

Dr Michel Craplet*

* ANPAA, Paris. Centre hospitalier des Quatre Villes, Saint-Cloud, France. Courriel : michel.craplet@anpaa.asso.fr

Reçu juillet 2014, accepté janvier 2015

Vraies et fausses révolutions en alcoologie

I – L'alcoologie du XX^e siècle

Résumé

L'auteur est parti de la popularité actuelle du thème du "changement de paradigme" en alcoologie. Cette expression veut souligner que des attitudes médicales anciennes (comme la "prescription" d'abstinence) devraient être remplacées par des programmes nouveaux (telle la réduction des risques et des dommages). Pourtant, en suivant l'histoire de l'alcoologie, nous pouvons voir que cette idée de changement n'est pas pertinente, tout simplement parce qu'il n'a jamais existé de paradigme dans l'alcoologie non protocolisée du XX^e siècle. L'auteur le montre en explorant les positions théoriques des alcoologues classiques et en décrivant la manière dont ils proposaient l'abstinence, non comme un idéal, ni même comme un objectif, mais comme un simple outil thérapeutique, et seulement à ceux pour qui elle semblait nécessaire. L'auteur avancera une interprétation de cette invention d'un "changement de paradigme" dans la seconde partie de l'étude.

Mots-clés

Histoire – Addictologie – Alcoologie – Abstinence – Réduction des risques.

Depuis quelque temps, il est devenu rare de lire un texte alcoologique sans tomber sur l'expression "changement de paradigme". On entend par là une "révolution thérapeutique" fondée sur la réduction des risques grâce à une diminution de la consommation d'alcool plutôt que sur la valorisation de l'abstinence. Est-ce un nouveau paradigme, vraiment ? Rien moins qu'une nouvelle vision du monde ? À lire ces textes, c'est effectivement complètement nouveau ; à les lire entre les lignes, ce serait la fin d'une approche dépassée qui était promue

Summary

True and false revolutions in alcohol rehabilitation. I - Alcohol rehabilitation in the 20th century

The author analysed the current popularity of the "change of paradigm" theme in alcohol rehabilitation. This expression is designed to emphasize that old medical attitudes (such as the "prescription" of abstinence) need to be replaced by new programmes (such risk reduction and damage reduction). However, a review of the history of alcohol rehabilitation shows that this idea of change is not relevant, simply because a paradigm never existed in the non-standardized world of alcohol rehabilitation of the 20th century. The author illustrates this statement by investigating the classical theoretical positions of alcohol rehabilitation physicians and by describing the way in which they proposed abstinence, not so much as an ideal, or even as an objective, but as a simple therapeutic tool, and only to those patients in whom it appeared necessary. The author will propose an interpretation of this invention of a "change of paradigm" in the second part of the study.

Key words

History – Addiction medicine – Alcohol rehabilitation – Abstinence – Risk reduction.

par des soignants d'une autre époque. J'ai été choqué par ce mauvais procès fait aux alcoologues considérés comme ringards lorsqu'ils valorisent l'abstinence. C'est ainsi qu'un auteur parle d'un "concept qui date du milieu du XIX^e siècle" (1) ; une remarque d'ailleurs fautive et qui ne me paraît pas un argument valable même si elle était exacte. Cette discussion est apparue voilà quelques années dans le monde anglo-saxon. Une réunion de la Société française d'alcoologie avait tenté de poser objectivement le problème en 2012. Ensuite, il y eut invention puis diffusion de

ce terme “changement de paradigme” ; les textes (2-5) se sont multipliés, dans des revues grandes ou petites, généralistes ou spécialisées, écrits souvent par des intervenants connaissant mal l’histoire de l’alcoologie.

Dans une première partie, par une évocation historique rapide – que j’espère pouvoir développer bientôt – je vais explorer la question de l’abstinence depuis les débuts de l’alcoologie. Dans une seconde partie, je me propose de chercher les raisons de la polémique mettant en avant un supposé changement de paradigme. Ensuite, j’aborderai le risque d’oubli du modèle bio-psychosocial des problèmes d’alcool – tant pour décrire l’origine de ces problèmes que pour proposer des outils en prévention et en soin – du fait de l’apparente importance prise par les facteurs médicaux avec l’arrivée de nouveaux traitements.

