

# Alcoolodépendance : types de consommation et prise en charge

## 3.1. Abstinence ou consommation contrôlée

Pierre Taquet

### Abstinence ou contrôle ? Quelques constats

Les objectifs thérapeutiques pour le traitement des addictions ont particulièrement été influencés par des modèles centrés sur l'abstinence en proposant aux patients uniquement deux états dans leurs parcours de soins : l'absence de contrôle des consommations ou l'abstinence ([Aubin et Skanavi, 2016](#)).

En effet, si nous nous attardons sur les modèles phares en addictologie et certaines approches thérapeutiques en thérapie cognitive et comportementale (TCC) pour les addictions, l'abstinence est mise en avant. Par exemple, le modèle transthéorique du changement propose le maintien de l'abstinence ([Prochaska et DiClemente, 1982](#)). Le modèle de prévention de la rechute met en avant son principe de violation de l'abstinence ([Marlatt et Witkiewitz, 2008](#)). La thérapie cognitive des abus de substances de [Beck et al. \(1993\)](#), même si elle reste ouverte à la possibilité de contrôle des consommations, a pour objectif principal l'abstinence. Par ailleurs, l'addictologie, particulièrement aux États-Unis, a été inspirée aussi des approches néphalistes comme avec les Alcooliques anonymes basant le principe d'accompagnement uniquement sur l'abstinence.

Ces constats nous obligent constamment en clinique à devoir adapter nos connaissances face à un patient ne souhaitant pas l'abstinence mais plutôt le contrôle de sa conduite addictive. Il nous est nécessaire de pouvoir poser un objectif de changement (abstinence ou contrôle) plutôt qu'uniquement d'abstinence ou encore de pouvoir travailler avec le patient sur ses situations à risque de rechute alors qu'il s'engage encore dans une conduite addictive mais qu'il contrôle mieux son comportement.

La consommation contrôlée a longtemps été controversée ([Glatt, 1995](#) ; [Marlatt et al. 1993](#) ; [Sobell et Sobell, 1995](#)) et le reste parfois encore. Pour [Sobell et Sobell \(1995\)](#), les recherches dans les années 1970 sur le contrôle des consommations sont entrées dans un « champ de bataille » entre la science et les opinions sur l'alcoolodépendance, y compris dans une culture basée sur l'abstinence comme avec les Alcooliques anonymes. La dépendance pouvant être considérée comme une maladie incurable dont l'abstinence est la seule échappatoire.

Cependant, un constat revient souvent. Le taux de personnes venant consulter pour une addiction semble bien loin du taux de personnes ayant une problématique addictive. Par exemple, dans une étude épidémiologique aux États-Unis sur les addictions comprenant 36 309 personnes, seulement 24,6 % de personnes ayant un trouble de l'usage lié aux drogues avaient bénéficié d'un accompagnement pour leurs addictions sur la vie entière ([Grant et al., 2015](#)). De nombreux freins pourraient expliquer ce faible taux d'accompagnement. À partir de *focus group* avec 32 personnes ayant un trouble d'usage de l'alcool, [Wallhed Finn et al. \(2014\)](#) s'intéressent aux barrières existantes à la demande d'accompagnement. Les résultats sont variés en matière de freins : la honte, la stigmatisation autour des addictions, vouloir gérer seul ses problèmes et le fait que le traitement exige une abstinence totale. Cette étude interroge aussi les composantes d'un traitement attractif. Les participants y ont répondu en matière de variété de traitements proposés, de confiance envers les accompagnants, d'accès facile sans bureaucratie, de méthodes avec une autonomie proposée et de traitement permettant de maintenir la vie quotidienne.

Pour [Marlatt et al. \(1993\)](#), une offre plus diversifiée d'accompagnement permettrait d'améliorer la motivation d'un plus grand nombre de personnes à demander de l'aide concernant leurs consommations. Ainsi, un programme de modération des consommations pourrait attirer des patients qui résistent à s'engager dans une abstinence. Paradoxalement, les patients engagés dans la consommation contrôlée peuvent pour certains choisir l'abstinence par la suite. Plutôt que de proposer de manière uniforme l'abstinence en traitement, la possibilité de réduire progressivement les consommations est une alternative pouvant parfois mener à l'abstinence. Cette optique s'inscrit en partie dans une approche de réduction des risques (voir ci-dessous « Et la réduction des risques dans tout cela ? »).

