

Dr Clémence Vasseur*, Dr Yves Montariol**, Dr François Pétrègne***, Dr Benoît Fleury****, Pr Philippe Castera****.*

* Département de médecine générale, Université de Bordeaux, 146, rue Léo Saignat, F-33076 Bordeaux cedex.

Courriel : clemencevasseur@wanadoo.fr

** Maître de conférences associé de médecine générale de l'Université de Bordeaux, France

*** Professeur associé de médecine générale de l'Université de Bordeaux, France

**** Addictologue, Bordeaux, France

* Coordinateur médical Agir 33 Aquitaine, France

Reçu juin 2018, accepté février 2019

Place de l'abstinence et de la consommation contrôlée

dans le parcours des patients ayant un trouble sévère de l'usage de l'alcool

Résumé

Introduction : l'abstinence a longtemps été considérée comme l'unique objectif de soin des patients alcoolodépendants. Les dernières recommandations valorisent la consommation contrôlée dans un but de réduction des risques et des dommages. Quelle vision portent les personnes alcoolodépendantes sur ce nouveau paradigme de l'offre de soins ? **Méthode :** étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 11 patients alcoolodépendants. L'objectif principal était d'explorer leur vécu sur l'abstinence et la consommation contrôlée. **Résultats :** l'abstinence est un idéal permettant d'apporter un sentiment relatif de liberté, de bien-être, améliorant les relations et activités. Sa mise en application est difficile. La consommation contrôlée constitue un compromis adapté aux personnes en échec ou non prêtes à l'abstinence. Sa mise en place est plus facile. On constate une amélioration du bien-être, des activités, du relationnel. Le *craving* est décrit comme plus durable et la consommation contrôlée ne permet pas de tourner la page. **Discussion :** si l'abstinence est idéale, la consommation contrôlée est un objectif pragmatique, répondant aux recommandations d'amélioration de la qualité de vie et de réduction de la morbi-mortalité. Certains facteurs qui influencent le choix de l'un ou l'autre objectif peuvent être définis, mais ce choix s'intègre dans un processus de changement propre à chaque patient.

Mots-clés

Alcoolodépendance – Abstinence – Consommation contrôlée – Point de vue du patient.

L a consommation chronique d'alcool entraîne des dommages très importants. Malgré cela, le pourcentage de patients en traitement pour leur alcool-

Summary

Place of abstinence and controlled drinking in the course of patients with alcohol addiction

Introduction: abstinence has long been considered the unique goal of care for alcohol-dependent patients. The latest recommendations promote controlled consumption with a reach in order to reducing risks and damage. What vision do alcohol-dependent people have of these new paradigms of care offer? **Method:** qualitative study by semi-directed interview with 11 alcohol-dependent patients. The main objective is to explore their experiences on abstinence and controlled consumption. **Results:** abstinence is an ideal, bringing a relative sense of freedom, well-being, improved relationships and activities. Its implementation is difficult. Controlled consumption is a compromise, suitable for people who are failing or not ready for abstinence. Its installation is easier. There has been an improvement in well-being, activities and relationships. Craving is less controlled, and reduction does not turn the page. **Discussion:** while abstinence is ideal, controlled consumption is a pragmatic goal, responding to recommendations: improving quality of life, reducing morbidity and mortality. Some factors that influence the choice of one or the other objective can be defined, but this choice is part of a change process specific to each patient.

Key words

Alcohol-dependence – Abstinence – Controlled consumption – Patient's point of view.

dépendance est très bas dans la population européenne (seulement 8 à 40 %) (1). L'abstinence a longtemps été considérée comme le seul objectif de soin (1, 2).

Certaines données objectives montrent qu'une partie des sujets alcoolodépendants se sentent incapables ou ne veulent pas s'engager vers l'abstinence. Refuser de proposer des objectifs de soins intermédiaires décourage les patients à demander de l'aide (3). Les études en population générale montrent que, bien que l'abstinence soit la modalité de rémission la plus stable, une proportion non négligeable de personnes alcoolodépendantes se stabilise dans sa rémission tout en consommant de l'alcool (4, 5). En effet, une revue de la littérature sur l'apport de la consommation contrôlée dans l'offre de soin de l'alcoolodépendance montre qu'une fraction (plus ou moins importante selon les études : 20-80 %) de personnes ayant une dépendance à l'alcool favorise la consommation contrôlée comme objectif de traitement plutôt que l'abstinence (3).

Le nouveau paradigme de la consommation contrôlée d'alcool, s'appuyant sur des médicaments ayant pour objectif de réduire le *craving*, a bénéficié d'une large publicité. Ceci a pu permettre à certains patients, encore loin d'envisager l'abstinence, de se rapprocher du soin. La consommation contrôlée s'intègre dans les nouvelles recommandations de la Société française d'alcoologie et permet une baisse significative des risques et des dommages liés à la consommation d'alcool (3, 6).