Aux origines de l’alcoologie

Plusieurs auteurs (6, 7) ont déjà évoqué l’histoire de l’alcoologie avant de décrire ses développements récents. Il m’a semblé qu’un détour historique plus précis était nécessaire pour comprendre la polémique actuelle. Certaines recherches historiques (8-10) laissent supposer que des auteurs ont tenté depuis longtemps de sortir la question de l’alcool, et d’autres comportements addictifs, de la sphère morale pour favoriser une approche médicale. Le

premier médecin bien repéré en alcoologie est l’Américain Benjamin Rush, pionnier de la psychiatrie américaine. Il publia en 1797 *An inquiry into the effects of spirituous liquor upon the human body*. En Europe, le premier médecin fut l’Anglais Thomas Trotter qui publia en 1804 *An essay, medical, philosophical and chemical, on drunkenness, and its effects on the human body*. Rush et Trotter furent les premiers à distinguer la dépendance et les conséquences de la consommation excessive. L’histoire de l’alcoologie européenne (11, 12) a été marquée au milieu du XIX^e siècle, par Magnus Huss qui inventa le mot “alcoolisme”. L’invention du mot confirma la médicalisation du problème par la description du phénomène comme une intoxication, à l’image du saturnisme, phénomène pouvant disparaître seulement avec l’arrêt de l’intoxication, par l’abstinence donc.

Jellinek et Fouquet

Nous pouvons situer l’étape suivante dans les années 1950 et 1960, avec E. Morton Jellinek dans le monde anglo-saxon, un homme formé aux sciences humaines, et un médecin, Pierre Fouquet, en France. Ils sont souvent considérés comme les inventeurs du concept de maladie alcoolique. Ils en sont seulement les brillants vulgarisateurs. Dans son ouvrage-testament (13), Jellinek a bien insisté sur le rôle avant-gardiste de Rush et Trotter, avant que le concept de maladie proposé par eux ne porte ses fruits 50 ans après, à la fin du XIX^e siècle aux États-Unis. Jellinek a bien mis en évidence également que le concept de maladie avait disparu avec la Prohibition dans ce qu’il appelle astucieusement un “*collective blackout*” (13, p. 4). Effectivement, le concept de maladie affaiblit la base de l’idéologie de la “*temperance*”. C’est pourquoi les mouvements en faveur de la Prohibition ont travaillé parallèlement aux églises pour s’opposer aux travaux médicaux (14). L’intérêt pour le concept de maladie reprit donc au milieu des années 1930 et se développa avec la fondation des Alcooliques Anonymes (AA). Ce mouvement typiquement américain s’oppose ainsi aux autres créations typiques de la société américaine, les Ligues de tempérance et la Prohibition. Avec la vision d’une maladie biologique, d’une allergie à l’alcool, d’un état progressif, irréversible et incurable, s’imposa la nécessité de l’abstinence où la rechute est obligatoire après toute nouvelle exposition à l’agent pathogène.

Au début des années 1940 existaient donc aux États-Unis deux tendances (15). La première était d’examiner l’ensemble des problèmes d’alcool. La seconde était de s’intéresser

Terminologie

Les études historiques en alcoologie ne sont pas faciles à mener, en particulier lorsqu’elles s’étendent sur plusieurs aires géographiques et culturelles. À la complexité du sujet s’ajoutent de nombreuses questions de terminologie, avec des définitions variables et évolutives dans le temps, selon les pays, selon les langues

Sur ces questions de terminologie, les ouvrages de références sont :

- Haut Comité d’Étude et d’Information sur l’Alcoolisme. Dictionnaire d’alcoologie, Paris, La Documentation française, 1987. Cette œuvre des pionniers, si peu connue, si peu utilisée, si peu respectée, avait condamné certains vieux mots et vieilles notions comme “*cure*”, “*prise en charge*”, “*néphalistes*”, qui continuent d’être utilisées 30 ans plus tard.

