



Les bénéfices d'une stratégie de réduction de la consommation

Benefits of alcohol reduction strategies

B. Trojak*, V. Meille*, B. Bonin*

La stratégie de réduction des consommations rencontre aujourd'hui un vif regain d'intérêt à la suite, d'une part, de l'Autorisation de mise sur le marché européenne du nalméfène en février 2013 dans cette indication, d'autre part de la mise en place sur notre territoire de la Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du baclofène en février 2014 dans la réduction majeure de la consommation. Il est vrai que l'approche médicamenteuse, accessible à tous les médecins, rend plus pratique la réalisation de cet objectif thérapeutique.

Mais, sur le fond, quels sont les bénéfices attendus de la réduction de la consommation ?

Patients with Alcohol Use Disorders (AUD) are largely undertreated even today. New drugs developed for AUD are contributing to increased interest in alcohol-reduction strategies. The reduction in drinking as a treatment outcome offers real additional opportunities and is not simply a substitute for abstinence. Numerous benefits are expected with this treatment goal: reduced damage due to heavy alcohol consumption, broader alcohol care and treatment for patients, an alternative to abstinence and a greater choice of therapeutic options. Finally, by offering a more attractive goal for patients with AUD, we expect that it will be easier for them to gain access to care and treatment for their disorders.

La stratégie de réduction de la consommation d'alcool chez les patients souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool n'est pas nouvelle. Elle a été proposée, dès les années 1970, avec le contrôle des consommations par des programmes cognitivocomportementaux (1). Toutefois, son utilisation est restée peu fréquente. Cet objectif s'oppose en effet aux traditionnelles cures de sevrage et apparaît en contradiction avec la prise en charge proposée par les associations d'entraide pour "alcooliques abstinents", d'où de nombreuses controverses (2, 3). Par ailleurs, l'absence de formation des professionnels en alcoologie aux techniques bien spécifiques de la thérapie cognitivocomportementale a probablement limité son développement. En fait, que peut-on attendre de la réduction de la consommation ?

BIEN MOINS DE DOMMAGES, ET UNE BONNE ALTERNATIVE

L'alcool est une substance toxique pouvant provoquer **plus de 60 pathologies**, dont des pathologies cancéreuses (voies aérodigestives supérieures et foie), vasculaires (hypertension artérielle, coronaropathies, accidents vasculaires ischémiques et hémorragiques), et également le diabète, les crises comitiales, etc. (4). De façon évidente, il y a un lien entre l'intensité des consommations journalières et le risque de développer ces pathologies. Et réciproquement, toute diminution de la consommation d'alcool est bénéfique pour la santé non seulement du fait de l'ensemble des maladies qui lui sont imputables, mais encore pour diminuer la mortalité qui lui est liée, et cela **d'autant plus qu'elle concerne une consommation quotidienne très élevée**. À titre d'exemple, une réduction de 3 verres d'alcool par jour se traduit par une diminution de la mortalité 3 fois plus importante pour une consommation quotidienne de 9 verres que de 6 verres (5).

* Service de psychiatrie et d'addictologie, CHU de Dijon.

Mots-clés : Réduction des consommations, réduction des risques, bénéfique, abstinence, traitements, troubles de l'utilisation de l'alcool

Keywords: *Reduction in consumption, harm reduction, benefit, abstinence, treatments, alcohol use disorders*

L'élargissement du périmètre des soins constitue un autre bénéfice. Approximativement, 14,6 millions d'Européens présenteraient un trouble lié à l'alcool, alors que **seuls 8,3% consultent** dans le système de santé pour ce problème (6, 7). En France, bien que ne disposant pas de statistiques précises, on présume un taux de prise en charge similaire, aux alentours de 8% (8). La grande majorité des patients ne bénéficient donc pas de soins pour leur problème d'alcool. En s'ajoutant à l'abstinence, le programme thérapeutique fondé sur la diminution des consommations d'alcool permet donc d'élargir le champ des soins en alcoologie. Il pourrait intéresser les patients qui ont conscience de la gravité de leurs troubles alcooliques mais qui ont du mal à suivre un parcours de soins du fait de leur incapacité à être abstinents. Et surtout, il est susceptible d'être proposé à des patients présentant des troubles légers à modérés de l'usage d'alcool (le plus grand nombre), qui, souvent, ne se perçoivent pas "alcooliques" et ne sont donc pas attirés par une proposition thérapeutique reposant uniquement sur l'abstinence (9).

