

2018-2019

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Projection vers un mode de consommation des sujets admis en SSRA pour trouble de l'usage de l'alcool

Consommation contrôlée et abstinence

GUINEHEUX Marion

Née le 17 juin 1989 à Vitré (35)

Sous la direction de Mme le Docteur DANO Corinne

Membres du jury

Monsieur le Professeur GARNIER François	Président
Madame le Docteur DANO Corinne	Directeur
Madame le Professeur PETIT Audrey	Membre
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Membre

Soutenue publiquement le
12 septembre 2019

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Marion GUINEHEUX

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publié sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiante le **12/08/2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Éric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie

DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Éducation Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François Garnier,
Merci de me faire l'honneur de présider ce jury

A Madame le Professeur Audrey Petit et Monsieur le Professeur Laurent Connan,
Merci d'avoir été mes professeurs et d'accepter aujourd'hui de juger mon travail

A Madame le Docteur Corinne Dano,
Merci de m'avoir accompagnée pendant ce projet de thèse et de m'avoir poussée à élargir ma réflexion sur ce sujet inépuisable et passionnant

A Monsieur le Docteur Serge Fanello,
Merci pour votre aide précieuse dans l'analyse statistique

A l'équipe du SSRA Le Chillon qui m'a aidée à recueillir les données

A tous les patients du SSRA Le Chillon qui ont accepté que leurs dossiers soient étudiés pour ce travail

A tous les patients rencontrés pendant les stages ou les remplacements qui, en partageant avec moi leur expérience vécue avec l'alcool, ont fait germer dans mon esprit le projet de cette thèse

A Daphné, Hugoline, Marie, Pauline, Marine et Guillaume,
Nous avons traversé ensemble toutes ces années de formation. Je suis heureuse de vous voir passionnés par votre métier et épanouis dans la vie.

A Cécile et Carine pour les soirées mayennaises

A tous les co-externes, co-internes, équipes hospitalières et maîtres de stage qui ont contribué à construire petit à petit le médecin que je suis

A mes parents qui, par leurs encouragements, m'ont permis d'envisager ce parcours

A mon père qui m'a appris la rigueur dans le travail et le goût pour les sciences

A ma mère qui m'a montré l'exemple de la bienveillance et de l'engagement envers les autres

A Camille, Adèle et Maxence,
Je suis fière de votre accomplissement chacun dans votre voie

A François et Annie,
Merci pour votre disponibilité et votre relecture attentive

A Florian,
Merci pour ton soutien et ton écoute durant ce travail.
Pour les futures années à tes côtés...

Liste des abréviations

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
CC	Consommation contrôlée
CIM-10	Dixième révision de la Classification Internationale des Maladies
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DSM-IV-TR	Quatrième édition révisée du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
DSM-V	Cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
FFA	Fédération Française d'Addictologie
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
RARHA	Reducing Alcohol Related Harm
RdRD	Réduction des Risques et des Dommages
TUAL	Troubles de l'usage de l'alcool
SFA	Société Française d'Alcoologie
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSRA	Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

Plan

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

1. Historique du soin et de la prise en charge en alcoologie

- 1.1. L'alcoolisme et les prises en charge basées sur l'abstinence
- 1.2. Le milieu du XXe siècle : la naissance de l'alcoologie et son enseignement
- 1.3. La remise en cause du paradigme de l'abstinence
- 1.4. La réduction des risques, une approche différente de l'addiction

2. La prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool aujourd'hui

- 2.1. Contexte épidémiologique
- 2.2. L'évolution des repères de consommation pour la population générale
 - 2.2.1. Dans le monde
 - 2.2.2. En France
- 2.3. L'offre de soins en alcoologie en France
 - 2.3.1. Le réseau de soins
 - 2.3.2. Les Soins de Suite et de Réadaptation Addictologiques (SSRA)
- 2.4. L'introduction du concept de réduction des risques et de consommation contrôlée dans le champ de l'alcoologie
 - 2.4.1. La réduction des risques par le biais d'une diminution de la consommation
 - 2.4.2. La prise en compte du choix du patient

3. Objectif de l'étude

MÉTHODES

1. Population étudiée

2. Recueil de données

3. Aspects réglementaires

4. Analyses statistiques

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

2. Choix de l'objectif de consommation

3. Caractéristiques des patients selon leur choix de consommation

4. Choix d'un mode de consommation par le patient et le médecin

5. Portrait type de quatre profils de patients

- 5.1. Les patients déterminés dans leur choix d'une abstinence
- 5.2. Les patients déterminés dans leur choix d'une consommation contrôlée
- 5.3. Les patients ambivalents dans leur choix d'une abstinence
- 5.4. Les patients ambivalents dans leur choix d'une consommation contrôlée

6. Seuils de consommation connus et choisis

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Profil des patients selon l'objectif choisi

- 1.1. Comparaison des résultats à d'autres études
- 1.2. Sévérité et ancienneté du trouble de l'usage

2. Modalités du choix de l'objectif

- 2.1. Ambivalence et motivation
- 2.2. Impact des troubles cognitifs
- 2.3. Évolution de l'objectif au cours du temps

3. Les seuils de consommation

- 3.1. Une mauvaise connaissance des repères
- 3.2. Les objectifs fixés pour une consommation contrôlée

4. Forces et limites de ce travail

- 4.1. Forces
- 4.2. Limites

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

- 1. Annexe n° 1 : Les différents modes d'usage de l'alcool**
- 2. Annexe n° 2 : Lettre d'information aux patients**
- 3. Annexe n° 3 : test MoCA**
- 4. Annexe n° 4 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente**

RÉSUMÉ

Introduction

La prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool a longtemps visé l'abstinence. Un objectif de consommation contrôlée est aujourd'hui considéré comme acceptable, dans le cadre de la réduction des risques. Notre travail avait pour but d'étudier l'objectif des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool. Nous avons exploré leurs caractéristiques, les modalités de leur choix ainsi que les seuils de consommation fixés.

Méthodes

Les données suivantes ont été extraites des dossiers médicaux de patients admis dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation Addictologiques : objectif choisi, caractéristiques démographiques, sévérité et durée du trouble de l'usage de l'alcool, dommages, troubles cognitifs, parcours de soin, stade de Prochaska, seuil de consommation fixé, connaissance des recommandations et avis du médecin sur l'objectif.

Résultats

Dans notre échantillon de 50 patients, l'objectif de consommation contrôlée a été choisi par 22 patients (44 %) et l'abstinence par 28 patients (56 %). Il n'y avait pas de différence significative des caractéristiques démographiques entre les deux groupes. Les patients abstinentes avaient un trouble plus sévère et plus ancien. D'un point de vue médical, la consommation contrôlée était un objectif acceptable pour 14 % des patients. En cas de consommation contrôlée, le seuil moyen était fixé à 2,24 unités-standard d'alcool par jour. Si 84 % des patients disaient connaître les recommandations, les repères cités étaient surestimés, en particulier pour le groupe consommation contrôlée.

Conclusion

La consommation contrôlée concernait surtout les patients ayant un trouble de l'usage récent et moins sévère. Elle n'était pas préconisée par le médecin dans la plupart des cas. De nombreux patients en exprimaient l'envie, bien que cela leur paraisse difficile, traduisant une certaine ambivalence. Les patients connaissaient mal les recommandations qui ne semblent pas adaptées aux troubles de l'usage. Cela devrait inciter les professionnels à adapter leur message.

INTRODUCTION

Le trouble de l'usage de l'alcool fait partie, avec l'usage à risque, du mésusage de l'alcool. Si l'usage à risque est défini par des seuils de consommation susceptibles d'entraîner des dommages, les troubles de l'usage de l'alcool sont eux définis par l'existence de symptômes. Il s'agit de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à consommer de l'alcool malgré des problèmes significatifs liés à cette consommation.¹ La définition du trouble de l'usage par le DSM-V associe deux notions qui étaient séparées dans le DSM-IV : la notion d'abus, et donc de dommages, et celle de dépendance. Le DSM-V utilise 11 critères permettant la classification en 3 degrés de sévérité : trouble léger, modéré ou sévère (Annexe 1).

1. Historique du soin et de la prise en charge en alcoologie

1.1. L'alcoolisme et les prises en charge basées sur l'abstinence

La consommation d'alcool existe depuis les débuts de la civilisation. Elle joue un rôle dans la socialisation, la convivialité, la culture et la religion. L'alcool a même pu être considéré comme un traitement à certains maux comme en témoigne l'expression « eau-de-vie » apparue au Moyen-Âge avec les travaux des alchimistes.²

À la fin du XVIIIe siècle, avec la société industrielle et le développement des boissons distillées, on voit apparaître les représentations de « l'alcoolique », buvant pour oublier ses soucis, entraînant peu à peu la chute de sa famille dans la pauvreté. Le malade alcoolique est dépeint sous les traits d'une victime. Il est victime de sa faiblesse et de son manque de volonté, incapable de résister à l'alcool. Cette représentation empreinte de fatalisme (« qui a bu boira »), participe aux campagnes de communication hygiénistes du XIXe siècle sur l'alcool et ses fléaux.

En 1849, Magnus Huss, dans « Chronische Alkoholskrankheit, oder Alcoholismus Chronicus », définit l'alcoolisme comme les manifestations pathologiques de la consommation excessive d'alcool, à la fois en termes de dommages organiques et de troubles du comportement. C'est le produit lui-même qui provoque la maladie et la guérison s'obtient par l'abstinence.³

Se met donc en place un système basé sur l'enfermement, voire même le « redressement » au sein d'« asiles pour aliénés mentaux alcooliques ». On tente de soigner les patients par des « cures de dégoût » et des traitements vomitifs.

Au début du XXe siècle, les « mouvements pour la tempérance » puis les lois de prohibition aux États-Unis visent à limiter la consommation d'alcool dans un but « moral ». Certains éléments de langage révélateurs d'une attitude moralisatrice perdurent encore aujourd'hui : « abstinence », « buveur impénitent ».

