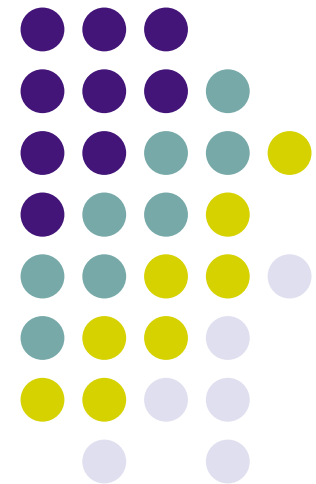
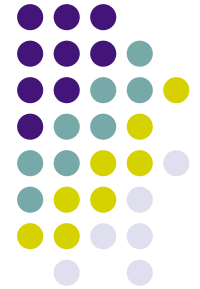


Limites et conditions de la consommation contrôlée.

J. ADES

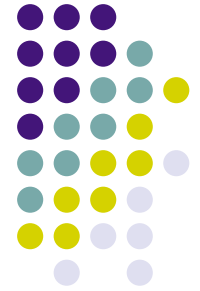
Professeur de Psychiatrie Université
Paris Diderot





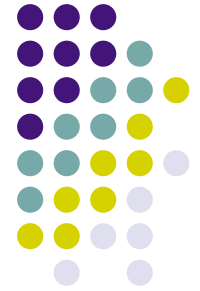
- Question complexe et discutée.
- Aucune réponse formelle.
- Opinions plus fondées sur l'expérience clinique et les croyances des thérapeutes.

Questions posées

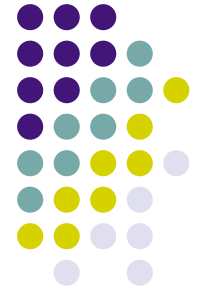


- Dogme de l'abstinence totale et définitive d'alcool chez les alcoolodépendants
 - « OMS - 1951- l'objet du traitement est d'enrayer l'évolution morbide en donnant à l'individu les moyens de demeurer abstinent en permanence... ».
 - Retour possible à une consommation modérée, contrôlée
« controlled drinking »
 - Si oui → types de patients ?
 - types de prise en charge (thérapies congitivo-comportementales)
- Attitudes thérapeutiques en pratique.

Point de vue « historique »

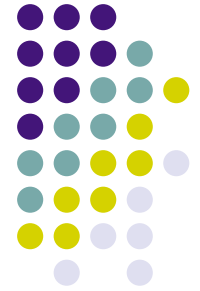


- Notion de consommation contrôlée apparaît dans de nombreux travaux, dont PATTISON (1976) Arch. Gen. Psychiatry.
- Critique, par PATTISON et d'autres, des « critères de guérison » de l'alcoolisme. « Le maintien d'une abstinence totale d'alcool n'entraîne pas nécessairement les améliorations corollaires de la vie affective, des relations interpersonnelles de la santé physique... Si les alcooliques abstinentes ne sont pas nécessairement guéris, certains alcooliques, revenant à une consommation contrôlée ou sociale pourraient être considérés comme guéris. »



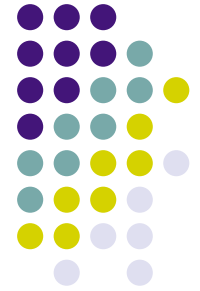
- Ce débat, consommation contrôlée, abstinence totale, s'est développé depuis, sans qu'aucun argument objectif majeur ne tranche la question.
- Nombreux travaux étayent l'hypothèse d'un retour possible à une consommation contrôlée, depuis le rapport discuté de la Rand Corporation (1964).
- Les travaux les plus récents, en faveur de la consommation contrôlée, s'appuient sur les politiques de « prévention des risques », les interventions brèves, l'éducation thérapeutique (depuis les travaux d'Alan Marlott), l'appui de chimiothérapies diminuant le craving.

Quels patients bénéficieraient-ils d'une prescription de consommation contrôlée ?



- Travaux postulant l'appariement de certains types de consommation et les stratégies thérapeutiques appropriées n'ont pas vraiment abouti (hypothèse du « matching » de M. Schuckit).

Quels patients bénéficient de la consommation contrôlée (2)



- Hypothèse selon laquelle le retour à une consommation contrôlée serait plus envisageable chez les sujets présentant Abus d'alcool ou usage nocif (DSM V TR, ICD 10...) que chez les alcoolo-dépendants.
- Peu de pertinence des notions d'abus et d'usages nocifs, artefacts de classification (cf G. Edwards à l'origine).
- Position actuelle du DSM IV : vaste catégorie des troubles liés à l'usage d'alcool (incluant une mesure d'intensité et englobant, outre l'abus d'alcool, les sous-catégories dites « Diagnostic Orphelins » ayant un ou 2 critères de Dépendance) « Alcohol Use Disorders ».



- L'examen de la littérature ne permet pas de trancher entre les nécessités de la consommation contrôlée et celle de l'abstinence totale.
- L'expérience clinique des thérapeutes est essentielle.
- Les conditions de la consommation contrôlée, (spontanée ou prescrite), l'environnement socio-psychothérapeutique dans lesquels ils se situent sont fondamentaux.