- Keller M, McCormick M. A dictionary of words about alcohol, *Journal of Studies on Alcohol*, 1968. Cet ouvrage est très utile pour faire les distinctions nécessaires entre des faux-amis redoutables comme “*ébrété*” et “*inebriety*”, “*tempérance*” et “*temperance*”, “*sobriété*” et “*sobriety*”...

seulement à l'alcool-dépendance. Il était alors possible de ne pas évoquer les mesures sociales et politiques qui feraient baisser la consommation moyenne, pour ne pas offenser les tenants de la "*temperance*", qui continuaient de vouloir imposer l'abstinence à toute la population, et pour obtenir le soutien de l'opinion publique en général. La même "astuce" est souvent utilisée en alcoologie : en déclarant s'intéresser seulement aux "alcooliques", "aux autres", on laisse tranquilles les citoyens ordinaires. Cette tendance permettait aussi de recevoir le soutien des producteurs d'alcool qui, bien sûr, ne pouvaient envisager de financer une action plus large à l'échelle de la population générale (15, p. 1622).

C'est dans ce contexte que Jellinek arriva pour travailler dans diverses institutions américaines de manière très fructueuse à partir de 1940. Sa réflexion s'élabora jusqu'en 1960, où, deux ans avant sa mort, il publia son grand ouvrage. Il voulait envisager l'ensemble des problèmes liés à l'alcool et considérait que ces problèmes étaient influencés par des facteurs étiologiques multiples (13, p. 13-32). Jellinek découvrit ce champ surtout à partir des années 1950, à l'occasion de son travail au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à Genève, par la lecture des auteurs étrangers et grâce à ses voyages en Europe. Il fut étonné par la France, avec cette "alcoolisation" – le mot l'intrigue – dont Sully Ledermann (16) était en train de révéler la principale conséquence : la diminution de l'espérance de vie, en particulier chez les hommes. Il parla d'une "*identification de la nation à ces intérêts particuliers*". Il était conscient que l'étude des facteurs culturels, sociaux et économiques complique considérablement la question de l'alcoolisme maladie. Enrichi par ces découvertes, Jellinek proposa sa fameuse classification de l'alcoolisme en cinq types. Elle est basée sur les modes de consommation et la clinique, dans une approche qualitative. Jellinek proposa avec insistance deux types :

- Le type gamma, que j'appellerai "américain", caractérisé par le "*loss of control*", la perte de contrôle. Ce sont les alcooloses de Fouquet.
- Le type delta, que j'appellerai "français", caractérisé par l'impossibilité de s'abstenir. Ce sont les alcoolites de Fouquet.

Jellinek découvrit donc avec étonnement, en Europe, ces buveurs physiquement dépendants, qui ne sont jamais franchement ivres, mais "imbibés" en permanence et qui ne peuvent donc pas s'abstenir d'alcool, même pour un jour. Ils étaient pour lui très différents des Américains qu'il caractérisait par la "perte de contrôle" avec des périodes d'abstinence. À la même époque, Ernest Hemingway (17) donna une illustration littéraire de cette opposition en

comparant son comportement avec celui d'un compagnon de beuverie, Scott Fitzgerald. Jellinek appliqua le concept de maladie seulement aux formes gamma et delta où l'on retrouve une "*physiological addiction*" et non aux formes débutantes alpha et bêta, qui pouvaient éventuellement évoluer vers la dépendance. Dans ce modèle de progression du simple usage à la dépendance, il n'est pas possible de revenir en arrière. Ces formes avec dépendance physique impliquent donc la nécessité de l'abstinence (13, p. 81).