Les ligues antialcooliques puis les mouvements néphalistes, comme les célèbres Alcooliques Anonymes, naissent aux États-Unis au XXe siècle. Le premier groupe en langue française est créé en 1960 à Paris à la suite du reportage de Joseph Kessel sur les groupes américains. À cette époque, le dogme en matière de traitement est l'abstinence définitive.⁴

Il est intéressant de remarquer que les Anglo-saxons ont considéré l'alcoolisme comme une dépendance plus précocement que les Français. En France, pays à tradition viticole où la consommation d'alcool était liée aux repas quotidiens, l'alcoolisme était davantage envisagé en ce qui concerne les conséquences organiques et donc les dommages.³

1.2. Le milieu du XXe siècle : la naissance de l'alcoologie et son enseignement

En 1951, pour le médecin français Pierre Fouquet, il y a « alcoolisme quand un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir d'alcool ». Le patient alcoolique est bien atteint d'une maladie qu'il faut soigner et non plus une personne amoralisée se laissant aller au vice.⁵ Cette définition

est fondatrice pour l'alcoologie. On parle désormais de l'alcoolisme comme d'un trouble psychique et d'une dépendance, et moins en termes de dommages.

Dans le cadre d'une prise en charge orientée vers l'abstinence, des traitements médicamenteux sont développés. En 1948, le Disulfirame est utilisé pour son effet antabuse, par voie orale, ou sous forme d'implants d'Espéral® déposés sous la peau. Puis sont créés des médicaments destinés à l'aide au maintien dans l'abstinence, l'Acamprosate ou Aotal® (1987) et la Naltrexone ou Revia® (1996). Parallèlement se développent les prises en charge psychologiques, individuelles ou de groupe. Les patients sont admis en cure de sevrage en milieu hospitalier. Puis le Comité National de Défense contre l'Alcoolisme fonde les premiers centres de postcure dans les années 60 pour accompagner vers la réinsertion. Ces structures deviendront plus tard les Soins de Suite et de Réadaptation Addictologiques (SSRA).⁶

1.3. La remise en cause du paradigme de l'abstinence

Dans les années 60, aux États-Unis, se développe une controverse : certains patients alcoolodépendants pourraient retrouver une consommation contrôlée d'alcool. En 1976, un couple de psychologues, Linda et Mark Sobell, publient deux articles.^{7 8} Dans leurs travaux étudiant une thérapie comportementale, ils ont constitué deux groupes de patients, les uns choisissant une abstinence et les autres une consommation contrôlée. Les résultats montrent que les patients du groupe consommation contrôlée ont un meilleur niveau de fonctionnement que ceux du groupe abstinence, avec 160 jours sur 183 de consommation inférieure à 4 verres par jour, contre 80 jours sur 183, respectivement. Ainsi, selon eux, la dépendance à l'alcool est donc accessible à une thérapie cognitivo-comportementale permettant une réduction de la consommation. Cette publication a été suivie de nombreux débats au sein de la communauté scientifique. Linda et Mark Sobell sont accusés d'avoir falsifié les résultats, puis blanchis par la suite en 1982.⁹

Ils publient à nouveau en 1995 une étude dans laquelle ils dégagent de grands principes. Les patients ayant une dépendance sévère doivent être plutôt orientés vers une abstinence. Ceux ayant une dépendance moins sévère peuvent s'orienter vers une consommation contrôlée, et ce, quels que soient les modes de prise en charge.¹⁰ Ces principes sont confirmés par Rosenberg en 1993. Il retrouve deux facteurs associés à la consommation contrôlée : un faible degré de dépendance et une conviction du patient à choisir cette voie qui lui semble possible.¹¹ Plus récemment, Kline-Simon aboutit à la même constatation : les individus qui optent pour une réduction de consommation atteignent des résultats aussi acceptables que les abstinents.¹²

Mais, même si plusieurs publications tendent à confirmer cette possibilité, leurs définitions de ce que sont une consommation contrôlée et un objectif acceptable diffèrent.¹³ En effet, on retrouve dans la littérature les termes « consommation contrôlée », « consommation modérée », mais aussi « consommation normale » ou « consommation sociale ». En 2004, Klingemann, Rosenberg et Sobell proposent une définition de la consommation contrôlée. Ce serait une consommation disciplinée astreinte à un plan prédéfini, avec des règles établies quant à la quantité d'alcool et au cadre dans lequel la consommation a lieu.¹⁴

1.4. La réduction des risques, une approche différente de l'addiction

C'est dans le champ de la prise en charge de la toxicomanie que le concept de réduction des risques s'est développé. La réduction des risques désigne toute intervention, loi ou tout programme visant à réduire les conséquences néfastes d'une consommation, du point de vue sanitaire, mais aussi socio-économique. Il ne s'agit pas de s'attaquer à ce qui motive la consommation mais d'en maîtriser, autant que possible, les effets nuisibles.¹⁵

Auparavant, comme pour l'alcool, les prises en charge des patients dépendants à l'héroïne étaient basées sur l'éviction du produit, mais avec l'apparition des cas de SIDA dans les années 80, les priorités en termes de santé publique ont été remises en cause. L'objectif

devient de « permettre aux personnes dépendantes d'abandonner leurs comportements addictifs et de se dégager du centrage de leur existence sur les effets et la recherche délétères du produit, pour recouvrer tout ou partie de leur liberté et globalement une meilleure qualité de vie ».¹⁶

Il s'agit donc de prendre en compte l'autonomie et les compétences du patient, de faire évoluer son mode de vie et d'accompagner sa situation affective et sociale. La réduction des risques propose de prendre les individus « là où ils en sont », de les aider à comprendre les risques liés à leur consommation et de fixer un objectif avec eux dans le but de diminuer ces risques.¹⁷

Auparavant, les structures de réinsertion sociale étaient conditionnées par l'impératif d'un sevrage et d'une abstinence. L'addiction étant considérée comme responsable de la précarité de nombreux consommateurs, il fallait donc la soigner avant toute chose. Cette approche induisait aussi un jugement moral : pour accéder à une situation sociale plus acceptable, il faut faire preuve d'une certaine forme de rédemption. En permettant l'accès aux soins, même à ceux qui poursuivent leur consommation, on pourrait fournir une alternative à l'abstinence qui tienne compte des besoins de chacun.¹⁸

2. La prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool aujourd'hui

2.1. Contexte épidémiologique

Le mésusage de l'alcool représenterait 23 % des patients hospitalisés et jusqu'à 50 % en milieu psychiatrique.¹⁹ L'alcool serait responsable de 8 % des décès par maladie cardiovasculaire et est associé à la survenue de certains cancers, en particulier les cancers du sein, du foie et des voies aérodigestives.²⁰ Sur 535 000 décès en 2009, 49 000 étaient attribuables à l'alcool.²¹ On comptait 36 500 hommes (soit 13 % des décès) et 12 500 femmes (soit 5 % des décès).

En 2012, on estimait que le coût total des hospitalisations induites par l'alcool s'élevait à 17,6 milliards d'euros, soit 3,6 % de l'ensemble des dépenses hospitalières, en faisant une des

premières causes d'hospitalisation.¹⁹ Les hospitalisations sont liées à une intoxication alcoolique aiguë, à la prise en charge des troubles de l'usage, mais aussi aux complications causées par une consommation excessive.

Au niveau mondial, d'après un rapport de l'OMS, 3 millions de décès sont attribuables à l'alcool en 2016 soit 1 décès sur 20. La plus forte prévalence de troubles liés à l'alcool est retrouvée en Europe (14,8 % des hommes et 3,5 % des femmes) et en Amérique. Plus de 25 % de ces décès sont le résultat d'accidents, 21 % d'atteintes digestives et 19 % de maladies cardiovasculaires.²² L'alcool serait, si l'on considère les risques pour la personne qui consomme et les risques pour autrui, la drogue la plus dangereuse.²³ Une étude menée dans 195 pays entre 1990 et 2016 concluait que l'usage d'alcool serait la septième cause de mortalité et d'invalidité, avec 2,2 % des décès chez la femme et 6,8 % chez l'homme. De plus, le risque de survenue de dommages (cancer, accident, pathologies cardiaques ou hépatiques) est présent dès le premier verre, ce qui va à l'encontre de l'idée qu'il pourrait y avoir une consommation sans risque pour la santé.²⁴

Si on peut estimer la prévalence des dommages induits, peu de données sont disponibles en revanche sur les symptômes liés à la dépendance à l'alcool. En 2012, une étude européenne retrouvait une dépendance à l'alcool chez 5,4 % des hommes et 1,5 % des femmes.²⁵

2.2. L'évolution des repères de consommation pour la population générale

2.2.1. Dans le monde

La consommation excessive d'alcool a connu plusieurs définitions au cours des siècles. Dans ses recommandations de 2000, l'OMS fixait des seuils exprimés en grammes, distinguait les risques d'une consommation aiguë ou chronique, et graduait ces risques, de légers à sévères (Annexe 1).²⁶ Initialement formulés dans le but d'aider au repérage et d'harmoniser les études cliniques, ils ont ensuite été communiqués auprès du grand public.²⁷

Les repères ont été réévalués dans plusieurs pays, à la lumière des données épidémiologiques. En effet, le risque de dommages existe dès la dose de 13g d'alcool par jour,²¹ et une diminution de 10 à 20% de la consommation moyenne d'alcool permettrait d'éviter 4000 à 7000 décès. Les seuils ne garantissent pas l'absence de risque, mais sont des compromis entre, d'une part, un risque estimé comme acceptable individuellement et socialement et, d'autre part, la place de l'alcool dans la société et les effets considérés comme positifs de sa consommation modérée.²⁸

Au Royaume-Uni, il est recommandé de ne pas dépasser 14 verres par semaine pour une consommation régulière et d'avoir plusieurs jours par semaine sans consommation (un verre contenant 8 g d'alcool pur). Lors d'un usage ponctuel, il est conseillé de boire de l'eau et de manger, ainsi que d'éviter les situations dangereuses (conduite, utilisation de machine, sport, risque d'agression...).²⁹ En Australie, les seuils à risque sont de 2 verres par jour, ou 4 verres en cas de consommation occasionnelle (un verre contenant 10g d'alcool pur).³⁰ Pour les États-Unis, les recommandations sont de 28 g par jour pour un homme et 14 g pour une femme.³¹

2.2.2. En France

Avant les années 80, il s'agissait plutôt de réguler sa consommation en vue de limiter les effets à court terme de l'ivresse, de façon assez imprécise notamment avec le message : « à consommer avec modération », puis avec le premier repère chiffré en 1984 : « un verre, ça va, 3 verres... bonjour les dégâts ».