Par ailleurs, si l'abstinence totale et définitive est un idéal pour les patients, cet objectif n'est bien souvent ni accessible ni acceptable pour bon nombre d'entre eux qui ne l'envisagent pas à vie (8), et ce pour de nombreuses raisons : peur du sevrage, crainte d'un isolement en raison de l'abstinence, ou d'une stigmatisation ("ne pas boire, c'est avoir un problème avec l'alcool")... Enfin, une alternative à l'abstinence est intéressante pour les patients qui continuent à consommer de l'alcool alors qu'ils bénéficient d'un traitement médicamenteux disposant d'une AMM dans l'indication d'aide au maintien de l'abstinence, traitements souvent loin d'être "miraculeux".

Est-il toutefois raisonnable de ne pas prescrire l'abstinence totale à un sujet qui présente un trouble de l'usage d'alcool ? Les résultats de certains essais thérapeutiques sont rassurants. Dans l'étude **UK Alcohol Treatment Trial (UKATT)**, on observe un résultat positif à 12 mois, dans une même proportion selon que le patient avait initialement choisi l'abstinence ou la réduction : 53,9% dans le premier groupe contre 59,8%, abstinents ou améliorés (de légèrement à nettement), dans le second (2). Dans cette étude, la différence entre les 2 groupes n'était statistiquement pas significative. Il n'est donc pas impossible de réduire les troubles de ces patients. La réduction peut avoir un succès variable, allant, modestement, de la diminution du nombre de jours de consommation excessive, au retour à une consommation normale (9).

OFFRIR UNE VARIÉTÉ D'OPTIONS THÉRAPEUTIQUES

La stratégie de réduction s'ajoute donc à celle qui prône l'abstinence. Mais, plus qu'une stratégie supplémentaire, elle complète la précédente, les 2 pouvant être envisagées au sein d'un schéma global de prise en charge (figure).

À court terme, l'objectif est individualisé en fonction des souhaits du patient. Les recommandations du *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) précisent que, si un patient refuse l'objectif de l'abstinence mais accepte celui de la réduction, il faut l'y encourager, tout en lui rappelant que le premier est le meilleur (10). Et, si les patients qui suivent un programme de réduction se trouvent en échec, ils y adhéreront plus facilement dans un deuxième temps (8). À l'inverse, ceux qui avaient initialement fait le choix de l'abstinence et qui n'y parviennent pas seront des candidats à un programme de réduction, afin de minimiser l'impact sur la santé de leur consommation d'alcool.

À plus long terme, les patients bénéficiant d'un programme orienté vers l'abstinence ou la réduction pourront changer d'objectif thérapeutique.

Les essais thérapeutiques des médicaments réducteurs d'appétence, commercialisés dans *l'aide au maintien de l'abstinence*, ont sélectionné une sous-population de patients alcoolo-

dépendants, motivés par l'objectif d'abstinence. Dans notre pratique, nous ne rencontrons pas les mêmes patients. La plupart ne sont pas intéressés par l'objectif d'abstinence au début de leur prise en charge, en particulier ceux qui ne se perçoivent pas "alcooliques" (3, 9). Pour ces patients, la réduction est plus appropriée. Laisser le choix à un patient de décider de la stratégie qui correspond le mieux à ses attentes, c'est l'inscrire dans une relation d'empathie et de confiance. La réduction permet d'éviter de nombreuses craintes, comme celle de perdre tout ce qui est associé aux habitudes de consommation dans notre société. L'utilisation d'agendas de consommation pour apprécier objectivement la réduction du nombre de verres consommés est un moyen de rendre les patients actifs dans leur prise en charge et de leur restituer un feedback sur eux-mêmes, ce qui est reconnu pour constituer un facteur motivationnel au changement. Finalement, c'est proposer à ces patients un programme thérapeutique visant à essayer, dans la mesure du possible, de "boire comme tout le monde".