Avec le recul de quelques années, qu'en est-il de la vision des personnes alcoolodépendantes sur ce nouveau paradigme de l'offre de soin ? Quelle place ont l'abstinence et la consommation contrôlée dans le parcours des patients avec l'alcool ?

Méthodes

Une étude qualitative a été réalisée par un médecin généraliste dans le cadre de son travail de thèse. Le principal objectif était d'explorer la diversité des représentations des personnes dépendantes de l'alcool sur l'abstinence et la consommation contrôlée.

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés par la doctorante. Les critères d'inclusion étaient : présenter une alcoolodépendance selon le CIM-10 (au moins trois critères) et/ou un trouble sévère de l'usage d'alcool (score du DSM-5 supérieur à 6) ; être dans un objectif d'abstinence ou de consommation contrôlée ; être suivi en addictologie ou en médecine générale pour cet objectif de soin ; être en capacité physique et psychique de répondre aux questions et avoir signé le consentement

éclairé. Il n'y avait pas de critère de non-inclusion. La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données (7).

Les participants ont été recrutés en consultation d'addictologie ou de médecine générale en Aquitaine, soit par l'investigatrice, soit par des médecins contactés par l'investigatrice. Nous ne savions pas toujours depuis combien de temps les patients étaient suivis pour leur trouble de l'usage d'alcool, cependant, il ne s'agissait pour aucun des participants d'une première consultation pour ce problème. Une rencontre leur était proposée dans un lieu de leur choix. L'entretien était mené par l'investigatrice à l'aide d'un canevas d'entretien (annexe 1), élaboré au préalable après lecture de la littérature par la doctorante et son directeur de thèse. Le tableau I rapporte les caractéristiques des participants et des entretiens.

L'étude a reçu un avis favorable du Comité de protection des personnes. Une déclaration MR 003 a été faite auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les entretiens étaient intégralement enregistrés puis retranscrits, mot à mot. L'analyse des données a été réalisée selon le principe de la théorie ancrée et avec l'aide du logiciel Nvivo 11 starter®. Une triangulation des données a été effectuée entre l'investigatrice et son directeur de thèse. 11 entretiens ont été réalisés entre février 2017 et octobre 2017. La saturation des données a été obtenue après dix entretiens. La durée moyenne des entretiens était de 59 minutes.

L'étude faisant partie d'un travail de thèse de médecine générale, le contenu était plus développé. Nous avons sélectionné, pour le besoin de l'article, les éléments les plus centrés sur la question de recherche (8).

Résultats

L'abstinence : qu'en disent les patients ?

Un objectif idéalisé, voire incontournable pour certains, mais aussi, le sacrifice d'un plaisir, pas toujours nécessaire

- L'abstinence : la meilleure des solutions

Les sujets abstinentes parlaient d'une évidence, ne pensaient "pas pouvoir faire autrement" (E11). Les

sujets non abstinents envisageaient cet objectif comme “la meilleure des solutions” (E4), comme un souhait “j’aimerais y arriver” (E8).

- L’abstinence pour se sentir mieux

Pour les sujets abstinents, cet objectif permettait de renforcer l’estime de soi, de prouver aux autres qu’ils étaient

capables d’arrêter. Des sujets non abstinents parlaient d’un “objectif libérateur” (E4).

- L’abstinence non nécessaire

Pour certains, l’abstinence était un but possible mais non nécessaire, car c’était “s’empêcher de se faire plaisir avec un bon vin de temps en temps” (E1).

Annexe 1. – Canevas d’entretien.

- Entretien n°

“Je me présente, je suis Mme V, je suis remplaçante en médecine générale, je suis en train de réaliser ma thèse sur la place de l’abstinence et de la consommation contrôlée dans le parcours des patients avec l’alcool. L’objectif est d’étudier ce que pensent les patients dépendants de l’alcool de l’abstinence et de la réduction contrôlée de leur consommation d’alcool, et comment ils vivent l’un et l’autre objectifs de soin. En pratique, je vais vous poser des questions et je vais enregistrer notre échange, avec votre accord, pour permettre de l’analyser par la suite. L’anonymat est bien sûr la règle. Alors allons-y...”