L'Institut National du Cancer (INCa) en 2009 déclare dans une de ses brochures que toute consommation régulière est à risque, ce qui lui a valu une plainte des lobbys du vin en France, et conduit le Haut Conseil de la Santé Publique à se prononcer. Le risque de cancer associé à l'alcool, sans effet de seuil, justifie que l'on en déconseille la consommation, et ce, malgré un éventuel effet protecteur sur les pathologies cardiovasculaires. Le Programme National

Nutrition Santé propose en 2011 les limites de 2 unités-standard par jour pour les femmes et 3 pour les hommes.³²

En 2017, Santé publique France en collaboration avec l'INCa et les experts européens de la Reducing Alcohol Related Harm (RARHA) ont proposé une harmonisation des recommandations avec les pays européens. Le critère utilisé était la mortalité vie entière attribuable à l'alcool. Après avoir évalué le risque acceptable induit par un comportement, les nouveaux repères ont été fixés à 10 verres-standard par semaine et 2 verres par jour. Il est recommandé d'avoir des jours sans consommation et d'éviter de consommer dans des lieux ou des situations à risque. Ces recommandations ne concernent pas les femmes enceintes ou les adolescents à qui il est recommandé de ne pas consommer d'alcool.³² Elles sont destinées à prévenir les dommages sur la santé et ciblent plus l'usage à risque que les troubles de l'usage.

2.3. L'offre de soins en alcoologie en France

2.3.1. Le réseau de soins

La prise en charge d'un trouble de l'usage de l'alcool peut être ambulatoire ou résidentielle. Les soins ambulatoires peuvent se dérouler au sein des cabinets médicaux et paramédicaux ou en milieu hospitalier. Ils peuvent aussi s'effectuer dans le cadre de consultations multidisciplinaires, dans les centres médico-psychologiques (CMP) ou les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

La prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool en milieu hospitalier peut avoir lieu dans un service de soins généraux (en particulier lors de la prise en charge des dommages) avec parfois l'intervention d'une équipe d'addictologie de liaison. Elle peut également avoir lieu au sein d'un service spécialisé en addictologie lors d'hospitalisations d'une à trois semaines selon la sévérité du trouble de l'usage.

2.3.2. Les Soins de Suite et de Réadaptation Addictologiques (SSRA)

Autrefois appelés postcures, les SSRA accueillent des patients avec un trouble de l'usage sévère et des dommages somatiques, cognitifs ou psychiatriques. Le recours aux SSRA est indiqué quand l'abstinence est difficile à maintenir en ambulatoire. Cela peut être en raison d'un manque de soutien social, d'une situation où la vie et les interactions sociales sont totalement centrées sur l'usage de l'alcool, ou d'une forte demande du patient ou de son entourage.

L'admission a lieu après un sevrage, à la suite d'une orientation par une structure médico-sociale, ou par un accès direct du domicile à la demande du médecin traitant.³³ Ces unités ont vocation à accompagner le patient après la phase aiguë de son traitement dans le but de favoriser la construction d'un projet thérapeutique médico-psychosocial.¹ Elles visaient initialement à consolider l'abstinence et aujourd'hui à développer les aptitudes à prévenir les rechutes et les risques liés à la consommation. La durée de la prise en charge varie de quelques semaines à 3 mois.³³ Une attention particulière est portée à la préparation du retour à domicile, car certains patients présentent une situation sociale précaire, des conditions d'hébergement difficile ou un entourage peu soutenant.

2.4. L'introduction du concept de réduction des risques et de consommation contrôlée dans le champ de l'alcoologie

2.4.1. La réduction des risques par le biais d'une diminution de la consommation

Le rapprochement de l'alcoologie avec l'addictologie au sens large a introduit la notion de Réduction des Risques et des Dommages dans cette discipline et avec elle un nouveau vocabulaire.

Le trouble de l'usage de l'alcool est considéré comme une pathologie chronique à taux de rechute élevé.³⁴ On parle désormais de prévention des rechutes plutôt que de maintien de l'abstinence pour les patients dépendants, dans l'objectif d'une amélioration de l'état de santé plutôt que d'une guérison.³⁵ La rechute ne correspond pas à la première alcoolisation après

une période d'abstinence. Elle est définie par la reprise d'une consommation supérieure à 5 verres/jour, pour les hommes de moins de 65 ans ou 4 verres/jour, pour les hommes de plus de 65 ans et les femmes. (Ces seuils, émis par la Food and Drug Administration aux États-Unis, définissent un verre-standard de 14 g d'alcool, contre 10 g en France.)¹

Jusqu'à présent, les traitements médicamenteux disponibles avaient pour indication l'aide au maintien de l'abstinence. Récemment, deux médicaments ont été mis sur le marché avec l'indication d'une réduction de consommation. Le Nalméfène, commercialisé sous le nom de Selincro®, est un modulateur du système opioïde et est indiqué chez les patients adultes dépendants à l'alcool avec une consommation d'alcool à risque élevé, sans symptômes physiques de sevrage et ne nécessitant pas un sevrage immédiat. En octobre 2018, après une période de restriction temporaire d'utilisation débutée en 2014, l'ANSM a accordé une autorisation de mise sur le marché pour le Baclofène (Baclocur®) dans l'indication de réduction de la consommation d'alcool, chez les patients ayant une dépendance ou une consommation à risque élevé, en complément d'un suivi psychosocial, et après échec des autres traitements chez l'adulte.³⁶

2.4.2. La prise en compte du choix du patient

Dans une publication de 2015, la SFA affirme que l'objectif du traitement d'un mésusage de l'alcool est d'abord l'amélioration de la qualité de vie des personnes. Cette amélioration passe par un changement de la consommation d'alcool, que ce soit vers l'abstinence ou une réduction de la consommation.

D'après une revue de la littérature de Donovan en 2005, une réduction de la consommation d'alcool, même sans atteindre l'abstinence, permet aux patients ayant un trouble de l'usage d'améliorer leur qualité de vie.³⁷ La qualité de vie est définie par l'OMS comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».³⁸

Lors de l'évaluation initiale, il est donc recommandé d'accepter l'objectif de consommation du sujet. Néanmoins, s'il présente un trouble de l'usage sévère, il est préconisé de l'orienter préférentiellement vers une abstinence. Les sujets avec un trouble de l'usage léger et sans comorbidité peuvent être accompagnés vers une réduction de la consommation. Les recommandations américaines de 2005 et britanniques de 2011 prévoient également que les patients qui ont des formes d'abus ou de dépendance moins graves et qui ne veulent pas s'abstenir peuvent réussir à réduire leur consommation.^{39 40}

Idéalement, la réduction de consommation devrait viser à ne pas dépasser les seuils d'usage à risque, voire à atteindre l'abstinence. Cependant, toute réduction durable de la consommation a un impact significatif sur le risque de morbi-mortalité.¹ Cette réduction du risque est plus importante en cas de consommation élevée. La diminution du risque de mortalité obtenue par une diminution de 14 à 11 verres/j est environ 10 fois plus élevée que pour une diminution de 3 à 0 verres/j.⁴¹

La réduction de la consommation permet une diminution de la morbidité. Cela concerne, par exemple, les traumatismes liés à l'alcool, l'hypertension artérielle, le surpoids, les maladies cardio-vasculaires, la fibrose hépatique, l'anxiété ou la dépression.⁴²

La consommation contrôlée a donc pour objectif d'abaisser la consommation sous les seuils à risques, tandis que la Réduction des Risques a pour objectif de réduction des dommages.

Malgré des publications renforçant l'idée qu'une consommation contrôlée est possible, celle-ci semble, dans les faits, peu proposée aux patients. En effet, la consommation contrôlée est un objectif acceptable pour seulement 48,6 % des membres de la Société Française d'Alcoologie. Admettre que le patient choisisse lui-même l'objectif de son traitement peut aller à l'encontre des représentations de certains soignants.⁴³ Exercer en milieu hospitalier ou avoir des liens avec des groupes comme les Alcooliques Anonymes sont aussi des freins à l'acceptation de la consommation contrôlée par les professionnels.⁴⁴ Dans les faits, 61,9 % déclarent pratiquer

l'accompagnement vers la consommation contrôlée pour certains de leurs patients, celle-ci étant souvent envisagée comme une transition vers l'abstinence.

L'actualisation des recommandations de la SFA de 2015 intervient devant le constat que moins de 10 % des personnes souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool étaient en soins en Europe, et que le refus de s'orienter vers l'abstinence en était la première raison évoquée.¹ Le rapport de la Commission des Pratiques Professionnelles de l'ANPAA en 2012 indique que proposer une pratique de prévention des risques et de réduction des dommages, par le biais de la gestion d'une consommation contrôlée, permet à un plus grand nombre de personnes de recourir aux soins et de s'y engager.¹⁵

3. Objectif de l'étude

Pour ce travail, nous avons cherché à connaître l'objectif de consommation choisi par les patients hospitalisés en SSRA pour un trouble de l'usage de l'alcool : abstinence ou consommation contrôlée.

Nous avons voulu dresser un portrait de ces patients selon leur objectif.

Nous nous sommes également intéressés à l'avis des médecins les concernant.

