. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (2) : 149-57.
- 2 - Rolland B, Laprevote V, Geoffroy PA, Guardia D, Schwan R, Cottencin O. Abstinence dans l'alcoolodépendance : approche critique et actualisée des recommandations nationales de 2001. *La Presse médicale*. 2013 ; 42 (1) : 19-25.
- 3 - Rolland B, Bence C, Cottencin O. L'abstinence ? Oui... mais avec modération ! *Le Courrier des addictions*. 2013 ; 15 (3) : 8-10.
- 4 - Lecoq R, Fouquet P. Comment instituer le traitement des alcooliques. *Thérapie*. 1949 ; 4 (4) : 168.

- 5 - Fouquet P. Le syndrome alcoolique. *Études anti-alcooliques*. 1950 ; (15, juillet-octobre).
- 6 - Paille F. Vers une médecine des addictions personnalisée. *Alcoologie et Addictologie*. 2013 ; 35 (1) : 3.
- 7 - Malka R, Fouquet, Vachonfrance G. *Alcoologie*. Paris : Masson ; 1983 et 1986.
- 8 - Rueff B. *Alcoologie clinique*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 1989.
- 9 - Adès J, Lejoyeux M. Les conduites alcooliques et leur traitement. Vélizy : Doin ; 1985 et 1996.
- 10 - Reynaud M. *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2006.
- 11 - Hillemand B. Lectures alcoologiques. *Alcoologie*. 1995 ; 17 (45) : 373-90.
- 12 - Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Brunswick : Hillhouse Press ; 1960. p. 39.
- 13 - Fouquet P, Ropert R. Thérapeutique de l'alcoolisme et notion d'abstinence. *Annales Médico-Psychologiques*. 1952 ; 1 (2).
- 14 - Craplet M. Éloge de l'alcoologie et naissance de l'addictologie ? *Alcoologie et Addictologie*. 2000 ; 22 (3) : 185-93.
- 15 - Paille F. Quelle place pour l'alcoologie au sein de l'addictologie ? *Alcoologie et Addictologie*. 2007 ; 29 (1) : 3-4.
- 16 - Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence. Avis 4 décembre 2013, p. 2. Paris : HAS ; 2013.
- 17 - Rigaud A. Prise en charge des maladies alcooliques. Quelle stratégie aujourd'hui ? *Alcoologie et Addictologie*. 2014 ; 36 (1) : 27-33.
- 18 - Rigaud A. Les représentations sociétales de l'alcool et de sa consommation : les paradoxes français. Communication, Journées de la SFA, Paris, 19 mars 2014. *Alcoologie et Addictologie*. 2014 ; 36 (2) : 162.
- 19 - Entretien avec P. Fouquet. *Synapse*. 1986 ; (20) : 24.
- 20 - Kragh H. From Disulfiram to Antabuse: the invention of a drug. *Bull Hist Chem*. 2008 ; 33 (2) : 82-88.
- 21 - Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence; provisional description of a clinical syndrom. *Br Med J*. 1976 ; 1 (6017) : 1058-61.
- 22 - Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts. *Alcoologie et Addictologie*. 2013 ; 35 (4) : 309-15.
- 23 - Aubin HJ. Préparez-vous à entrer dans la cinquième dimension. *Alcoologie et Addictologie*. 2011 ; 33 (1) : 3-4.
- 24 - Craplet M. EU action plan "ignores" decades of scientific advancement in alcohol policy. *Parliament magazine*. 2014 january 15 : www.theparliament.com.
- 25 - Rigaud A. Quel impact sur la prévention de la notion d'une maladie unique en relation avec l'alcool ? Communication, Journées de la SFA, Paris, 21 mars 2013. *Alcoologie et Addictologie*. 2013 ; 35 (2) : 184.
- 26 - Page PB. E.M. Jellinek and the evolution of alcohol studies: a critical essay. *Addiction*. 1997 ; 92 (12) : 1619-37.
- 27 - Babor TF, Del Boca FK. *Treatment matching in alcoholism*. Cambridge : Cambridge University Press, 2003.
- 28 - Collectif. Exactitudes et vérités en alcoologie. *Papier de Verre*. 2011 (Ursa, CH4V, Saint-Cloud). Comprend la traduction de l'article : Babor T, Bergmark A. Mécanismes d'action spécifique et généraux des traitements. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008 ; 25 : 285-98.
- 29 - Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1936 ; 6 : 412-415.
- 30 - Baumann M. Un métier "sexy" ? *Datascientifique ! Le Monde*. 2014 avril 10.
- 31 - Rosa H. La logique d'escalade de la modernité. *Libération*. 2014 novembre 21 : 26.
- 32 - Bazot M. Éditorial. *Alcoologie*. 1995 ; 17 (45) : 371.
- 33 - Nadeau L. Un message du Québec. *Alcoologie et Addictologie*. 2002 ; 24 (1) : 4-5.
- 34 - Craplet M. Alcohol problems: is there a specifically French view? *Addiction*. 2001 ; 96 : 805-7.
- 35 - Craplet M. France: alcohol today. *Addiction*. 2005 ; 100 : 1398-401.
- 36 - Craplet M. Open letter to my friends and colleagues. *Addiction*. 2006 ; 101 : 450-3.
- 37 - Craplet M, Rigaud A. The loi Evvin: a French exception. *The Globe*. 2004 ; (1-2) : 33.
- 38 - Santi P. Entretien avec D. Kupfer. La détection des maladies mentales doit être précoce. *Le Monde*. 2014 juin 11 : 26.