- Tout d’abord, pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?
 - Sexe du sujet :
 - Faire préciser : âge ; activité professionnelle ; statut marital, enfant ?
 - Dans quelle ville habite-t-il(elle) ?
 - Religion, origines ?
 - Est-il(elle) suivi(e) par une structure d’addictologie ? Un médecin généraliste ?
- Concernant le parcours avec l’alcool : pouvez-vous me raconter votre parcours avec l’alcool, depuis votre premier verre et jusqu’à votre première décision de soin ?
 - Quels éléments de votre vie ont favorisé votre consommation d’alcool ?
 - Quels éléments de votre vie vous ont fait perdre le contrôle sur votre consommation d’alcool ?
 - Que recherchiez-vous en consommant de l’alcool ?
 - Quels changements avez-vous remarqués au fur et à mesure que vous augmentiez votre consommation d’alcool, que ce soit dans votre vie, dans votre rapport aux autres ?
 - Avez-vous des addictions à d’autres substances ?
- Concernant l’entrée dans le parcours de soins : quelles ont été vos motivations à vous soigner de votre dépendance à l’alcool ?
 - Y a-t-il eu un élément déclencheur particulier ?
 - Quelles étaient vos craintes en entrant dans une démarche de soin ?
 - Que pensiez-vous pouvoir améliorer en décidant de vous soigner ?
 - Y a-t-il eu des personnes qui vous ont influencé(e) sur votre choix de vous soigner ?
 - Que pensez-vous qu’il serait arrivé si vous ne vous étiez pas engagé(e) dans une démarche de soin ?
- Concernant le parcours avec le soin : actuellement quel est votre objectif de soin ? L’abstinence ou la consommation contrôlée ? Pourquoi avez-vous choisi cet objectif de soin ?
 - Avez-vous déjà reçu d’autres soins concernant l’alcoolodépendance ? Y a-t-il eu des rechutes ?
 - Que pensez-vous de l’abstinence ?
- “La réduction contrôlée de la consommation d’alcool” : que cela signifie-t-il pour vous ?
 - Connaissez-vous des traitements d’aide à la réduction de la consommation d’alcool ? Qu’en pensez-vous ?
 - Comment avez-vous mis en place votre objectif de soin (abstinence ou réduction contrôlée) ?
 - Est-ce vous qui avez pris la décision finale de ce type d’objectif ?
 - Quelle aide vous ont apportée les professionnels de santé ? Et votre entourage ?
 - Quel a été le rôle de votre médecin traitant ?
 - Vous a-t-on proposé un traitement pour vos co-addictions ?
 - Avez-vous un suivi pour des troubles de l’humeur ? Dépression ?
- Vécu du traitement / de l’objectif de consommation : comment se passe votre tentative d’abstinence / de réduction de votre consommation d’alcool ?
 - Comment vous sentez-vous ?
 - À vos yeux, quels sont les changements importants de votre vie depuis que vous êtes abstinent(e) ou depuis que vous avez réduit votre consommation d’alcool ?
 - Quelles difficultés majeures rencontrez-vous face à cet objectif (d’abstinence ou de réduction contrôlée) ?

Tableau I : Caractéristiques des participants et des entretiens

Numéro entretien	Recrutement	Âge (ans)	Sexe	Situation familiale	Profession	Objectif de soin souhaité au moment de l'entretien :		Suivi	Scores	Durée entretien
						abstinence (A) ou consommation contrôlée (CC)				
E1	MG	64	H	Divorcé, 2 enfants	Retraité, chasseur de tête	A - Objectif atteint.	Pas de rechute	Médecin traitant	CIM-10 : 3 critères DSM-5 : 5/11	1h39
E2	MG	58	F	Couple, sans enfant	ASH dans une école spécialisée	A - Objectif atteint.	Pas de rechute	Médecin traitant	CIM-10 : 3 critères DSM-5 : 4/11	1h14
E3	MG	54	F	Séparée, 2 enfants	Infirmière puéricultrice	A - Objectif atteint.	Plusieurs rechutes auparavant	Médecine générale Addictologie	CIM-10 : 3 critères DSM-5 : 7/11	55 min
E4	AD	39	F	Célibataire, sans enfant	Employée dans un commissariat	CC puis A,	objectif non atteint.	Addictologue Psychiatre Vie libre	CIM-10 : 4 critères DSM-5 : 6/11	47 min
E5	MG	51	F	Mariée	Auxiliaire puéricultrice	CC puis A - Objectif atteint.	Plusieurs rechutes auparavant	CSAPA	CIM-10 : 3 critères DSM-5 : 8/11	52 min
E6	MG	61	H	Marié, 3 enfants	Retraité, facteur	CC - Objectif atteint		Médecin traitant CSAPA	CIM-10 : 3 critères DSM-5 : 4/11	38 min
E7	MG	56	H	Couple, sans enfant	Employé dans les espaces verts	A - Objectif atteint	Plusieurs rechutes auparavant	Médecin traitant Addictologue en post-cure	CIM-10 : 5 critères DSM-5 : 9/11	50 min
E8	MG	61	F	Séparée, 2 enfants	Retraîtée, auxiliaire de vie	CC - Objectif atteint		Médecin traitant	CIM-10 : 4 critères DSM-5 : 4/11	44 min
E9	AD	46	H	Célibataire, sans enfant	Sans emploi	CC - Objectif fluctuant	atteint avec rechutes	SSR addictologie Médecin traitant	CIM-10 : 5 critères DSM-5 : 7/11	35 min
E10	AD	45	H	Célibataire, Sans enfant	Sans emploi	CC - Objectif atteint		ELSA SSR addictologie	CIM-10 : 6 critères DSM-5 : 9/11	57 min
E11	AD	44	H	Célibataire, sans enfant	Courtier en assurance	A - Objectif atteint	depuis peu	ANPAA SSR addictologie	CIM-10 : 5 critères DSM-5 : 7/11	1h48

MG : médecine générale ; AD : addictologie ; F : femme ; H : homme ; ASH : agent des services hospitaliers ; ELSA : équipe de liaison et de soin en addictologie ; ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie ; CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

En pratique, comment l'abstinence est-elle vécue ?