Enfin, nous nous sommes penchés sur les connaissances que peuvent avoir les patients de la consommation contrôlée et des seuils recommandés.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive, observationnelle, transversale et monocentrique.

1. Population étudiée

Nous avons recueilli les données dans les dossiers des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool hospitalisés au SSRA Le Chillon, unité « Les Euménides », au Louroux-Béconnais (Maine-et-Loire) de mars à mai 2019.

2. Recueil de données

La grille de recueil a été remplie par un soignant une seule fois lors du séjour du patient, à partir de l'entretien du quinzième jour, et numérotée afin d'être transmise de façon anonyme pour l'exploitation des données.

Nous avons recueilli les données suivantes :

- Objectif de consommation choisi : Abstinence ou Consommation contrôlée, et définition de la consommation contrôlée pour le patient. Cet objectif pouvant varier au cours de la prise en charge, nous avons choisi de relever celui exprimé lors de l'entretien effectué 15 jours après l'admission, au moment où se dessine le projet thérapeutique.
- Données socio-démographiques : sexe, âge, situation vis-à-vis de l'emploi, statut marital
- Présence de dommages liés à l'alcool
- Sévérité du trouble de l'usage d'après les critères du DSM-V (Annexe 1)
 - léger : au moins 2 critères
 - modéré : au moins 4 critères
 - sévère : au moins 6 critères
- Données relatives à l'histoire des patients avec l'alcool et les problématiques induites par le trouble de l'usage dans les domaines familiaux, judiciaires ou professionnels

- Données relatives à la durée du trouble de l'usage, au parcours de soins et aux professionnels qui sont intervenus
- Objectif souhaité par le patient
- Objectif jugé préférable par le soignant
- Données concernant les critères ayant orienté le patient
- Score MoCA. Le Montreal Cognitive Assessment est un outil de repérage de troubles cognitifs modérés et non spécifiques à un type de pathologie, qui s'effectue à partir d'un score calculé sur 30 points. Cet outil a été validé dans le dépistage des troubles cognitifs chez les patients atteints de troubles d'usage de substance (Annexe 3)⁴⁵. Un patient avec un score inférieur ou égal à 26 est considéré comme présentant un trouble cognitif.
- Stade selon le modèle transthéorique du changement d'après Prochaska et DiClemente (Annexe 4)⁴⁶

3. Aspects réglementaires

Ce projet a fait l'objet d'une déclaration auprès du délégué à la protection des données de l'université d'Angers, afin d'être conforme aux bonnes pratiques requises par la CNIL.

Toutes les données ont été transmises de façon anonyme.

Une lettre d'information a été mise à disposition des patients afin qu'ils puissent éventuellement s'opposer à l'examen de leur dossier. Les personnes qui le souhaitaient ont pu s'inscrire à une liste de diffusion des résultats, sans que le lien puisse être fait avec le numéro de leur dossier. (Annexe 2)

4. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel en ligne BiostaTGV. Nous avons utilisé le test de Student pour les comparaisons de moyenne. En raison d'un petit effectif, nous

avons utilisé le test exact de Fisher pour comparer les deux groupes. Un résultat était considéré comme significatif si p était inférieur à 0,05.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

Notre échantillon était composé de 50 patients. L'âge moyen des patients était de 44 ans.

Les caractéristiques de la population sont présentées dans le Tableau I.

Tableau I : Descriptif de la population

		n	%
Sexe	masculin	34	68,00%
	féminin	16	32,00%
Situation	actif	1	2,00%
	sans emploi	14	28,00%
	retraité	4	8,00%
	étudiant	1	2,00%
	en arrêt maladie	30	60,00%
Statut familial	célibataire	11	22,00%
	marié	20	40,00%
	divorcé	12	24,00%
	concubinage	6	12,00%
	veuf	1	2,00%
Durée du TUAL	moins de 1 an	0	0,00%
	entre 1 et 5 ans	10	20,00%
	entre 5 et 10 ans	15	30,00%
	plus de 10 ans	25	50,00%
Intervenants	aucun	1	2,00%
	généraliste	43	86,00%
	addictologue	29	58,00%
	psychiatre	12	24,00%
	autre	14	28,00%
Parcours de soins	cure	21	42,00%
	SSRA	44	88,00%
	ambulatoire	46	92,00%
	aucun	0	0,00%
Sévérité du TUAL	léger	0	0,00%
	modéré	14	28,00%
	sévère	36	72,00%

2. Choix de l'objectif de consommation

La consommation contrôlée était choisie par 22 patients (44 %) et l'abstinence était choisie par 28 patients (56 %).

3. Caractéristiques des patients selon leur choix de consommation

Les patients ayant choisi un objectif de consommation contrôlée étaient plus âgés en moyenne (45,5 ans) que ceux ayant choisi l'abstinence (43 ans) ($p=0,44$).

Les caractéristiques des deux groupes sont décrites dans le Tableau II. Les dommages et problématiques qu'ils présentaient sont décrits dans le Tableau III.

Tableau II : Caractéristiques des patients selon l'objectif choisi

		Consommation contrôlée (N=22)		Abstinence (N=28)		p
		n	%	n	%	
Sexe	masculin	15	68,18%	19	67,86%	NS
	féminin	7	31,82%	9	32,14%	
Situation	actif	0	0,00%	1	3,57%	0,52
	sans emploi	5	22,73%	9	32,14%	
	retraité	1	4,55%	3	10,71%	
	étudiant	0	0,00%	1	3,57%	
	arrêt maladie	16	72,73%	14	50,00%	
Statut familial	célibataire	3	13,64%	8	28,57%	0,65
	marié	9	40,91%	11	39,29%	
	divorcé	6	27,27%	6	21,43%	
	concubinage	3	13,64%	3	10,71%	
	veuf	1	4,55%	0	0,00%	
Durée du TUAL	moins de 1 an	0	0,00%	0	0,00%	0,39
	1 à 5 ans	6	27,27%	4	14,29%	
	5 à 10 ans	7	31,82%	8	28,57%	
	plus de 10 ans	9	40,91%	16	57,14%	
Intervenants	aucun	0	0,00%	1	3,57%	NS
	généraliste	20	90,91%	23	82,14%	0,44
	addictologue	11	50,00%	18	64,29%	0,39
	psychiatre	3	13,64%	9	32,14%	0,19
	autre	7	31,82%	7	25,00%	0,75
Parcours de soins	cure	8	36,36%	13	46,43%	NS
	SSRA	17	77,27%	27	96,43%	0,77
	ambulatoire	20	90,91%	26	92,86%	NS
	aucun	0	0,00%	0	0,00%	NS
Sévérité du TUAL	léger	0	0,00%	0	0,00%	0,34
	modéré	8	36,36%	6	21,43%	
	sévère	14	63,64%	22	78,57%	
Prochaska	pré-contemplation	6	27,27%	4	14,29%	0,3
	contemplation	5	22,73%	12	42,86%	
	préparation	0	0,00%	0	0,00%	
	action	11	50,00%	12	42,86%	
	maintien	0	0,00%	0	0,00%	
	liberté	0	0,00%	0	0,00%	

Tableau III : Dommages et comorbidités

		Consommation contrôlée (N=22)		Abstinence (N=28)		p
		n	%	n	%	
Observation médicale	Dommages	10	45,45%	12	42,86%	NS
	Troubles cognitifs	7	31,82%	8	28,57%	NS
Problèmes évoqués par le patient	Professionnels	7	31,82%	11	39,29%	0,77
	Familiaux	9	40,91%	16	57,14%	0,39
	Conjugaux	9	40,91%	18	64,29%	0,15
	Avec l'entourage	6	27,27%	8	28,57%	NS
	Financiers	4	18,18%	10	35,71%	0,22
	Judiciaires	1	4,55%	7	25,00%	0,06
	Permis de conduire	4	18,18%	12	42,86%	0,08
	Santé	14	63,64%	17	60,71%	NS

On n'observait pas de différence significative pour les données socio-démographiques.

Dans le groupe consommation contrôlée, on retrouvait davantage de troubles récents (entre 1 et 5 ans) et moins de troubles anciens (plus de 10 ans). Les parcours de soins n'étaient pas significativement différents, en dehors du fait que les abstinentes étaient plus souvent suivis par un psychiatre.

Les patients ayant un trouble sévère étaient plus nombreux parmi les abstinentes. Ils avaient le même taux de dommages. Les abstinentes rapportaient plus de problèmes judiciaires ou liés au permis de conduire, ainsi que des problèmes conjugaux et financiers.

4. Choix d'un mode de consommation par le patient et le médecin

Les médecins acceptaient la consommation contrôlée pour 7 patients du groupe consommation contrôlée, mais pour aucun de ceux du groupe abstinence ($p < 0.05$). L'avis du médecin et le choix du patient étaient donc concordants pour tous les patients abstinentes. Il y avait une divergence pour 68 % des patients du groupe consommation contrôlée. Pour ces derniers, le choix final était plus souvent à l'initiative des patients. Les abstinentes effectuaient plus souvent leur choix en collaboration avec le médecin.

Pour la moitié des patients ayant choisi une consommation contrôlée, il s'agissait d'un objectif fixé dans un second temps, après avoir essayé d'être abstinent.

L'ambivalence, caractérisée par une différence entre l'objectif souhaité et l'objectif jugé bénéfique, concernait 45 % du groupe consommation contrôlée et 25 % du groupe abstinence ($p=0.15$). Les patients ambivalents présentaient plus de troubles cognitifs que les autres (44,4 % contre 21,9 % avec $p=0,12$).

Les données concernant le choix de l'objectif sont reportées dans le tableau IV.