J'évoquerai plus rapidement l'œuvre de Fouquet dont nous avons des souvenirs vivants et des textes documentés facilement accessibles (18). Fouquet était intéressé par de nombreux domaines des sciences humaines. Cette ouverture d'esprit l'amena à proposer son modèle biopsychosocial et à définir l'alcoologie comme une discipline à part entière. Il a raconté (19) comment il avait été influencé par ses rencontres avec Jellinek au début des années 1950 à l'occasion des premières conférences de l'OMS. Nous retrouvons chez Fouquet les deux tendances évoquées plus haut, entre l'approche sociale générale et l'approche médicale de la question. Cependant, Jellinek et Fouquet ont tous les deux œuvré avec passion pour la défense des alcooliques et des groupes d'entraide, en reconnaissance de l'aide apportée par ceux qui avaient vécu la maladie. Cette collaboration entre professionnels du soin et bénévoles des groupes a marqué les débuts de l'alcoologie. On pourrait parler d'une véritable complicité qui explique peut-être la position nette des premiers alcoologues sur la question de l'abstinence. C'est ce modèle qui est contesté aujourd'hui en France dans une grande remise en question. En fait, il a été attaqué et défendu de façon passionnelle depuis longtemps, en particulier au cours d'une grande polémique américaine.

Les "sixties" anglaises et les "seventies" américaines

La polémique a débuté avec une étude anglaise de D.L. Davies (20), publiée en 1962, où était affirmé que sur un groupe de 93 patients alcool-dépendants, sept avaient pu retrouver une consommation "normale". Il a fallu attendre l'année 1985 pour que soit publiée une étude de Griffith Edwards (21) démontrant que les résultats de l'étude de 1962 étaient faux.

Après des études sans groupe témoin, les premières études contrôlées ont été menées par Mark et Linda Sobell en 1973, 1976 et 1978, pour évaluer l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales. En reprenant une

analyse ultérieure (22), on peut énoncer leur principal résultat ainsi : avec un recul d'une année, les patients du groupe orienté vers la modération "ont bien fonctionné" en moyenne pendant 71 % des journées contre 35 % pour ceux qui suivaient un programme ayant pour objectif l'abstinence. Ces résultats provoquèrent une grande polémique (23), les Sobell furent accusés de fraude. Ceci conduisit le nouvel employeur des Sobell, l'Addiction Research de Toronto, à organiser et à payer une expertise par un jury indépendant. Ce jury (24) conclut qu'il n'existait aucune raison de mettre en doute l'honnêteté scientifique ou personnelle des Sobell. Le débat sur ces résultats a continué, passionnellement, avec de nombreux autres intervenants apportant leurs propres résultats, les tenants de chaque théorie proclamant à chaque publication la victoire de leur camp. Dans un texte (25) de 1995, les Sobell ont tenté d'apaiser les esprits. Ils proposèrent de faire une différence selon les niveaux de dépendance, ils soulignèrent que les programmes de modération sont utiles du point de vue de la santé publique en favorisant l'admission des patients dans les filières de soins avant qu'ils puissent accepter des objectifs plus exigeants. Ils suggérèrent enfin que les programmes de modération devraient être réservés à ceux qui sont réticents ou incapables de s'abstenir d'alcool. Ils faisaient donc preuve de pragmatisme, de bon sens et d'une position éthique satisfaisante... Ce sont donc leurs conclusions de 1995 qui, en 2014, sont présentées comme révolutionnaires !

Les convictions et les erreurs des pionniers de l'alcoologie en France

La polémique américaine n'eut pas de retentissement immédiat en France. Seuls quelques alcoologues (26, 27) osèrent mettre en doute la nécessité de l'abstinence pour les alcoolodépendants. Il fallut attendre l'arrivée en France des thérapies cognitivo-comportementales pour que les alcoologues français commencent à réfléchir à la question. Aujourd'hui, le débat s'est élargi à l'ensemble des acteurs de santé avec l'apparition de nouvelles médications. Pendant longtemps donc, la théorie et la pratique ont continué de reposer sur l'œuvre de Fouquet et de ses élèves. Prenons l'exemple d'un article de Bernard Hillemand (28). Il critiqua la méthodologie des études américaines et l'exploitation de leurs résultats appuyés sur des durées de suivi si courtes. Il conclut en disant : *"préconiser l'abstinence, ce n'est pas du dogmatisme mais du pragmatisme prudent"*. L'abstinence resta un des "piliers" de l'alcoologie, l'autre étant que le projet thérapeutique doit être *"accepté (et mieux souhaité)"* (29). Les alcoologues français ont ef-

fectivement toujours défendu cette attitude, à la différence des spécialistes de certains pays voisins qui ne renonçaient pas aux traitements sous contrainte. Elle rend acceptable la préconisation d'abstinence.