- Pour les non-abstinents, une mise en application qui restait difficile

“Je ne sais pas si je pourrais y arriver” (E8) ; “Il faudrait vraiment que j’arrive à zéro, et c’est dur” (E4). C’était un objectif qui nécessitait un “mental d’acier” (E4). Pour les sujets qui présentaient un *craving* important, l’abstinence nécessitait de dépasser ce *craving*. Un sujet expliquait que l’abstinence n’était possible que si l’on arrivait à trouver l’origine de son alcoolisation : “J’essaye toujours de m’abstenir, de chercher les problèmes, d’où ça vient” (E10). Enfin, pour certains, la peur de la rechute était un frein à s’engager dans cette démarche : “Parce qu’il y a un moment, quand on ne boit plus, on arrête oui mais la rechute elle est... terrible !” (E9).

- Les bénéfices retenus de l’abstinence

Un sentiment de bien-être physique et psychologique, de fierté et d’énergie était retrouvé : “C’est vrai que je reprends goût à certaines choses. À des choses que j’avais mis de côté” (E3) ; “Non on m’a dit que j’avais vachement évolué, et je suis fière de moi, de ce que je fais là maintenant” (E5). Les sujets abstinentes trouvaient que les relations avec leurs proches s’amélioraient : “un bien-être, surtout pour mon entourage” (E7). Des avantages financiers étaient constatés : “l’argent de l’alcool qu’on n’a pas bu, il va partir dans des voyages” (E2).

- Les inconvénients de l’abstinence

La décision d’abstinence nécessitait de rompre avec un environnement nocif, parfois de couper les ponts avec des amis, et de changer ses habitudes, notamment

culinaires. Pour certains, l'abstinence aggravait l'isolement. Un participant expliquait qu'il était plus difficile pour lui d'aller vers les autres en étant abstinent : "Et aller voir les gens à jeun... moi je suis pudique, je suis réservé... Ce n'est pas évident" (E10). Cet objectif pouvait être un frein à la fête et à la convivialité : "Moi je suis déjà allé en boîte sans boire, et bien ce n'est pas pareil. Je l'ai fait plusieurs fois. Des soirées aussi : c'est pas pareil" (E9).

Les participants mettaient en avant la difficulté de l'atteinte de l'objectif et du maintien : "Si j'y vais toute seule, est-ce que je suis capable de sortir de ce rayon d'alcool ? Est-ce que si j'y passe j'aurai envie ? Donc je ne peux pas y aller seule" (E5). Le fait d'être occupé et notamment de travailler rendait l'objectif plus réalisable. Malgré l'abstinence, la réduction du *craving* n'était que très longue et progressive : "Donc là depuis six-sept mois, le *craving* est beaucoup, beaucoup moins fort. Il s'atténue" (E5). L'alcool était souvent substitué par une autre boisson et, parfois, par une autre addiction : "Eh bien je me sens bien. Je prends mes petits valium® le matin..." (E7).

Comment est prise la décision finale de l'objectif d'abstinence ?

Pour les sujets interrogés qui étaient dans un objectif d'abstinence atteint au moment de l'entretien, la décision finale de cet objectif de soin était la leur, marquée par une détermination. Cette décision avait été radicale, un moment fort : "Et là, j'ai arrêté de boire du jour au lendemain, je lui ai dit "Philippe ma promesse je l'ai tenue" (E2) ; "Donc par rapport à mes parents, par rapport à mon entourage, par rapport au fait que j'avais une voiture, je n'avais pas envie de risquer ma vie et celle des autres. Et je voulais prouver aux autres, que je pouvais arrêter. Et donc depuis que je suis rentré, je ne bois plus" (E7).

La consommation contrôlée : qu'en disent les patients ?

Un objectif plus controversé

- Un objectif voué à l'échec

Pour certains sujets abstinents, "L'histoire de réduire c'est faux" (E3). Pour ces mêmes sujets, le risque de rechute était trop important : "Pendant combien de temps ? Après elle va reprendre, elle va dire je n'ai pas

tenu. On arrête, ou on n'arrête pas. L'entre-deux pour moi non" (E2).

- Un objectif acceptable

Pour d'autres, la consommation contrôlée permettait de garder le plaisir du vin et la convivialité : "Pourquoi pas ? [...] Y'a plein de gens qui boivent régulièrement mais d'une manière très raisonnée" (E1) ; "Je souhaitais garder l'alcool festif. Donc, quand on reçoit des amis [...]" (E4).