Tableau IV : Choix de l'objectif

	Conso contrôlée (N=22)		Abstinence (N=28)		p
	n	%	n	%	
La CC serait bénéfique pour moi	11	50,00%	0	0,00%	<0,05
J'ai envie d'une CC	21	95,45%	7	25,00%	NS
Ambivalence	10	45,45%	7	25,00%	0,15
La CC est:	Facile	3	13,64%	0	0,00%
	Difficile	18	81,82%	6	21,43%
	Impossible	1	4,55%	22	78,57%
Initiative du choix	Patient	17	77,27%	15	53,57%
	Médecin	0	0,00%	0	0,00%
	Les deux	5	22,73%	13	46,43%

5. Portrait type de quatre profils de patients

5.1. Les patients déterminés dans leur choix d'une abstinence

Dans notre échantillon, 21 patients (42 %) avaient choisi l'abstinence en cohérence avec leur envie, la conviction que c'était l'objectif bénéfique pour eux, et l'avis de leur médecin. Ces patients étaient 57 % à ne pas connaître le concept de consommation contrôlée et 90 % à penser qu'elle est impossible à atteindre.

5.2. Les patients déterminés dans leur choix d'une consommation contrôlée

Ces patients avaient envie d'une consommation contrôlée, car ils pensaient que ce serait bénéfique pour eux. Ils étaient 11 (22 %) et, pour 63 % d'entre eux, le médecin était en accord

avec cet objectif. Ils estimaient la consommation contrôlée comme facile et difficile pour respectivement 27,3 % et 72,7 % d'entre eux. Aucun ne pensait que c'était impossible. C'était leur premier objectif dans 73 % des cas.

5.3. Les patients ambivalents dans leur choix d'une abstinence

Sept patients (14 %) avaient choisi l'abstinence en accord avec leur médecin, mais déclaraient avoir envie d'une consommation contrôlée. Ils présentaient des dommages, pour 71,4 %, et des troubles cognitifs, pour 42,8 %.

5.4. Les patients ambivalents dans leur choix d'une consommation contrôlée

Onze patients avaient choisi un objectif de consommation contrôlée, alors qu'ils estimaient que ce n'était pas celui qui serait bénéfique pour eux, et que leur médecin préconisait une abstinence. C'était un objectif fixé après un échec de l'abstinence dans 72,7 % des cas. Ils présentaient des dommages pour 54,5 % et des troubles cognitifs pour 45,5 %.

6. Seuils de consommation connus et choisis

Les patients abstinentes connaissaient moins la consommation contrôlée que ceux ayant choisi cet objectif. Ils étaient moins nombreux à dire qu'ils connaissaient les repères de consommation recommandés pour limiter les risques pour la santé, mais les seuils cités étaient plus souvent corrects. Les résultats sont mentionnés dans le Tableau V.

Tableau V : Connaissance des repères et de la consommation contrôlée

	Conso Contrôlée (N=22)		Abstinence (N=28)		p
	n	%	n	%	
Dit connaître les repères	21	95,45%	21	75,00%	0,06
Connait vraiment les repères	9	40,91%	13	46,43%	0,78
Connait la CC	21	95,45%	13	46,43%	<0,05
A déjà essayé la CC	3	13,64%	3	10,71%	NS
Connait quelqu'un qui a essayé CC	12	54,55%	4	14,29%	<0,05

Les seuils recommandés étaient estimés en moyenne à 3,5 unités-standard par jour pour les abstinents et 5,33 unités pour le groupe consommation contrôlée ($p=0,35$).

Les objectifs fixés par le groupe consommation contrôlée étaient en moyenne : 2,24 unités-standard par jour. Pour ces patients, la définition de la consommation contrôlée était aussi le fait de pouvoir s'arrêter de consommer (91 %), pouvoir refuser l'alcool proposé (45,5 %) et ne pas consommer seul (40,9 %)

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Profil des patients selon l'objectif choisi

1.1. Comparaison des résultats à d'autres études

L'âge moyen des patients était de 44 ans. L'âge moyen des patients admis en SSRA en France est de 46,6 ans.⁴⁷

Dans notre échantillon, les résultats ne montraient pas de différence significative entre les deux groupes pour les caractéristiques socio-démographiques, comme dans l'étude de Hodgins de 1997 portant sur l'objectif de consommation de 106 sujets suivis en ambulatoire pour un trouble de l'usage de plus de 10 ans.⁴⁸ Comme dans notre travail, les patients du groupe consommation contrôlée avaient un taux plus élevé de dommages ou de troubles cognitifs, mais cette différence n'était pas significative. Contrairement à notre échantillon, les abstinents étaient plus âgés.

Dans une étude plus récente de 2009, avec un effectif de 742 patients, Heather mettait en évidence une proportion plus grande d'hommes dans le groupe consommation contrôlée par rapport au groupe abstinence (respectivement 79,6% et 69,5%) et un plus grand nombre de sujets en activité professionnelle (41,6% contre 29%).⁴⁹

Même si cette différence n'était pas significative dans notre échantillon, on observait que les personnes sans emploi étaient plus représentées dans le groupe abstinence que dans le groupe consommation contrôlée (32% contre 23%). Les patients choisissant la consommation contrôlée seraient donc des patients mieux insérés professionnellement.

1.2. Sévérité et ancienneté du trouble de l'usage

Comme nous l'attendions, la sévérité du trouble de l'usage était une donnée déterminante. Le groupe consommation contrôlée comprenait moins de patients ayant un trouble de l'usage

sévère, de même que dans les études de Hodgins, de Rosenberg et de Heather.^{48 11 49} Ils étaient moins nombreux à avoir été hospitalisés ou à être suivis par un psychiatre.

A l'inverse, les patients abstinents avaient souvent un trouble de l'usage depuis plus de 10 ans. Ils déclaraient plus de problèmes rencontrés dans les domaines conjugaux, financiers et judiciaires. Un parcours difficile avec des rechutes orienterait-il vers une abstinence ?

Les patients qui choisissaient la consommation contrôlée avaient un trouble de l'usage plus récent. Ils connaissaient la possibilité d'avoir une consommation contrôlée, souvent par l'expérience d'un autre patient. Ces patients auraient-ils une vision idéalisée de la consommation contrôlée parce qu'ils ont moins fait l'expérience de la dépendance ?

Plus que le profil socio-démographique, on peut penser que c'est l'expérience vécue tout au long de la maladie qui détermine le choix de l'objectif. Le trouble de l'usage de l'alcool est une pathologie chronique avec des rechutes.^{34 35} Comme pour d'autres pathologies chroniques, le patient devient peu à peu expert et acquiert des connaissances et une expérience. Ce serait donc son parcours et son vécu de la maladie qui l'aiguilleraient et, éventuellement, le fait de côtoyer d'autres patients qui ont choisi cette orientation. En effet, au cours de leurs soins, les patients pris en charge pour trouble de l'usage sont fréquemment amenés à échanger dans des groupes de parole ou des associations de patients.

Il serait intéressant de réaliser une étude qualitative avec des entretiens pour mieux connaître les représentations des patients et comment leur parcours a influencé leur choix.

2. Modalités du choix de l'objectif

Dans notre étude, l'abstinence restait pour les médecins l'objectif idéal dans la majorité des cas, c'est-à-dire pour 43 patients, alors que seulement 28 patients ont choisi cette voie. Il y avait donc fréquemment une différence de point de vue entre patient et soignant concernant l'objectif le plus adapté.

2.1. Ambivalence et motivation

On observait une ambivalence chez les patients qui choisissaient une consommation contrôlée. Beaucoup jugeaient cet objectif difficile et la moitié estimaient qu'il serait préférable d'opter pour l'abstinence. Ils étaient plus nombreux au stade de « pré-contemplation » selon Prochaska que les abstinents (27% et 14% respectivement). De façon plus étonnante, ils étaient aussi plus nombreux au stade « action » (50% et 43%). Ces différences n'étaient pas significatives. Dans l'étude de Heather, les patients abstinents étaient plus souvent au stade « action » (59,2 % contre 43,9 %).⁴⁹ Ils avaient moins la tentation de consommer et plus confiance en leur capacité à résister à l'envie de boire de l'alcool.

On peut faire l'hypothèse que la consommation contrôlée serait choisie par des patients encore ambivalents par rapport à leur consommation et donc vis-à-vis de leur démarche de soins.

2.2. Impact des troubles cognitifs

Dans notre échantillon, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant la présence de troubles cognitifs.

En revanche, les patients ambivalents présentaient plus de troubles cognitifs que les patients cohérents dans leur choix (44,4 % contre 21,9 %). On pourrait l'expliquer par le fait que des fonctions cognitives normales sont nécessaires pour quitter le stade d'ambivalence, comme l'a montré une étude de Le Berre.⁵⁰ En effet, les sujets présentant des troubles cognitifs liés à l'alcool ont plus de difficultés à envisager les risques et les dommages, à prendre des décisions et à adhérer aux traitements.

Les troubles des fonctions exécutives renforceraient la résistance à s'engager dans une dynamique de changement, avec paradoxalement une surestimation des capacités pour y parvenir. Avec d'autres facteurs comme l'absence de support social ou un déficit de confiance en soi, ils pourraient compromettre les soins psychothérapeutiques et l'accompagnement en jouant un rôle dans la rechute.⁴⁵

2.3. Évolution de l'objectif au cours du temps

Nous avons décidé d'étudier le choix défini à J15. Or, une étude de Meyer en 2014 montrait que c'était l'objectif fixé en fin de traitement qui était plus prédictif des résultats à un an.⁵¹

Dans l'étude de Hodgins, à l'admission, 46,2 % des patients optaient pour l'abstinence, 44,3 % choisissaient la consommation contrôlée et 9,5 % restaient indécis. À la fin du programme, 65 % choisissaient l'abstinence et 32 % la consommation contrôlée. Les changements se faisaient le plus souvent d'une consommation contrôlée vers une abstinence.

Il serait donc intéressant de guider les patients vers un choix approprié plutôt que de leur imposer un choix dès le début de la prise en charge.⁴⁸

De plus, Rosenberg montrait que le maintien d'une consommation contrôlée était associé à la conviction du patient que celle-ci est possible.¹¹ Les travaux de Rice indiquaient que l'ambivalence avait tendance à diminuer au cours du temps.⁵²

Nos résultats auraient donc pu être différents si les données avaient été recueillies à différents moments de l'hospitalisation.