Fouquet avait donc popularisé la notion de "maladie alcoolique". Ce mot eut un grand succès parmi les alcoologues et leurs patients, heureux de pouvoir enfin sortir du registre de la faute, du vice. Fouquet multiplia les définitions de "l'alcoolique" où le verbe "abstenir" occupe une position-clé, déclinaisons de la première version de cette définition, celle de 1951 : *"être alcoolique... c'est n'avoir pas la liberté de s'abstenir de boissons alcoolisées"* (30). Le mécanisme de la maladie était illustré par les images de la "mémoire cellulaire" – qui réactive la dépendance dès le premier verre bu – ou de la métaphore opératoire de "la pompe qui se réamorce" à la moindre alcoolisation. Reconnaissons que les pionniers ont été parfois maladroits.

Ils firent une première erreur par une mauvaise présentation de la règle de l'abstinence, annoncée comme devant être "totale et définitive". Le premier adjectif fait pléonasmе, mais il peut se justifier dans notre société alcoolophile, pour bien préciser que l'abstinence concerne toutes les boissons. Cette précision était nécessaire pour corriger une longue suite d'erreurs historiques faites par les pionniers de la lutte contre l'alcoolisme en prévention et en soin. L'erreur la plus commune était la différence faite entre certaines boissons depuis l'origine de "la lutte contre l'alcoolisme" en 1872, où il était demandé des abstentions sélectives d'absinthe et des autres boissons distillées, en exemptant les boissons dites hygiéniques : vins, bières, cidres. Moins connue est la condamnation des cocktails durant les années 1920 et 1930, comme des boissons venues de l'étranger qui auraient été la cause de l'alcoolisme mondain (31). Le second adjectif, qualifiant l'abstinence de "définitive", n'est pas à utiliser aussi brutalement. Il n'est pas besoin d'évoquer une suite d'années, vécue alors comme une privation. L'essai de cette abstinence doit être proposée à un moment, au bon moment ; au patient de voir ensuite s'il veut la poursuivre au vu des bénéfices obtenus. Il s'agit de vivre le présent, en sortant des regrets du passé et des "demain j'arrête" d'un avenir toujours repoussé. L'idée est de remplacer ces nostalgies et ces rêves par la réalité de la question : "Que puis-je faire aujourd'hui pour aller mieux ?". Cette attitude thérapeutique est confortée par les outils bien connus du "24 heures à la fois", du "premier verre" qu'il faut refuser. C'est pourquoi, lorsque des patients me disent : "Mais alors, c'est à vie, c'est pour la vie ?", je réponds : "C'est pour votre vie, votre espérance de vie et votre qualité de vie".

La seconde erreur fut de parler de rechute immédiate au premier verre. Elle était décrite comme catastrophique en quelques jours. Cette présentation a certainement entraîné de nombreuses rechutes par différents mécanismes, parfois sans action biologique, par la simple croyance en l'irréversibilité de l'action commencée. Il a même certainement existé des rechutes chez des alcoolos-dépendants ayant cru absorber de l'alcool. On pourrait parler d'un effet nocebo. Un autre mécanisme fréquent de rechute fut de constater que ce fameux "premier verre", présenté comme fatal, n'avait eu aucun effet particulier et n'avait pas été suivi d'une alcoolisation massive. Ces rechutes insidieuses, nombreuses, semblent contredire les propos du médecin ou des anciens buveurs qui perdent ainsi leur crédibilité. Nous avons affaire à une mauvaise utilisation de la peur, comme c'est souvent le cas en alcoologie. Henri-Jean Aubin (32) a décrit la diabolisation du premier verre, ou de la première cigarette, comme "une arme à double tranchant". On peut parler d'un véritable conditionnement à la rechute. Le spectre de l'abstinence avait encore été maladroitement élargi. Certes, la présence d'alcool dans lesdites "boissons sans alcool" est un vrai risque. Mais on a diabolisé la présence d'alcool dans certains plats, où il est cuit ou évaporé et n'existe plus que comme signifiant. On y a ajouté l'interdiction de vinaigre, de moutarde, de cornichons, confondant acide acétique et alcool éthylique. Une chasse à l'alcool (33) était organisée. La seule qui pouvait se justifier à l'époque était due à la présence d'alcool dans les médicaments. Mais les médicaments contenant de l'alcool sont de moins en moins nombreux et la présence de ce résidu du processus de fabrication est désormais mieux indiquée (34).