- Pour les sujets non prêts à l'abstinence

La consommation contrôlée était une première étape de traitement. Certains sujets exprimaient le besoin de garder la présence d'alcool : "Si je n'ai pas un verre le soir, même avec pas grand-chose, et bien ce n'est pas une soirée normale" (E8). Un autre sujet pensait ne pas pouvoir maintenir l'abstinence et avait peur de la rechute : "Si j'arrête et que c'est pour rechuter deux fois pire..." (E9). La consommation contrôlée était donc une étape vers l'abstinence : "Non mais boire modérément... Déjà je me fixe ça et après si je peux être abstinent oui. Mais c'est dur" (E9).

- Un objectif de rattrapage en cas d'échec de l'abstinence

Quand l'objectif d'abstinence n'est pas atteint, ou après une rechute : "Ce n'est pas ce que j'avais choisi, j'étais parti dans l'optique d'arrêter complètement, avec le baclofène, et de temps en temps j'en avais envie, donc je buvais de temps en temps [...] Je lui disais : je voudrais arrêter complètement, mais je n'y arrive pas" (E5).

En pratique, comment la consommation contrôlée est-elle vécue ?

- Les bénéfices retenus de l'objectif de la consommation contrôlée

La consommation contrôlée contribue à l'amélioration de la qualité de vie, en apportant aux patients un sentiment de bien-être : les sujets atteignant leur objectif de consommation contrôlée se sentaient tous mieux : "Ah oui ! je me sens mieux" (E6). Certains se sentaient moins énervés, moins tristes, même si des problèmes persistaient : "Il y a des fois, j'ai des coups de cafard, mais c'est moins qu'avant" (E10). D'autres avaient l'impression que cela leur permettait de retrouver des activités : une participante expliquait qu'elle n'avait plus "la gueule de bois" et qu'elle avait repris des activités : "Je fais un peu plus de choses. Si, je me sens mieux ! Parce qu'avant, j'avais l'impression d'avoir la figure gonflée,

cela ne me plaisait guère” (E8). On pouvait constater également une amélioration sur le plan relationnel : une participante avait le sentiment que cette décision avait permis de renforcer les liens familiaux : “Je suis encore plus proche de ma sœur et de ma famille parce qu’ils me soutiennent” (E4).

- Un avantage de la consommation contrôlée : objectif de soin plus facile à mettre en place

Pour plusieurs patients, la consommation contrôlée était facile à mettre en place : “Non. Pas du tout. Pour moi ça a été assez facile finalement” (E6).

- Les inconvénients de la consommation contrôlée

C’est un objectif qui ne permet pas de tourner la page : pour certains, la consommation contrôlée était un objectif acceptable, mais ce n’était pas un objectif libérateur : “Cela maintient un fil à la patte” (E4). Ils étaient encore envieux des personnes abstinentes : “J’ai une amie qui ne boit rien du tout [...] mon dieu que j’aimerais bien être comme ça” (E8) ; “Je ne suis pas dans la sérénité encore” (E4). La modération était difficile à maintenir pour quelques patients : “Le plus dur c’est de se modérer quand on boit [...] De réussir à se mettre une limite” (E9). Certains avaient l’impression que cela entretenait leur *craving* : “Je me suis rendu compte que ce n’était pas possible. Parce que c’était trop dangereux et ça appelait toujours à consommer après...” (E4) ; “Le corps réclame tellement, il a tellement la mémoire, que dès que vous buvez, cela envoie le signal au cerveau” (E4) ; “Mais une canette ça y est ! Une canette ça appelle une deuxième, une troisième et après c’est fini” (E10).

Comment est prise la décision finale de l’objectif de consommation contrôlée ?

Pour les sujets en consommation contrôlée, cet objectif de soin était souvent une décision intermédiaire, proposée par les professionnels de santé quand l’abstinence n’était pas possible ni envisagée : “Ça n’a pas été votre décision en fait ? Non [...] Et un jour il m’a dit : il faudrait quand même essayer de faire quelque chose !” (E8).

Cette décision pouvait aussi être décidée par le patient lorsqu’il n’arrivait pas à être abstinent : “Quand je vois des gens : j’ai une amie qui ne boit rien du tout, qui ne fume pas. Eh bien je dis : “mon dieu que j’aimerais bien être comme ça”. Mais malheureusement je pense que je boirai toujours un petit peu” (E8).

Pour une participante, la consommation contrôlée avait été son premier choix, car : “Je souhaitais garder l’alcool festif” (E4).