L'approche médicamenteuse a également évolué avec la possibilité d'accompagner une personne vers la réduction et une consommation plus contrôlée. Par

exemple, il est proposé pour l'alcool le baclofène ou le nalméfène et pour le tabac des substituts comme les patchs de nicotine, ces traitements agissant sur la réduction du *craving* et la réduction de l'effet renforçant des consommations ([Auriacombe et al., 2016](#)).

Qu'il s'agisse de l'abstinence ou du contrôle, et quelle que soit l'addiction, l'objectif principal en addictologie est la suspension de la perte de contrôle involontaire de l'usage et le maintien de cette suspension à long terme ([Auriacombe et al., 2016](#)).

Il est important d'ajouter à ces propos un autre objectif en addictologie qu'est celui d'aider le patient à réduire les dommages bio-psychosociaux en lien avec ses conduites addictives.

## Abstinence ou contrôle ? Qui se pose la question ?

Il semble important de revenir à des fondamentaux en TCC pour répondre à ces questions. Est-ce que les TCC reposent uniquement sur une étape diagnostique (addiction) et la prescription d'objectif (abstinence ou contrôle) ? Ou devons-nous en TCC poser des objectifs coconstruits avec le patient en fonction de l'auto-observation qu'il fait de ses difficultés et de la compréhension qu'il a de son fonctionnement via l'analyse fonctionnelle ? Si nous optons pour la première démarche, il suffit que le thérapeute pose un diagnostic d'addiction en fonction de ce que répond le patient et choisisse la démarche d'abstinence ou de contrôle qu'il va proposer au patient. Nous comprenons dans cet exemple que le patient n'a que peu de place dans sa démarche de soin. Si nous nous penchons sur la seconde démarche, le patient aura une place active dans le traitement.

[Miller et Rollnick \(2002\)](#) nous enseignent de savoir rouler avec la résistance, lorsque le patient fait « barrage » à certaines de nos questions sur ses problématiques addictives. Il pourrait être envisagé que des résistances puissent être déclenchées par les thérapeutes, malgré eux, lorsqu'il est proposé au patient une seule alternative au comportement addictif, l'abstinence. Dans ce cas, un patient ne souhaitant pas l'abstinence risque de ne pas se retrouver dans le discours du thérapeute amenant une rupture de l'alliance thérapeutique.

D'autres patients pourraient « jouer le jeu » du thérapeute en s'engageant dans une démarche d'arrêt de la conduite addictive sans réellement être motivé à le faire, voire dissimuler des informations en se présentant comme abstinents alors qu'il n'en est rien.

En définitive, le manque d'efficacité du traitement peut être influencé par de nombreux facteurs comme les degrés de sévérité de l'addiction mais aussi par le découragement du patient (voire du clinicien) en ce qui concerne la perception de l'abstinence comme unique objectif viable ([Henssler et al., 2021](#)).

L'attitude du thérapeute en TCC n'est pas d'imposer un objectif rigide, abstinence ou contrôle. Même pour des conduites d'alcoolisation sévères, l'idée de réduire les consommations, de tester le contrôle peuvent être des objectifs intermédiaires

où le patient fait son expérience et peut choisir par la suite l'abstinence (Aubin et Skanavi, 2016).

En clinique, nous pouvons partir de trois questions à poser aux patients : « Voulez-vous changer par rapport à votre conduite addictive ? », « À quel niveau de 0 à 10 ? », « De quelle manière (abstinence ou contrôle) ? ». Un patient peut très bien répondre qu'il a envie de changer son comportement d'addiction à 8/10 mais qu'il ne sait pas quel objectif il veut se fixer (abstinence ou contrôle). L'analyse fonctionnelle centrée sur les conduites addictives et l'ensemble des tâches assignées améliorant l'auto-observation de sa conduite addictive permettent au patient de mieux choisir entre l'abstinence ou le contrôle. En définitive, la base sur laquelle peuvent se poser les thérapeutes reste les entretiens motivationnels dans lesquels le style thérapeutique est empathique, collaboratif et non contraignant et permettant de mettre à jour les ambivalences des patients quant à leur conduite addictive et d'aider à élaborer une demande, qu'il s'agisse de l'abstinence ou du contrôle. L'entretien motivationnel sera bien sûr central pour développer avec le patient une alliance thérapeutique suffisante lui permettant de choisir de manière éclairée un changement.