Les recommandations officielles françaises (35-37) avaient validé l'intérêt de l'abstinence. Ces recommandations ont été récemment critiquées dans un article intéressant (38). Les auteurs notent que la stratégie d'abstinence avait été affirmée sans argumentation, seul l'avis des experts étant avancé comme critère de validation. Ils relèvent les "oublis" de données scientifiques qui existaient déjà à l'époque et font ensuite référence aux études récentes, comme celles utilisant la cohorte NESARC, tout en reconnaissant le recul limité de la cohorte NESARC et le fait qu'il s'agit de sujets américains au profil clinique et culturel particulier. Regrettons néanmoins que les auteurs partent du constat erroné dont nous parlons, en affirmant que "l'ensemble du système médico-social de prise en charge en alcoologie a... toujours été pensé et organisé dans ce sens [de l'abstinence]". Nous reverrons plus loin d'autres points intéressants soulevés par cet article. En analysant les mêmes résultats, Aubin (39) conclut qu'il existe une

"certaine stabilité d'autres modalités de rémission complète avec une certaine consommation d'alcool". Il note cependant que "la modalité de rémission qui a la meilleure stabilité est l'abstinence". Les difficultés de ce sujet sont lisibles dans le vocabulaire utilisé dans les recommandations officielles : abstention, abstinence, vie sans alcool, "consommation minimale (la plus proche de la nullité)" et enfin le "non-usage secondaire durable voire définitif", formule typique de notre époque lexicophobe pour ne pas utiliser le "gros mot" d'abstinence.

Après ce survol historique, tentons d'explorer le signifiant "abstinence" et ses connotations.

Vous avez dit "abstinence" ?

Je suis l'un de ces archéo-alcoologues, formé par les pionniers, Fouquet, Raymond-Michel Haas et Jacques Godard, qui estime que l'abstinence est le moyen permettant aux alcoolos-dépendants d'améliorer leur qualité de vie. Mais, comme le disaient Fouquet et R. Ropert dans l'un des premiers textes alcoologiques : *"Guérir un malade dit alcoolique est autre chose que lui donner la possibilité de ne boire que de l'eau"* (40). Il n'est pas question de faire de l'abstinence une idéologie, ni même un but, mais un "outil" pour aller mieux. Il ne s'agit pas d'imposer l'abstinence mais de la "pro-proser", c'est-à-dire de la poser devant, sur le bureau de consultation. Au patient d'en "dis-proser" s'il le veut, s'il le peut, comme un outil à essayer dans l'espoir qu'il sera adopté au vu de l'amélioration qui suivra. Avec ces convictions forgées par l'expérience, les alcoologues historiques n'ont jamais refusé de continuer d'aider ceux qui ne veulent pas ou ne peuvent pas essayer l'abstinence, ceux qui reviennent encore et encore, parce qu'ils croient qu'ils pourront s'en sortir autrement, alors qu'ils tentent la consommation contrôlée depuis longtemps avec des échecs répétés.

"Abstinence", un mot difficile à prononcer

Les dictionnaires français témoignent de la polysémie et de l'ambiguïté du mot "abstinence". Elle est définie dans le Robert et le Littré comme : "action de s'abstenir de quelque chose, de renoncer volontairement à la satisfaction d'un besoin ou d'un désir". Dans les deux dictionnaires, le premier exemple donné est "abstinence de vin". On peut être lexicographe, on n'est reste pas moins bon français. Ces deux ouvrages de référence apportent ensuite des précisions. "Absolument : action de s'abstenir du manger et du boire". Ils

citent *“jeune et abstinence”*. En ce qui concerne le boire, il s’agit donc de refuser le vin. On retrouve dans ces dictionnaires la problématique habituelle en alcoologie entre les boissons fermentées et distillées.