Discussion

Les forces et les faiblesses de l’étude

Les forces de l’étude

Cette étude est novatrice par son point de vue : si certains travaux ont étudié la préférence de traitement des patients (5) (étude quantitative n’étudiant pas les facteurs influençant leur choix), ici l’objectif principal était de laisser s’exprimer des patients soignés pour leur alcoolodépendance sur les représentations et le vécu de l’abstinence et de la consommation contrôlée. Elle a d’ailleurs été bien accueillie par l’ensemble des participants. Certains avaient l’impression que cela pouvait les aider pour leur thérapie, les faire avancer. D’autres exprimaient la volonté de partager leur expérience pour plusieurs raisons : aider la recherche médicale, aider d’autres personnes qui se trouveraient dans la même situation, faire tomber les tabous et arrêter la stigmatisation. Les entretiens ont été particulièrement longs (59 minutes en moyenne) et riches.

Les faiblesses de l’étude

Cette étude souffre d’un biais de désirabilité : la forme de l’entretien et le thème abordé avaient tendance à amener les participants vers les bienfaits du changement. La position de l’enquêtrice (médecin face au patient) a pu orienter leur discours sur les bienfaits de l’abstinence ou de la consommation contrôlée. Le recours à la technique du groupe de discussion aurait peut-être permis aux patients de se solidariser pour aborder les aspects négatifs, mais il semble surtout qu’ils étaient dans la nécessité d’un renforcement positif. Quelle que soit la posture de l’intervenant, il y a un risque important de retrouver ce biais.

Il existe également un biais de sélection : nous n’avons inclus que des patients étant dans une démarche de soin. En effet, il paraissait difficile de recruter des patients ayant un trouble sévère de l’usage d’alcool, non suivis pour cela par des soignants. Outre la difficulté de les recruter, il aurait été sans doute plus difficile de les faire s’exprimer. Nous aurions eu leurs représentations sur la consommation contrôlée ou l’abstinence, mais pas leur vécu.

L'abstinence, un objectif idéalisé

À la lecture des résultats, nous avons l'impression que l'abstinence a tendance à être considérée par les patients comme un objectif idéal car c'est un objectif qui apporte un sentiment de liberté et de guérison relative. Cependant, une étude réalisée aux États-Unis sur la cohorte NESARC montrait que seulement un tiers des patients alcoolodépendants était traité pour cette addiction. Dans cette même cohorte, seulement 18 % des sujets avaient changé leur mode de consommation pour l'abstinence (9).

Le principal facteur limitant l'accès aux soins dans le trouble de la consommation d'alcool semble être la réticence à s'engager dans l'abstinence (10). En effet, la mise en place de l'abstinence nécessite une détermination, une motivation et une organisation. Cette décision est le fruit d'un long processus de changement, qui est variable selon les patients. Par ailleurs, la prise de décision d'abstinence est un moment vécu comme particulièrement difficile et avec de longs délais de prise en charge (en structure d'addictologie, en hospitalisation pour le sevrage) et une plus grande expérience nécessaire pour le médecin traitant. Enfin, la France est un pays qui subit une forte pression culturelle pour boire de l'alcool (en particulier du vin) au quotidien. Bien que la représentation sociale et culturelle de l'alcool évolue en France, l'abstinence d'alcool peut être un choix difficile, stigmatisant (2).

L'abstinence paraît être, d'après nos résultats, une décision personnelle engagée par le patient, soutenue ensuite par le médecin (cela en dehors du contexte de l'urgence, comme une hospitalisation non programmée, où l'abstinence est imposée au patient).

Il aurait pu être intéressant de réaliser pour chaque participant un questionnaire portant sur la qualité de vie comme l'AQoLS (11). Cependant, en reprenant a posteriori (sans analyse statistique) les items de ce questionnaire AQoLS chez les patients étudiés, on constate que l'abstinence permet une amélioration de la qualité de vie dans le domaine des activités, du relationnel, du renforcement de l'estime de soi et une amélioration des conditions de vie et du rapport à soi. Deux participants cependant se sentent plus isolés sur le plan relationnel lorsqu'ils sont abstinents : cela les freine à faire la fête et à aller vers les autres. Le sentiment de contrôle est plus nuancé : certains ont complètement tourné la page, d'autres sentent une amélioration lente et pro-

gressive du *craving*. Pour tous, le maintien de l'objectif est fragile. Le maintien de l'abstinence est avant tout subordonné à la détermination et au soutien psychosocial. Ce dernier permet aux patients de renforcer leur investissement dans la réussite de leur sevrage, ainsi que l'importance qu'ils accordent aux soutiens des proches et des soignants.

La consommation contrôlée, un objectif pragmatique

À la lecture des résultats, nous avons l'impression que la consommation contrôlée n'est pas l'objectif idéal pour les patients. Cependant, plusieurs études ont montré qu'une majorité de patients préfèrent choisir comme premier objectif de traitement la consommation contrôlée (fraction plus ou moins importante selon les études : 20-80 %) (1, 3, 13). Cet élément est moins mis en valeur dans notre étude : il semble que les patients auraient aimé choisir l'abstinence, mais ils ne s'en sentent pas capables, ou bien ils n'y sont pas parvenus auparavant.