Il n'y a pas toujours que la décision du patient qui peut peser dans le choix de l'abstinence ou du contrôle. Alors que le patient peut être attiré par un objectif de contrôle, l'entourage familial peut craindre un tel objectif en se souvenant des difficultés que le patient a eues pour se contrôler et des conséquences négatives des pertes de contrôle (Glatt, 1995). Ainsi, les craintes de l'entourage peuvent interférer avec le programme de contrôle des consommations.

De plus, des circonstances de vie (par exemple, manque de support social, difficultés professionnelles) peuvent avoir une influence importante sur le contrôle ou l'abstinence en plus de la sévérité de la dépendance (Glatt, 1995 ; Sobell et Sobell, 1995).

Sur le plan clinique, il peut être constaté que l'âge des patients et la durée des pratiques addictives semblent jouer dans le choix du patient pour l'abstinence ou le contrôle. Une jeune personne ayant une problématique addictive que depuis peu de temps se trouvera peut-être plus en difficulté de faire le choix de l'abstinence totale de ses consommations ou conduites addictives. À l'inverse, une personne ayant plusieurs années de problématique addictives aura pu faire déjà l'expérience de la perte de contrôle de son comportement, des efforts infructueux au changement et de la rechute. Ces multiples expériences négatives autour de la conduite addictive pourraient faciliter le choix de l'abstinence. De même, le nombre de démarches antérieures de demande d'accompagnement sur les problématiques addictives pourrait influencer le choix du patient. Une personne venant consulter pour la première fois pour un trouble de l'usage sera certainement moins au fait des possibilités de changement et d'accompagnement qui peuvent être proposées. Il serait peut-être plus difficile dans le cas d'une première démarche de s'engager dans une abstinence sur la durée en pensant qu'il serait envisageable d'aller vers le contrôle et de revenir à un état

antérieur à l'addiction (par exemple, pouvoir boire de l'alcool ou jouer comme avant, sans problèmes associés).

Un autre facteur pouvant influencer le choix entre l'abstinence ou le contrôle provient du thérapeute lui-même, concernant particulièrement les représentations qu'il possède de ces objectifs.

Une étude en France a permis d'interroger 547 spécialistes prenant en charge des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool et membres de la Société française d'alcoologie ([Luquiens et al., 2011](#)). Cette recherche a mesuré leurs degrés d'acceptation de l'objectif de contrôle des consommations dans l'accompagnement des patients alcoolodépendants. Les résultats montrent que seulement 48,6 % des spécialistes acceptent le contrôle comme un objectif de traitement, bien que 61,9 % d'entre eux déclarent pratiquer le contrôle des consommations avec certains de leurs patients. Un tiers des répondants (34 %) considèrent qu'au moins la moitié de leurs patients ont une demande initiale d'objectif de contrôle des consommations. Cependant, plus de la moitié des répondants (57,2 %) proposent l'objectif de contrôle à seulement moins de 5 % de leurs patients. Cette acceptation du contrôle est associée à des caractéristiques personnelles et professionnelles des spécialistes. Ceux acceptant le contrôle étaient plus jeunes. Par ailleurs, ils basent leur opinion sur le contrôle des consommations plus sur leur expérience professionnelle et leur école théorique mais moins sur leur expérience personnelle et la recherche scientifique. Ce dernier résultat sur la recherche scientifique n'est pas confirmé par les analyses multivariées. Concernant l'école théorique, il y avait deux fois plus de professionnels formés aux TCC dans le groupe acceptant le contrôle que dans celui n'acceptant pas le contrôle.

Cette étude nous enseigne qu'il existe de nombreux facteurs influençant l'acceptation du contrôle en tant qu'objectif thérapeutique, y compris des facteurs directement liés au thérapeute et qu'il existe parfois un fossé entre ce que souhaiterait le patient et ce qui lui est proposé.

Il ne semble pas y avoir de définition convenue du contrôle des consommations qui peut être compris à la fois dans un sens quantitatif ou qualitatif ([Luquiens et al., 2011](#)).

Cependant, avant de s'engager dans un travail sur le contrôle des consommations avec un patient, il serait intéressant de pouvoir définir avec lui clairement ce qu'est le contrôle pour le patient et les objectifs thérapeutique qu'il se fixe (par exemple, définir des situations précises où l'on s'autorise la conduite addictive, définir une quantité ou un temps passé). Il s'agit de s'interroger sur la manière d'évaluer la consommation contrôlée par le biais d'une définition claire. Cela nécessite pour le patient de pouvoir développer certaines compétences d'auto-observation et de contrôle comme le fait de mieux savoir mesurer son comportement d'addiction (par exemple, savoir la quantité consommée en verres standard pour l'alcool, la quantité achetée et consommée de drogue, l'argent dépensé, le temps passé). Par ailleurs, les critères quantitatifs du contrôle peuvent être complétés par des critères