Par ailleurs, le mot “abstinence” est souvent confondu avec “continence”. Ceci n’aide pas à le faire accepter. C’est ainsi que dans sa description de l’abstinence, le site Wikipedia place en premier l’abstinence sexuelle, en disant que c’est le sens le plus ancien. Il est vrai que la confusion ou la fusion de ces deux attitudes existait dans les textes classiques et dans l’iconographie traditionnelle. La Tempérance, vertu cardinale avec la Prudence, la Force et la Justice, englobait souvent la question de la gourmandise et de la luxure. Le même flou existe pour le mot “continence”, même dans les dictionnaires modernes, par exemple dans le *Robert*. Si le premier sens paraît clair : *“état de celui qui s’abstient de tout plaisir charnel licite ou illicite”*, il est étendu pour désigner la *“qualité de ceux qui s’abstiennent de tout plaisir sensible”*. Le mot “tempérance” recouvre le même spectre. Pour le *Robert* et le *Littré*, il signifie *“modération dans les plaisirs des sens”* et spécialement *“dans le boire et le manger”* et particulièrement *“dans la consommation des boissons alcoolisées”*.

Faut-il donc renoncer à un discours clair sur l’abstinence pour ne pas passer pour un prohibitionniste, pour un empêqueur de boire en rond ? En n’utilisant plus le mot “abstinence”, en insistant sur les programmes de consommation contrôlée, espère-t-on modifier l’image de l’alcoologie, espère-t-on ne pas contaminer l’addictologie avec des images anciennes ?

L’abstinence sinon rien ?

Certains alcoolo-dépendants viennent voir un spécialiste avec l’espoir qu’ils pourront atteindre le paradis de la modération grâce à son aide et, maintenant, avec la prescription de nouveaux médicaments. Au contraire, d’autres veulent entendre d’autres conseils que les habituelles banalités : *“Tu n’as qu’à...”*. Ils savent qu’il leur faut un changement radical. Certains s’étonnent que des professionnels de santé ne leur proposent rien d’autre que ce qu’ils essayent de faire tout seul sans succès, rien d’autre que les encouragements de leurs entourages : *“Bois moins”*. Il n’est pas étonnant que pendant longtemps, l’alcoolo-dépendant ait gardé l’espoir de maîtriser sa consommation. Il est compréhensible que l’entourage souhaite aussi cette solution. Il est plus surprenant que des soignants témoignent des mêmes attitudes. Pourtant,

il est facile de comprendre que la modération présente peu d’intérêt pour les alcoolo-dépendants qui sont devenus dépendants en cherchant la démesure, les sensations fortes, pour lutter contre l’ennui et la répétitivité. *“Il nous faut l’abstinence totale, puisque l’alcool occupait toute la place dans notre vie et qu’on y pensait à tout moment”*, me dit un rétabli. *“Nous fonctionnons en tout ou rien, nous sommes excessifs”*, disent-ils encore souvent. Alors l’abstinence leur paraît bien la seule solution.

L’abstinence : une idéologie ?