La consommation contrôlée constitue donc un objectif pragmatique et intermédiaire. La politique de santé publique proposée par l'Organisation mondiale de la santé en 2010 (14) est en faveur des stratégies visant à réduire les dommages liés à la consommation nocive de l'alcool. Les dernières recommandations de bonnes pratiques sur le mésusage de l'alcool de la Société française d'alcoologie (6) vont clairement dans le sens de la réduction des risques et des dommages. La consommation contrôlée s'inscrit donc dans cette politique de santé publique et est d'ailleurs acceptée par près de la moitié des spécialistes français (3). Cet objectif de soin peut être un objectif de rattrapage, après un échec de l'abstinence, ou bien une première étape chez les patients qui souhaitent garder le plaisir des boissons alcoolisées et la convivialité. Parfois, nous avons pu mettre en évidence que cet objectif de soin est proposé par le médecin : il donne la possibilité au patient qui n'est pas prêt à l'abstinence et au soin de s'engager dans une démarche peut-être plus accessible. Notre étude a aussi permis de montrer que l'objectif de consommation contrôlée paraît plus facile et plus rapide à mettre en place que l'abstinence et peut être facilement accompagné en ambulatoire par le médecin traitant.

Il semble que les difficultés liées au maintien de la consommation contrôlée soient similaires aux problèmes rencontrés pour l'abstinence : nécessité de

rompre avec son environnement délétère, avoir une détermination et une motivation sans faille. Une difficulté supplémentaire a été mise en évidence par les participants : l'auto-limite. En effet, les participants expliquent qu'il est parfois difficile de se modérer et que le fait de continuer à boire entretient le *craving*, ou du moins une tentation de boire qui lui ressemble.

La consommation contrôlée a un impact positif sur la qualité de vie dans les domaines des activités, du relationnel, de la relation à soi et sur le plan émotionnel ; en revanche, le sentiment de contrôle n'est pas valorisé. De plus, certains ne se sentent pas à l'aise avec cet objectif et espèrent réussir à être abstinentes.

Un parcours chaotique aux objectifs changeants

Le tableau II propose une comparaison entre les deux objectifs : abstinence ou consommation contrôlée. On

observe plus souvent un continuum entre consommation contrôlée et abstinence dans le parcours d'un patient, en fonction de ses possibilités, de sa motivation et de ses décisions du moment. En effet, l'objectif réalisé n'est pas toujours celui décidé au départ, mais adapté en cours de route en fonction des résultats et il peut aussi évoluer dans le temps : une diminution peut être une cible intermédiaire chez un sujet qui n'est pas encore prêt à arrêter complètement. À l'inverse, une période d'abstinence transitoire peut être nécessaire compte tenu de la situation clinique et des difficultés, avant d'envisager une consommation contrôlée à plus long terme (17).

Nous souhaitons rappeler que le suivi psychosocial est déterminant dans la prise en charge de l'alcoolodépendance. Il n'existe pas de recommandation sur la stratégie de suivi psychosocial d'un patient alcoolodépendant ; il faut donc faire du "sur mesure" pour chaque patient et montrer de la disponibilité en cas de rechute.

Tableau II : Proposition de comparaison entre les représentations de l'abstinence et de la consommation contrôlée

Représentations	Abstinence	Consommation contrôlée
Objectif	Idéal	Pragmatique
Prise de décision	Décision d'abstinence très souvent personnelle, prise par le patient Rarement décision imposée suite à une hospitalisation ou suite à de graves problèmes médicaux	Décision intermédiaire : première étape de traitement pour les personnes non prêtes à l'abstinence Objectif de rattrapage : en échec de l'abstinence Décision personnelle si le patient souhaite garder le plaisir de l'alcool
Déterminants de la mise en place	Mental d'acier Changer ses habitudes et son environnement Prise en charge rapide après la prise de décision d'abstinence	Peut être proposé à des personnes moins motivées dans un premier temps Mise en place plus facile Toujours organisé en ambulatoire et/ou par le médecin traitant
Médicaments disponibles	Organisation rigoureuse (organisation du sevrage, suivi addictologique) Doute sur l'aide effective des traitements "Tout se passe dans la tête" ?	Médicaments de lutte contre le <i>craving</i> (nalméfène et baclofène) qui sont vécus comme efficaces Utilisation facile Problème des effets indésirables des traitements
Maintien	Il semble que les difficultés du maintien soient similaires : motivation, soutien, suivi médical et psychologique, rompre avec l'environnement nocif	Il semble que les difficultés du maintien soient similaires : motivation, soutien, suivi médical et psychologique, rompre avec l'environnement nocif Difficulté supplémentaire : l'auto-limite, la modération
Avantages à court terme	Amélioration de la qualité de vie Réduction considérable du risque Réduction des dommages	Amélioration de la qualité de vie Réduction du risque Autant de réduction des dommages ?
Impressions des patients sur le long terme	Impression relative de guérison Impression relative de liberté Objectif fragile, rechute fréquente et culpabilisante	Objectif non libérateur, ne permet pas de tourner la page "Maintien un fil à la patte" Rechute moins stigmatisante
<i>Craving</i>	Représentation d'une amélioration lente mais progressive du <i>craving</i>	Représentation d'une tendance au maintien du <i>craving</i>