3. Les seuils de consommation

3.1. Une mauvaise connaissance des repères

Si 95 % des patients ayant choisi la consommation contrôlée disaient connaître le seuil de consommation journalière recommandé par les organismes de santé, ils l'estimaient en moyenne à 5,3 unités. Ce seuil était donc largement surévalué. Pourtant, lors de leur séjour en SSRA, des séances d'éducation thérapeutique leur ont été délivrées.

On peut penser que le trouble de l'usage de l'alcool rend difficile l'intégration des informations concernant les seuils. Ces difficultés peuvent être liées aux troubles cognitifs ou à l'ambivalence que présentent certains patients. Des études confirment que chez les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool, l'altération des capacités d'apprentissage de nouvelles

connaissances complexes entraîne des difficultés à intégrer les informations fournies au cours des sessions de prévention de la rechute.⁵³

On peut également supposer que les patients, admis à des moments différents et pour des soins d'une durée variable, n'ont pas tous assisté aux mêmes séances à J15 de leur séjour. La durée du séjour serait-elle corrélée à une meilleure connaissance des seuils ? Une évaluation de l'efficacité de l'éducation thérapeutique serait intéressante pour explorer cette hypothèse. On pourrait également s'interroger sur les connaissances des médecins. Une étude de l'OFDT en 2009 estimait qu'avant leur formation au repérage précoce et à l'intervention brève, à peine plus d'un tiers des médecins généralistes maîtrisaient les seuils de consommation recommandés pour les hommes et pour les femmes.⁵⁴ Il serait intéressant de savoir si les récentes mises à jour des recommandations sont connues.

3.2. Les objectifs fixés pour une consommation contrôlée

Les patients souhaitant contrôler leur consommation avaient fixé comme objectif une limite de 2,24 unités d'alcool par jour en moyenne. C'est plus que les seuils recommandés au grand public. Ces recommandations ne semblent donc pas adaptées aux patients ayant des troubles modérés ou sévères de l'usage de l'alcool. Il serait intéressant d'interroger des patients suivis en ambulatoire, ou ayant des troubles légers, qui seraient peut-être plus enclins à atteindre des objectifs correspondant aux seuils à risque.

Une étude qualitative permettrait d'explorer la définition de la consommation contrôlée pour les patients. Celle-ci n'est peut-être pas uniquement un objectif chiffré, mais peut-être aussi un mode de consommation et un comportement à adopter vis-à-vis de l'alcool, comme dans la définition proposée par Klingemann : « une consommation disciplinée astreinte à un plan prédéfini, avec des règles établies quant à la quantité d'alcool et au cadre dans lequel la consommation a lieu » .¹⁴

L'étude qualitative associée au rapport de Santé publique France en 2017 montrait que, dans la population générale, les repères n'étaient pas connus et que les Français se basaient sur d'autres critères pour modérer leur consommation : aptitude à conduire, fatigue, prise de poids, regard des autres.³²

4. Forces et limites de ce travail

4.1. Forces

Il s'agit d'un travail original et concernant un sujet pour lequel il existe peu de données dans la littérature. La question des seuils de consommation d'alcool est une thématique d'actualité, car les recommandations sont en évolution permanente.

Aucun patient ne s'est opposé au recueil de données.

Les informations sont extraites d'entretiens dont le contenu et la période de passation sont standardisés au sein du SSRA, limitant ainsi le biais d'information. Très peu de données étaient manquantes.

4.2. Limites

Ce travail peut présenter un biais d'échantillonnage par le caractère monocentrique de l'étude et le faible nombre de sujets. Les résultats obtenus sont difficilement extrapolables et sont plutôt à considérer comme un travail préliminaire à une étude à plus grande échelle. On pourrait imaginer une période de recueil plus longue. On pourrait également augmenter la représentativité de l'échantillon en réalisant une étude multicentrique dans plusieurs SSRA.

Il existe un risque de biais de recrutement, car les patients inclus étaient hospitalisés en SSRA et aucun d'eux ne présentait un trouble léger de l'usage de l'alcool.

Cette étude transversale ne permet pas de considérer les éventuels changements d'objectif au cours de l'hospitalisation. Elle ne permet pas de prendre en compte l'impact de la durée totale du séjour, en particulier sur la connaissance des repères de consommation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement – Recommandations de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie. 2015;37(1):5-84
2. Arvers Ph, Assailly JP, Batel Ph, et al. Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Paris:Les éditions INSERM;2003:55-87
3. Hillemand B. L'inversion en milieu socioculturel français du sens du terme alcoolique chez l'homme. Histoire des sciences médicales. 2009;43(3):281-291
4. Alcoolistes Anonymes. (page consultée le 18/08/2019). Historique des AA, [en ligne]. https://www.aa.org/pages/fr_FR/aa-timeline
5. Fouquet P. Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. L'évolution psychiatrique. 1951;16(2):231-251
6. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. (page consultée le 18/08/2019). Historique de l'ANPAA, [en ligne]. <https://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/qui-sommes-nous/histoire>
7. Sobell M, Sobell L. Individualized behavior therapy for alcoholics. Behav Ther. 1973;4:49-72
8. Sobell M, Sobell L. Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy : results. Behav Res Ther. 1976;14:195-215
9. Gache P. Evaluation des programmes de consommation contrôlée. Dépendances. 2007;31:14-17
10. Sobell M, Sobell L. Controlled drinking after 25 years : how important was the great debate ? Éditorial. Addiction. 1995;90:1149-1153
11. Rosenberg H. Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. Psychol Bull. 1993;113(1):129-139
12. Kline-Simon A, Falk D, Litten R, et al. Posttreatment low-risk drinking as a predictor of future drinking and problem outcomes among individuals with alcohol use disorders. Alcohol Clin Exp Res. 2013;37(S1):E373-E380
13. Witkiewitz K. Success following alcohol treatment : moving beyond abstinence. Alcohol Clin Exp Res. 2013;37(S1) :E9-E13
14. Klingemann H, Room R, Rosenberg H, et al. Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel - Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens. Bundesamts für Gesundheit. 2004
15. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. RDR Alcool - Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool. Commission des pratiques professionnelles. 2012
16. Fédération Française d'Addictologie, avec la participation de l'Anaes. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution. Conférence de consensus. HAS. 2004.
17. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use : Health promotion, prevention, and treatment. Addict Behav. 2002;27:867-886

18. Morel A, Chappard P, Couteron JP, et al. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Dunod;2012
19. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(24-25):440-9
20. Richard JB, Palle C, Guignard R, et al. La consommation d'alcool en France en 2014. Évolutions. 2015 (32)
21. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 2013; 23(4):588-593
22. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. 2018
23. Nutt DJ, King LA, Phillips LD, et al. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet. 2010;376:1558-65
24. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018;392:1015-1035
25. Rehm J, Shield KD, Gmel G, et al. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. Eur Neuropsychopharmacol. 2013 ;23 :89-97
26. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. International guide for monitoring alcohol consumption and related and related harm. Geneva: WHO. 2000. p. 193.
27. Belgherbi S, Mutatayi C, Palle C. Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question. Note de synthèse. OFDT. 2015
28. Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique : Les conduites d'alcoolisation, Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Alcoologie et Addictologie. 2001;23(4 Suppl.):1S-76S
29. Department of Health. Alcohol Guidelines Review – Report from the Guidelines Development Group to the UK Chief Medical Officers. 2016
30. National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. 2009 :2-5
31. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. 2015–2020 Dietary Guidelines for Americans. 8th Edition. 2015
32. Santé Publique France, Institut National du Cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. 2017
33. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie [circulaire]. 2008. Disponibilité sur Internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf
34. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA. 2000 ;284(13):1689-95
35. Leshner A, et al. Addiction is a brain disease, and it matters. Science. 1997;278:45-47

36. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. (page consultée le 18/08/2019). Dossier Baclofène [en ligne]
[https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Baclofene/Baclofene-et-traitement-de-la-dependance-a-l-alcool/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Baclofene/Baclofene-et-traitement-de-la-dependance-a-l-alcool/(offset)/0)
37. Donovan D, Mattson ME, Cisler RA, et al. Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol*. 2005;15:119-139
38. World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993;2:153-159
39. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much, A clinician' guide. Updated 2005 Edition. Bethesda : NIH ;2007
40. National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guidelines [en ligne]. 2011 [consulté le 18/08/2019]. Disponibilité sur Internet : <
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/1-Guidance#interventions-for-alcohol-misuse>>
41. Rehm J, Zatonksi W, Taylor B, Anderson P. Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction*. 2011;106(Suppl. 1):11-9
42. Charlet K, Heinz A. Harm reduction : a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addiction Biology*. 2016;22:1119-1159
43. 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 Alcoholism*. 2011;0(0):1-6
44. Klingemann H, Rosenberg H. Acceptance and therapeutic practice of Controlled Drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programmes. *Eur Addict Res*. 2009;15:121-127
45. Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. *Alcoologie et Addictologie*. 2014 ;36(4) :335-373
46. Prochaska JO, DiClemente CC, et Norcross JC. In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992;47(9):1102-1114
47. Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 19/08/2019). Soins de suite et de réadaptation, Une prise en charge globale de la personne après l'hospitalisation, [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
48. Hodgins D, Leigh G; Milne R, Gerrish R. Drinking goal selection in behavioral self-managment treatment of chronic alcoholics. *Addict Behav*. 1997;22(2):247-255
49. Heather N, Adamson SJ, Raistrick D, Slegg GP. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problem. *Alcohol Alcoholism*. 2010;45(2):128-142
50. Le Berre AP, Vabret F, Cauvin C, et al. Cognitive barriers to readiness to change in alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36(9):1542-9