qualitatifs. Par exemple, il serait pertinent pour le patient de ne pas s'engager dans sa conduite addictive lorsqu'il est activé négativement sur le plan émotionnel. En effet, le risque ici est de perdre particulièrement le contrôle de sa conduite dans un objectif soulageant ou d'automédication (par exemple, réduire l'anxiété, les ruminations, le stress par la conduite addictive). Afin d'atteindre un objectif de contrôle, il sera donc particulièrement important pour le patient de développer ses aptitudes sociales et la régulation émotionnelle (par exemple, savoir refuser des propositions de consommation, utiliser le partage social émotionnel, la relaxation, la pleine conscience).

## **Abstinence ou contrôle ? Pour tous patients et toutes addictions ?**

Cette approche d'abstinence ou de contrôle, voire de réduction, des conduites addictives peut être influencée par le type d'addiction mais aussi le niveau de sévérité du trouble chez les patients. Pour l'alcool, par exemple, pour un trouble de l'usage de faible sévérité (deux à trois critères diagnostiques selon le DSM-5), il sera plus facilement envisageable de poser un objectif de réduction des consommations que pour un trouble de l'usage de moyenne à forte sévérité ( $\geq 4$  critères) (Rigaud et Simon, 2016).

Ces propos vont dans le sens, au Royaume-Uni, du National Institute for Health and Care Excellence (National Institute for Health and Care Excellence, 2011), qui propose des recommandations concernant l'accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool. Pour le NICE, l'abstinence est appropriée pour la plupart des personnes ayant une dépendance à l'alcool ou des personnes qui abusent de l'alcool ayant une comorbidité psychiatrique ou physique importante. Dans ces cas de figure, si un patient souhaite un objectif de modération, il est important de ne pas refuser le traitement mais de rappeler que l'abstinence semble plus appropriée. Pour des consommations à haut risque ou dépendance légère, sans comorbidité significative et avec un soutien social adéquat, le NICE propose d'envisager une consommation modérée d'alcool comme objectif de traitement sauf si l'usager souhaite l'abstinence.

D'un point de vue clinique, un patient ayant un trouble de l'usage de moyenne à forte sévérité va parfois ne pas souhaiter l'abstinence mais plutôt contrôler. Là est la difficulté pour le thérapeute de pouvoir (ou devoir) s'adapter aux choix du patient et de l'accompagner au mieux dans l'engagement d'un changement de comportement. Par ailleurs, un patient ayant choisi un objectif de contrôle va parfois se rendre compte par son expérience que cet objectif semble complexe voire impossible à atteindre et choisira par la suite un objectif d'abstinence. Dans ce cas, le patient aura choisi lui-même l'abstinence plutôt qu'il s'agisse d'une option

imposée par le thérapeute. Le fait que le patient puisse exprimer ses choix d'objectifs thérapeutiques améliorera son engagement dans le changement.