En pratique



- Consommation contrôlée prescrite différente de la consommation contrôlée spontanée.
- Prescrite :
 - Le retour à une consommation contrôlée est plus soutenu par les pratiques des alcoologues (en France) que par des données cliniques expérimentales (cf A. Luquiens)
 - 52 % des alcoologues...
 - Parmi les critères : choix du patient

Consommation contrôlée prescrite

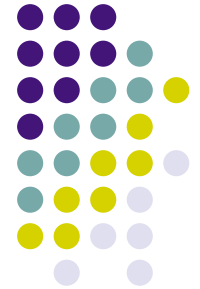


(I)

- La prescription d'une consommation contrôlée va souvent dans le sens du désir formulé par le patient. Ambivalence vis à vis de la conduite ? Crainte de l'échec ? Absence de motivation réelle au sevrage ?
- Objectif de l'abstinence totale proposé sans nuance peut être nocif → « Dramatisation du premier verre », cognitions négatives du premier verre entraînant la rechute.
- « Il n'est peut-être pas anodin de proposer aux malades alcooliques un choix manichéen, il se pourrait que certaines personnes, convaincues que l'absorption du premier verre les conduira à une rechute grave, ne puissent négocier ce « dérapage » en faisant appel à une aide extérieure, celle d'un soignant, par exemple » B. Rueff.

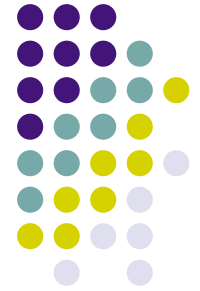
Consommation contrôlée prescrite

(2)



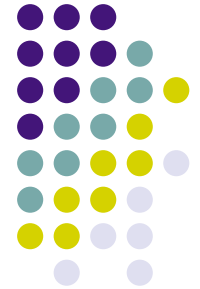
- La prescription d'une consommation contrôlée peut faire l'objet d'un contrat explicite entre thérapeute et patient :
 - Tentative accompagnée de réduction de la consommation
 - Encadrement par thérapies brèves et motivationnelles
 - Chimiothérapies anti-craving.
- La plupart des patients prendront conscience des difficultés de maintenir le contrôle → « préparation psychologique à l'abstinence »
- Ceci est valable en fonction du choix du patient, de son incapacité initiale à atteindre l'abstinence, de sa motivation à une prise en charge.

Consommation contrôlée spontanée



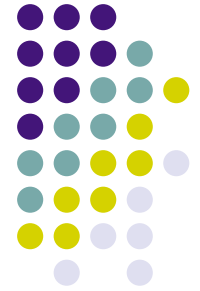
- 20 à 30 % des patients dits « abstinents » consomment de l'alcool en quantité modérée, de façon occasionnelle ou régulière.
- Cette consommation, dissimulée ou avouée, n'interfère pas au fil des années avec la qualité de vie.
- Elle finit par faire partie d'un contrat tacite avec le thérapeute, qui accepte une consommation d'alcool dont le sujet semble avoir repris le contrôle. Le risque de rechute reste présent.

Pour synthétiser notre propos



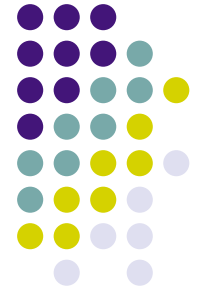
- Limites de la consommation contrôlée
 - Correspond à un choix du patient dans le cadre d'un traitement ambulatoire.
 - Patient effrayé par l'abstinence totale mais acceptant le principe d'une prise en charge.
 - Ce comportement est accepté de façon contractuelle par le thérapeute mais rarement imposé, sauf si prise en charge structurée de type cognitivo-comportemental, motivationnel, et de type « counseling » Mc Queen et al. 2011.
 - Risques de l'échec.

Synthèse (2)



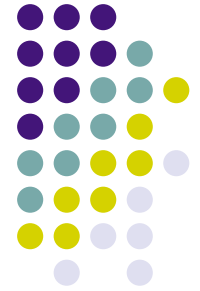
- Conditions de la consommation contrôlée
 - Patient motivé pour une prise en charge, alliance thérapeutique.
 - Authenticité de la demande du patient (et non traduction de l'ambivalence ou du déni).
 - Encadrement par thérapies motivationnelles, thérapies brèves, thérapies cognitives et comportementales.
 - Prescription de l'abstinence en cas d'échec.

En pratique



- En cas de troubles liés à l'usage d'alcool (AUD), modérés ou sévères, l'abstinence totale demeure le moyen essentiel de l'amélioration, et tous les moyens doivent être mis en œuvre pour encourager le patient à l'atteindre.
- La consommation contrôlée peut être prescrite ou acceptée avec souplesse par le thérapeute, moyen stratégique chez des patients effrayés par l'abstinence, inclus dans un contrat de soins.
- La consommation contrôlée spontanée, par ailleurs, est l'un des modes de cicatrisation de l'alcoolodépendance chez des sujets dits « abstinentes ».

L'alcoologie de demain ?



- Chimiothérapies « anti-craving » plus puissantes, favorisant en fonction de leurs effets, le retour à une consommation contrôlée ou à une abstinence totale.