51. Meyer A, Wapp M, Strik W, Moggi F. Association between drinking goal and alcohol use one year after residential treatment : a multicenter study. J Addict Dis. 2014;33:234-242
52. Rice SL, Hagler KJ, et Tonigan JS. Longitudinal trajectories of readiness to change : Alcohol use and help-seeking behavior. J Stud Alcohol Drugs. 2014;75(3):486-495
53. Nonnotte AC. Remédiation cognitive dans l'alcool-dépendance. Elsevier [en ligne]. 2017[page consultée le 19/08/2019]. Disponibilité sur Internet : <<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/remediation-cognitive-dans-lalcoolo-dependance>>
54. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Évaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. Principaux résultats. 2009

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Descriptif de la population	17
Tableau II : Caractéristiques des patients selon l'objectif choisi	18
Tableau III : Dommages et comorbidités.....	19
Tableau IV : Choix de l'objectif.....	20
Tableau V : Connaissance des repères et de la consommation contrôlée.....	21

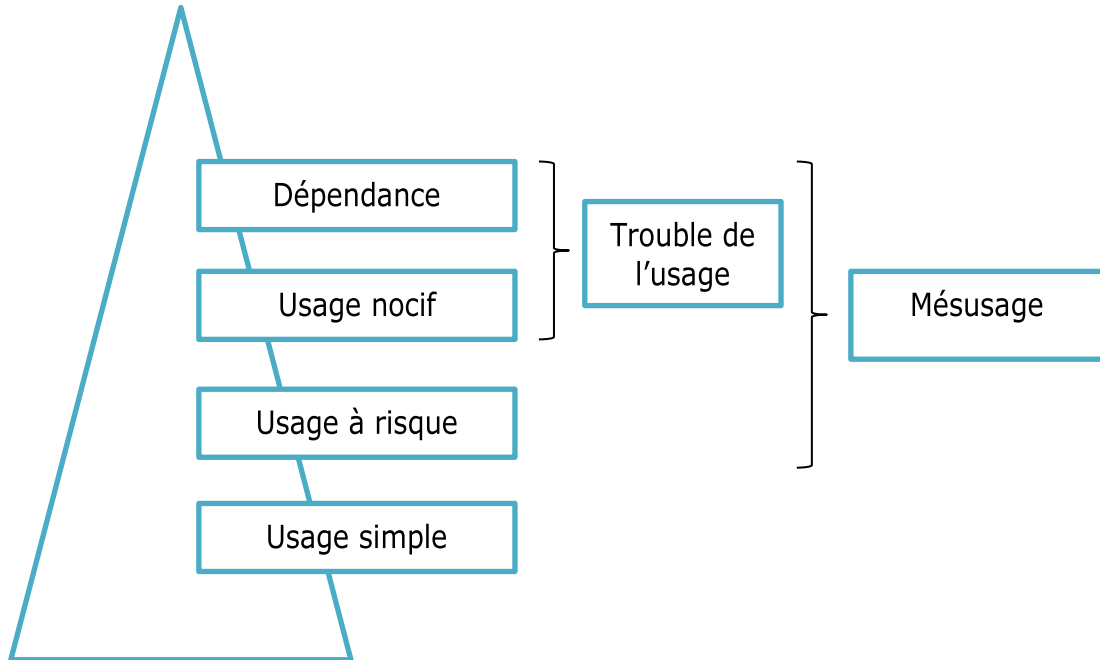
TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION	2
1. Historique du soin et de la prise en charge en alcoologie.....	2
1.1. L'alcoolisme et les prises en charge basées sur l'abstinence.....	2
1.2. Le milieu du XXe siècle : la naissance de l'alcoologie et son enseignement.....	3
1.3. La remise en cause du paradigme de l'abstinence.....	4
1.4. La réduction des risques, une approche différente de l'addiction	5
2. La prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool aujourd'hui	6
2.1. Contexte épidémiologique	6
2.2. L'évolution des repères de consommation pour la population générale.....	7
2.2.1. Dans le monde.....	7
2.2.2. En France	8
2.3. L'offre de soins en alcoologie en France	9
2.3.1. Le réseau de soins	9
2.3.2. Les Soins de Suite et de Réadaptation Addictologiques (SSRA)	10
2.4. L'introduction du concept de réduction des risques et de consommation contrôlée dans le champ de l'alcoologie	10
2.4.1. La réduction des risques par le biais d'une diminution de la consommation	10
2.4.2. La prise en compte du choix du patient	11
3. Objectif de l'étude.....	13
MÉTHODES	14
1. Population étudiée	14
2. Recueil de données	14
3. Aspects réglementaires	15
4. Analyses statistiques	15
RÉSULTATS	17
1. Caractéristiques de la population	17
2. Choix de l'objectif de consommation	17
3. Caractéristiques des patients selon leur choix de consommation	18
4. Choix d'un mode de consommation par le patient et le médecin.....	19
5. Portrait type de quatre profils de patients.....	20
5.1. Les patients déterminés dans leur choix d'une abstinence	20
5.2. Les patients déterminés dans leur choix d'une consommation contrôlée	20
5.3. Les patients ambivalents dans leur choix d'une abstinence	21
5.4. Les patients ambivalents dans leur choix d'une consommation contrôlée	21
6. Seuils de consommation connus et choisis	21
DISCUSSION ET CONCLUSION	23
1. Profil des patients selon l'objectif choisi	23
1.1. Comparaison des résultats à d'autres études	23
1.2. Sévérité et ancienneté du trouble de l'usage	23
2. Modalités du choix de l'objectif	24

2.1.	Ambivalence et motivation	25
2.2.	Impact des troubles cognitifs.....	25
2.3.	Évolution de l'objectif au cours du temps	26
3.	Les seuils de consommation	26
3.1.	Une mauvaise connaissance des repères	26
3.2.	Les objectifs fixés pour une consommation contrôlée	27
4.	Forces et limites de ce travail	28
4.1.	Forces.....	28
4.2.	Limites.....	28
BIBLIOGRAPHIE.....		29
LISTE DES TABLEAUX.....		33
TABLE DES MATIÈRES		34
ANNEXES.....		I
1.	Annexe n° 1 : Les différents modes d'usage de l'alcool.....	I
1.1.	Le non-usage.....	I
1.2.	L'usage simple	I
1.3.	Le mésusage	I
1.3.1.	L'usage à risque	II
	a) En France	II
	b) Selon l'OMS	II
1.3.2.	Les troubles liés à l'usage de l'alcool	III
	a) Troubles de l'usage de l'alcool d'après la CIM-10	III
	Utilisation nocive pour la santé	III
	Syndrome de dépendance.....	III
	b) Trouble de l'usage de l'alcool d'après la définition du DSM-V	IV
	Onze critères	IV
	Trois degrés de sévérité.....	V
2.	Annexe n° 2 : Lettre d'information aux patients.....	VI
3.	Annexe n° 3 : test MoCA	VII
4.	Annexe n° 4 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente	VIII

ANNEXES

1. Annexe n° 1 : Les différents modes d'usage de l'alcool



1.1. Le non-usage

Le non-usage est défini par l'absence totale de consommation d'alcool. Il peut être primaire, par exemple chez les enfants, ou secondaire à une période de mésusage.

1.2. L'usage simple

On parle d'usage simple lorsque l'individu consomme de l'alcool, mais que cette consommation est à la fois asymptomatique et inférieure aux seuils recommandés.

1.3. Le mésusage

Le mésusage regroupe l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool.

1.3.1. L'usage à risque

On parle d'usage à risque lorsque la consommation d'alcool est susceptible d'entraîner des dommages. Des seuils de consommation à risque (en dehors du cas de la grossesse ou de la conduite) ont été définis en France et par l'OMS.

a) En France

D'après les recommandations de Santé publique France en 2017 : pour limiter les risques pour la santé, il est recommandé de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour, et d'avoir des jours dans la semaine sans consommation. Un verre standard correspond à 10 g d'alcool pur.

De plus, les données scientifiques objectivant un risque de cancer associé à une faible consommation d'alcool, sans effet seuil, l'INCa déconseille la consommation d'alcool.³²

b) Selon l'OMS ²⁶

Niveaux de risque pour les risques aigus liés à une consommation, un jour donné :
Consommation totale en grammes/jour

Risque	Homme	Femme
Faible	1 à 40	1 à 20
Modéré	>40 à 60	>20 à 40
Élevé	>60 à 100	>40 à 60
Très élevé	>100	>60

Niveaux de risque pour les risques chroniques liés à une consommation habituelle :
Consommation totale en grammes/jour

Risque	Homme	Femme
Faible	1 à 40	1 à 20
Modéré	>40 à 60	>20 à 40
Élevé	>60	>40

1.3.2. Les troubles liés à l'usage de l'alcool

Les définitions de ces troubles ne prennent pas comme critère un certain niveau de consommation d'alcool, mais plutôt la présence de conséquences délétères de celle-ci.

a) Troubles de l'usage de l'alcool d'après la CIM-10

Les troubles liés à l'usage de l'alcool regroupent d'une part, l'usage nocif et d'autre part, la dépendance

Utilisation nocive pour la santé

- a) Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple, hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool)
- b) Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

Syndrome de dépendance

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- a. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
- b. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation)
- c. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- d. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré (certains

sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez des sujets non dépendants)

e. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer ses effets

f. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

b) Trouble de l'usage de l'alcool d'après la définition du DSM-V

Onze critères

1. Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple, absences répétées, diminution des performances de travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile)
2. Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (par exemple, conduite automobile ou utilisation de machine)
3. Persistance de l'usage de l'alcool en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool
4. Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants :
 - a. Un besoin manifeste d'augmenter les quantités d'alcool pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré

- b. Une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool
- 5. Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants :
 - a. Présence de signes de sevrage concernant l'alcool lors de l'arrêt ou d'une forte diminution de la consommation
 - b. L'alcool est parfois consommé pour éviter ou stopper les signes de sevrage
- 6. L'alcool est consommé en plus grande quantité, ou sur une période plus longue que ce qui était envisagé
- 7. Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation d'alcool
- 8. Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer, ou à récupérer des effets de la consommation
- 9. Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation d'alcool
- 10. L'usage d'alcool reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique.
- 11. On constate la présence régulière d'un craving, ou envie importante ou compulsive de consommer de l'alcool.