CONCLUSION

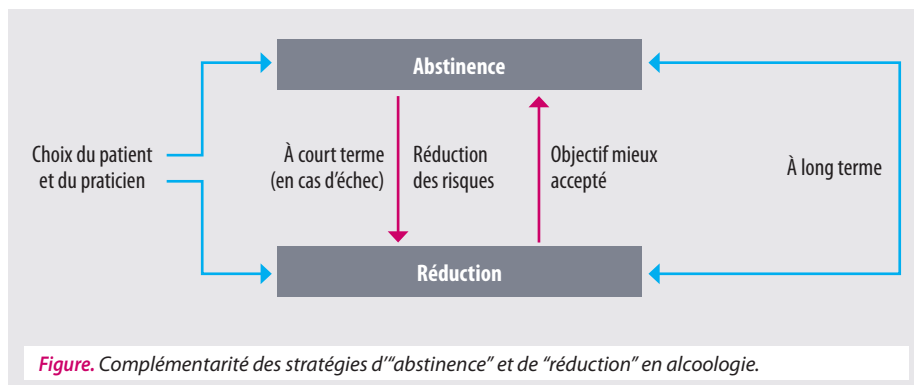
Trop peu de patients en difficulté avec l'alcool acceptent à ce jour les soins qui leur sont proposés. Il est donc indispensable d'associer de nouvelles stratégies thérapeutiques à celle de l'abstinence. Les patients réticents à celle-ci pourraient donc être réceptifs à un programme

fondé sur la réduction des consommations, plus proche de leurs attentes, qui devrait leur faciliter l'accès aux soins. Et on peut leur présenter l'objectif d'abstinence dans un deuxième temps de la prise en charge. Dans tous les cas, la réduction avec un contrôle partiel des consommations, permettra de réduire les dommages liés à l'alcool. En fin de compte, il existe suffisamment d'arguments pour clore le débat opposant l'abstinence à la consommation contrôlée et ainsi développer leur complémentarité.

B. Trojak déclare avoir participé à des conférences organisées par le laboratoire Lundbeck dans le domaine de l'alcoologie.

Références bibliographiques

1. Aubin HJ. L'abstinence à tout prix ? *Alcoologie et Addictologie* 2000;4:279-80.
2. Adamson SJ, Heather N, Morton V, Raistrick D; UKATT Research Team. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol Alcohol* 2010;45:136-42.
3. Gastfriend DR, Garbutt JC, Pettinati HM, Forman RF. Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat* 2007;33(1):71-80.
4. Anderson P, Baumberg P. Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission, 2006. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf
5. Rehm J, Zatonksi W, Taylor B, Anderson P. Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction* 2011;106(Suppl. 1):11-9.
6. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;420:47-54.
7. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:655-79.
8. Rigaud A. Prise en charge des maladies alcooliques. Quelles stratégies aujourd'hui ? *Alcoologie et Addictologie* 2014;36:27-33.
9. McLellan AT. Reducing heavy drinking: a public health strategy and a treatment goal? *J Subst Abuse Treat* 2007;33:81-3.
10. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Helping patients who drink too much: a clinician's guide. 2008. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/PrescribingMeds.pdf>



Chers abonnés, chers lecteurs : toute l'équipe Edimark vous souhaite un magnifique été et une belle respiration avant de vous retrouver dès la rentrée !