La comparaison de l'efficacité entre l'abstinence ou le contrôle des consommations a particulièrement été posée en ce qui concerne les problématiques liées à l'alcool. Hessler et al. (2021) proposent une méta-analyse sur cette question. Partant du principe que de nombreux patients souffrant d'alcoolodépendance ne sont pas traités, il semble nécessaire d'avoir des traitements alternatifs comme celui qui vise le contrôle de la consommation. Cette méta-analyse a regroupé 22 études (dont cinq essais contrôlés randomisés [ECR]) sur 4 204 patients adultes et ayant un groupe dont l'objectif est l'abstinence en comparaison avec un groupe dont l'objectif est le contrôle. Les études ont été analysées selon plusieurs critères d'efficacité : la proportion de patients consommant en dessous du seuil recommandé (selon l'Organisation mondiale de la Santé et le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]), le fonctionnement social, la réduction des consommations, le taux d'abstinence et les abandons thérapeutiques. Qu'il s'agisse de l'abstinence ou du contrôle, les résultats montrent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les deux traitements dans les ECR quant aux critères d'efficacité. Pour les études non randomisées proposant un libre choix sur l'objectif (abstinence ou contrôle) avec une intervention spécifique selon l'objectif choisi, aucune différence significative n'a été trouvée concernant les critères d'efficacité retenus. Pour les interventions non spécifiques ou centrées uniquement sur l'abstinence, les patients étaient plus susceptibles d'atteindre une consommation à faible risque lorsqu'ils visaient l'abstinence. Des résultats suggèrent que la réussite dans la consommation contrôlée semble plus probable lorsque les patients visent des limites recommandées de consommations à faible risque plutôt que leur propre définition de réduction des consommations. Les tailles d'effet ne dépendent pas clairement de la sévérité du trouble de l'usage d'alcool. Ce dernier résultat va à contresens des connaissances établies selon laquelle la consommation contrôlée serait acceptable uniquement chez des patients non ou faiblement dépendants. En revanche, les tailles d'effet dépendent ici de la durée de l'évaluation post-traitement. Pour les études observationnelles, les traitements basés sur le contrôle des consommations étaient les plus efficaces dans les études avec un suivi à deux ans et plus. Lorsque les études permettaient un changement d'objectif, une proportion importante de personnes ayant choisi le contrôle bascule sur un objectif d'abstinence. Pour les auteurs, les connaissances actuelles ne sont pas en faveur d'une approche unique centrée sur l'abstinence pour les troubles de l'usage liés à l'alcool. La consommation contrôlée, et particulièrement avec une psychothérapie spécifique, est une option viable lorsqu'une approche axée sur l'abstinence n'est pas applicable. En définitive, dans la consommation contrôlée, les patients restent ouverts aux changements et participent à un choix d'objectif pouvant améliorer leur engagement dans le changement, leur sentiment d'autoefficacité et l'acceptation du traitement.

Sur le plan de la psychoéducation, il sera tout de même important de préciser au patient que l'abstinence comme le contrôle sont deux objectifs nécessitant un engagement et un effort important. Il n'y a pas une voie plus facile qu'une autre.

De plus, il sera tout de même essentiel d'appréhender avec le patient les risques liés au syndrome de sevrage, particulièrement pour les substances. Il faudra au préalable évaluer la présence de la dépendance physique à la substance et des signes physiologiques de sevrage lorsque la personne consomme moins (par exemple, tremblement, sueur, nausée). Lorsqu'il y a un risque de syndrome de sevrage, il est impératif de pouvoir donner des éléments de compréhension de ce phénomène au patient et de pouvoir l'accompagner sur le plan médical par des professionnels formés aux protocoles de sevrage des substances.

La littérature sur le contrôle a particulièrement été développée pour le trouble lié à l'usage d'alcool mais la question se pose aussi pour les autres substances et comportements addictifs. Pour les autres substances que l'alcool, les études manquent encore, surtout celles sur le plan longitudinal. Les substances illicites ont été étudiées surtout par le prisme de la réduction des risques (voir ci-dessous « Et la réduction des risques dans tout cela ? ») plutôt que le contrôle.

Par exemple, [Kaminer et al. \(2019\)](#) proposent d'étudier l'impact de l'engagement vers l'abstinence du cannabis en comparaison à l'engagement vers la réduction des risques (diminution des consommations) chez des adolescents accompagnés pour un trouble de l'usage de l'alcool avec une coaddiction au cannabis. Les résultats vont dans le sens d'un meilleur impact sur l'utilisation du cannabis pour les participants s'engageant plus sur l'abstinence que la réduction des risques pour l'usage de cannabis.

Il faut cependant rester prudent avec les résultats de cette étude qui mesure l'impact de la réduction des risques pour le cannabis chez des patients qui sont en plein traitement pour un trouble de l'usage d'alcool. De plus, cette étude mesure uniquement l'impact du cannabis en matière d'abstinence du cannabis et non sur le contrôle et la réduction des consommations.

Concernant les opiacés, des alternatives aux traitements de substitution des opiacés existent, comme le traitement assisté par l'héroïne ou encore la buprénorphine en solution injectable à libération prolongée ([Mielau et al., 2021](#)).

Concernant les addictions comportementales, des études ont été menées pour le jeu d'argent pathologique. [Ladouceur et al. \(2009\)](#) ont étudié, lors d'un essai clinique, l'efficacité d'un traitement de TCC basé sur un objectif de contrôle du comportement de jeu. Le contrôle du jeu d'argent est défini ici comme « une réduction des activités de jeu en termes de fréquence, de temps et d'argent dépensé afin que les activités liées au jeu n'entraînent pas de conséquences néfastes pour les joueurs ou leur environnement ». Le traitement comprend 12 sessions hebdomadaires de 60 minutes dont deux séances consacrées à la définition d'objectifs de contrôle du jeu (c'est-à-dire, la somme d'argent consacrée