Trois degrés de sévérité

Cette définition évalue la sévérité du trouble de l'usage selon le nombre de critères présents :

- Faible : au moins 2 critères
- Modéré : au moins 4 critères
- Sévère : au moins 6 critères

2. Annexe n° 2 : Lettre d'information aux patients

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Angers le 25/09/2018

Madame, Monsieur,

Je suis médecin généraliste et prépare actuellement ma thèse en vue d'obtenir un Doctorat en Médecine (spécialité Médecine générale).

Ce travail de thèse, dirigé par Dr Corinne Dano, médecin addictologue au CHU d'Angers, s'intéresse aux patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool et à leur expérience de la consommation contrôlée d'alcool dans le cadre de leur prise en charge.

L'objectif de ce travail est de mieux comprendre ce qui a conduit une personne à s'orienter vers une abstinence ou une consommation contrôlée.
Pour cela, nous envisageons de recueillir de manière anonyme des informations dans les dossiers médicaux.

Vous êtes libres de refuser que nous recueillions ces données si vous n'en avez pas envie, et ce, sans avoir à vous justifier.
Ce travail n'a pas pour but de modifier votre prise en charge par les professionnels de santé que vous consultez.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, vous pouvez nous laisser vos coordonnées.
Pour toute question, vous pouvez vous adresser au Dr Dano ou à moi-même par mail.

Marion GUINEHEUX
marion.guineheux@etud.univ-angers.fr

3. Annexe n° 3 : test MoCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

Version 7.1

FRANÇAIS

NOM :

Scolarité :

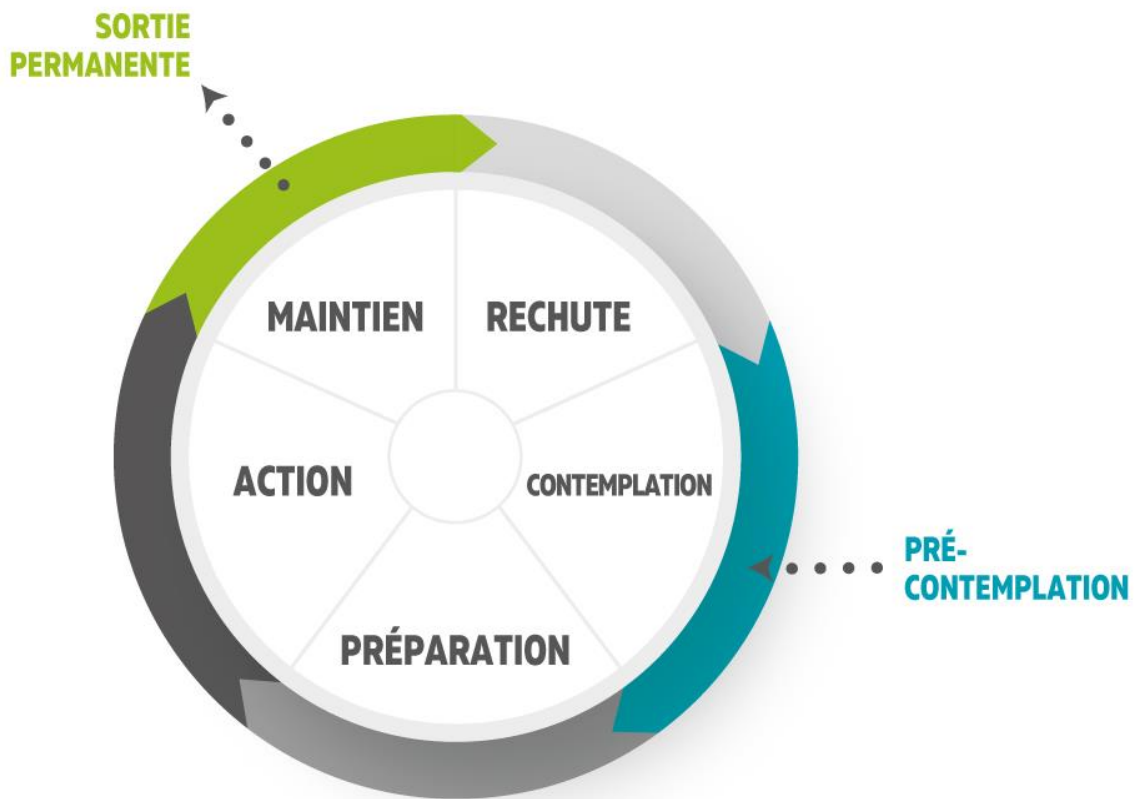
Sexe :

Date de naissance :

DATE :

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS			
[]		[]		[] Contour	[] Chiffres	[] Aiguilles			
						___/5			
DÉNOMINATION									
[]		[]		[]		___/3			
MÉMOIRE	Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.			VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
	1 ^{er} essai								
	2 ^{ème} essai								
ATTENTION	Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.).		Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4		Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2				___/2
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB							___/1
Soustraire série de 7 à partir de 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt		___/3
LANGAGE	Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. []		L'argument de l'avocat les a convaincus. []						___/2
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[] _____ (N ≥ 11 mots)							___/1
ABSTRACTION	Similitude entre ex : banane - orange = fruit []		train - bicyclette []		montre - règle				___/2
RAPPEL	Doit se souvenir des mots SANS INDICES		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement	___/5
	Indice de catégorie		[]	[]	[]	[]	[]		
Optionnel	Indice choix multiples								
ORIENTATION	[] Date	[] Mois	[] Année	[] Jour	[] Endroit	[] Ville			___/6
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30	
Administré par : _____						Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans			

4. Annexe n° 4 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente



Pré-contemplation : le patient ne pense pas avoir de problème avec le produit et n'envisage pas de changer de comportement

Contemplation : manifestation d'une ambivalence, le patient envisage de changer son comportement, mais hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle

Préparation : l'individu se sent prêt à démarrer la phase d'action

Action : le changement est engagé vers des modifications dans sa vie

Maintien : phase de consolidation souvent délicate, qui peut évoluer soit vers une rechute, soit vers une sortie de la problématique

D'après Prochaska et coll., 1992 ⁴⁵

Source de l'image : <https://psymontreal.com/stades-de-changement/>

Projection vers un mode de consommation des sujets admis en SSRA pour trouble de l'usage de l'alcool

RÉSUMÉ

Introduction : La prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool a longtemps visé l'abstinence. Un objectif de consommation contrôlée est aujourd'hui considéré comme acceptable, dans le cadre de la réduction des risques. Notre travail avait pour but d'étudier l'objectif des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool. Nous avons exploré leurs caractéristiques, les modalités de leur choix ainsi que les seuils de consommation fixés.

Méthodes : Les données suivantes ont été extraites des dossiers médicaux de patients admis dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation Addictologiques : objectif choisi, caractéristiques démographiques, sévérité et durée du trouble de l'usage de l'alcool, dommages, troubles cognitifs, parcours de soin, stade de Prochaska, seuil de consommation fixé, connaissance des recommandations et avis du médecin sur l'objectif.

Résultats : Dans notre échantillon de 50 patients, l'objectif de consommation contrôlée a été choisi par 22 patients (44 %) et l'abstinence par 28 patients (56 %). Il n'y avait pas de différence significative des caractéristiques démographiques entre les deux groupes. Les patients abstinentes avaient un trouble plus sévère et plus ancien. D'un point de vue médical, la consommation contrôlée était un objectif acceptable pour 14 % des patients. En cas de consommation contrôlée, le seuil moyen était fixé à 2,24 unités-standard d'alcool par jour. Si 84 % des patients disaient connaître les recommandations, les repères cités étaient surestimés, en particulier pour le groupe consommation contrôlée.

Conclusion : La consommation contrôlée concernait surtout les patients ayant un trouble de l'usage récent et moins sévère. Elle n'était pas préconisée par le médecin dans la plupart des cas. De nombreux patients en exprimaient l'envie, bien que cela leur paraisse difficile, traduisant une certaine ambivalence. Les patients connaissaient mal les recommandations qui ne semblent pas adaptées aux troubles de l'usage. Cela devrait inciter les professionnels à adapter leur message.

Mots-clés : Trouble de l'usage de l'alcool, Abstinence, Consommation contrôlée, Réduction des risques, Seuils

Drinking-goal among patients in rehabilitation unit for alcohol use disorders

ABSTRACT

Introduction: Treatment for alcohol use disorders has long been dominated by the goal of abstinence. Controlled-drinking is now an acceptable goal, as part of harm reduction. The objective of our work was to describe the drinking-goal chosen by patients with an alcohol use disorder. We explored their characteristics, the modalities of their choice and their consumption limits.

Methods: The following data were extracted from the medical records of patients admitted to an alcohol rehabilitation center: drinking-goal, demographic characteristics, severity and duration of the alcohol use disorder, damage, cognitive disorders, care history, stage after Prochaska, limits of consumption, knowledge of the guidelines, doctor's opinion.

Results: In our sample of 50 patients, controlled-drinking was chosen by 22 patients (44%) and abstinence by 28 patients (56%). There was no significant difference in demographic characteristics between the two groups. Those choosing abstinence had more severe disorder. Doctors consider controlled-drinking as an acceptable goal for 14% of patients. In the case of controlled-drinking, the average limit was 2.24 standard units of alcohol per day. Although 84% of patients said they knew the recommendations, they were overestimated, especially in the controlled consumption group.

Conclusion: Controlled-drinking was chosen by patients with a recent and less severe disorder. Most of the time, controlled -drinking was not recommended by the doctor. Although controlled-drinking seemed difficult to reach, many patients aimed this goal, expressing ambivalent feelings. Patients were unfamiliar with the recommendations. The guidelines do not seem relevant for patients with alcohol-use disorder. Healthcare professionals should adjust their message.

Keywords: Alcohol use disorder, Abstinence, Harm reduction, Controlled drinking, Threshold