Conclusion

L'abstinence et la consommation contrôlée ont toutes deux un impact positif dans l'amélioration de la qualité de vie des patients alcoolodépendants et dans la réduction des dommages liés à l'alcool, selon leurs propos recueillis en entretiens semi-dirigés. L'objectif de soin est singulier et relève d'une décision partagée. Il peut varier dans le temps en fonction de nombreux paramètres. Le patient doit rester le décideur ultime du plan de soins, le thérapeute dispose de pistes pour motiver et orienter. Lorsque le projet thérapeutique est élaboré et choisi par le patient dès le départ, le pronostic est considérablement meilleur. Les enjeux actuels résident dans le dépistage du *craving* qui est souvent évoqué comme intrinsèquement lié à la rechute et représente donc une cible privilégiée de la prise en charge de l'addiction, du point de vue de la psychothérapie comme de la pharmacothérapie (18). Le but du suivi psychosocial et des traitements est de permettre le maintien d'une consommation en dessous des seuils de risque, mais l'idéal, pour la plupart des patients que nous avons rencontrés, reste encore aujourd'hui l'abstinence. ■

Liens d'intérêt. – C. Vasseur, Y. Montariol et F. Petregne déclarent l'absence de tout lien d'intérêt. P. Castera et B. Fleury déclarent avoir reçu des honoraires de la part du laboratoire Lundbeck pour diverses missions en lien avec le Selincro®.

C. Vasseur, Y. Montariol, F. Pêtrègne, B. Fleury, P. Castera
Place de l'abstinence et de la consommation contrôlée dans le parcours des patients ayant un trouble sévère de l'usage de l'alcool
Alcoologie et Addictologie. 2019 ; 41 (1) : 5-13

Références bibliographiques

- 1 - Société Française d'Alcoologie. Modalité de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Conférence de consensus 2001. *Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 (2) : 109-388.
- 2 - 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 ; 46 (5) : 586-91.
- 3 - van Amsterdam J, van den Brink W. Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *J Psychopharmacol*. 2013 ; 27 (11) : 987-97.
- 4 - Sobell M, Sobell L. Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate? *Addiction*. 1995 ; 90 : 1157-77.
- 5 - Aubin HJ. L'abstinence à tout prix ? *Alcoologie et Addictologie*. 2000 ; 4 : 279-80.
- 6 - Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (1) : 5-84.
- 7 - Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994 ; (23) : 147-81.
- 8 - Vasseur C. Place de l'abstinence et de la réduction contrôlée dans le parcours des patients avec l'alcool. Étude qualitative auprès de 11 patients présentant une addiction à l'alcool en démarche de soins. Bordeaux : Université ; 2018.
- 9 - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA results from the 2011 National survey on drug use and health: mental health findings. Rockville : US Department of Health and Human Services, Center for Behavioral Health Statistics and Quality ; 2012.
- 10 - Luquiens A, Aubin HJ. Patient preferences and perspectives regarding reducing alcohol consumption: role of nalmefene. *Patient Prefer Adherence*. 2014 ; 8 : 1347.
- 11 - Luquiens A, Whalley D, Crawford SR, Laramée P, Doward L, Price M, et al. Development of the Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS): a new patient-reported outcome measure to assess health-related quality of life in alcohol use disorder. *Qual Life Res*. 2015 ; 24 (6) : 1471-81.
- 12 - Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R. Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addict Behav*. 1997 ; 22 (2) : 247-55.
- 13 - Adamson SJ, Heather N, Morton V, Raistrick D. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol Alcohol*. 2010 ; 45 (2) : 136-42.
- 14 - World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva : WHO ; 2010;
- 15 - Aubin HJ. La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ? *Alcoologie et Addictologie*. 2017 ; 39 (1) : 57-67.
- 16 - Shield KD, Rehm J, Rehm MX, Gmel G, Aubin HJ. Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in France: increasing public health by increasing the availability of treatment for dependence. *J Addict Res Ther S*. 2013 ; 7 : 2.
- 17 - Castera P, Paille F. Mésusage de l'alcool : repérer, évaluer, motiver, accompagner. *Rev Prat Méd Gén*. 2014 ; 28 (931) : 813-8.
- 18 - Auriacombe M, Serre F, Fatseas M. Le *craving* : marqueur diagnostique et pronostique des addictions. In : *Traité d'addictologie*. Paris : Lavoisier ; 2016. p. 78-83.