L’attitude pragmatique des alcoologues de terrain ayant constaté la nécessité de l’abstinence est souvent confondue avec une position idéologique ou religieuse. De cette confusion vient l’expression *“le dogme de l’abstinence”*. Pourtant, même aux temps où l’ANPAA s’appelait la Ligue nationale contre l’alcoolisme, cette association n’a jamais pris de position morale contre l’alcool et n’a jamais souhaité instaurer la prohibition ou l’abstinence pour tous. Pendant longtemps, les boissons dites hygiéniques, vins et bières, ont été fort bien considérées. En 1907, le président de la Ligue pouvait dire : *“le vin a fait le sang et le caractère français, il serait fou de le méconnaître”* (12, p. 235). Pourtant, nombreux sont ceux qui veulent faire passer les alcoologues pour des anti-alcooliques primaires, en les décrivant comme de tristes buveurs d’eau, des ayatollahs, de tristes sires, des peines à jouir (toutes ces expressions sont des citations). Malheureusement, des intervenants qui devraient être mieux informés utilisent les mêmes mots. L’erreur est de taille, c’est tout simplement une confusion entre la prohibition, une mesure sociale, et l’abstinence, un outil thérapeutique. Au sortir de la Prohibition, l’innovation aux États-Unis a justement été de dire : la solution n’est pas d’interdire l’alcool. C’est pourquoi, il ne faut pas confondre le rôle des AA avec celui des sociétés dites de tempérance. On ne peut donc pas parler d’approche morale à propos des AA, car c’est bien cette “fraternité” qui a vulgarisé la notion d’alcoolisme maladie et a favorisé la collaboration avec les médecins.

Les intervenants responsables devraient résister à la tentation de déformer l’histoire. Ils devraient être attentifs à l’analyse des représentations. Je me souviens comment, aux débuts de l’addictologie, certains professionnels *“de la tox”*, parmi les mieux informés, pensaient que les alcoologues pratiquaient eux-mêmes l’abstinence. Ils rejoignaient ainsi les clichés des médias et du grand public qui les décrivent comme des moralistes, associés à quelques buveurs *“repentis”* et à quelques hypocrites... à l’image du

capitaine Haddock, président de la ligue des marins anti-alcooliques, qui fait embarquer sa provision personnelle de whisky à chaque voyage. Il n'est pas étonnant que ceux qui nous croyaient abstinents – je pense qu'ils ont corrigé leur erreur en nous fréquentant – imaginaient que nous le demandions à tous nos patients.

L'abstinence, une idée inacceptable en France ?

Au-delà du mot, la chose est encore plus redoutée. "On" met parfois en avant un effet néfaste de l'abstinence. "On" évoque ces patients décédés après le sevrage et l'abstinence. Comme si elle devait rendre immortelle ! C'est une vision bien subjective des statistiques. Nous avons tous connus ces victimes des effets retardés de leur alcoolisation.

Rappelons la différence entre les pays méditerranéens de religion catholique et le monde protestant anglo-saxon où sont valorisés la chute et le rachat. L'alcoolique devenu abstinente est un "*recovered*", un relevé, qui peut inscrire ce succès sur son CV. En France, celui qui ne boit pas est condamné pour n'avoir pas su tenir un équilibre à la française, raisonnablement. Il est condamné pour faire un mauvais usage du produit totem de la nation (41). La proposition d'abstinence est justement un outil thérapeutique intéressant dans une société riche en préjugés favorables à l'alcool. Il existe tant d'occasions de consommation en France qu'il vaut mieux ne pas risquer de favoriser encore des rechutes par négligence. Il faut donc discuter de l'applicabilité des études anglo-saxonnes. Il n'est pas certain que les programmes de consommation contrôlée proposés outre-Atlantique soient aussi pertinents lorsque les occasions de boire, avec encouragement aux excès, sont aussi fréquentes.

L'abstinence : un préalable... pour un rétablissement durable ?

Depuis Jellinek (13, p. 157), la majorité des cliniciens considérait qu'il est plus facile de rompre brutalement la séquence d'habitudes qui amène la consommation grâce à l'abstinence. Ils ajoutaient donc un troisième adjectif, après "totale et définitive", abstinence "immédiate" par un sevrage rapide. Ils considéraient qu'une attitude plus souple pouvait renforcer l'illusion de pouvoir maîtriser sa consommation, donnant ainsi une caution médicale à une pratique dangereuse. C'est pourquoi, ils ne souhaitaient pas leurrer leurs patients alcoolodépendants avec des

programmes de consommation contrôlée. Ils pensaient qu'il ne faut pas susciter de faux espoirs auprès de ceux pour lesquels l'abstinence sera le seul moyen pour aller mieux.

De nombreux cliniciens adoptent aujourd'hui une position plus souple et conseillent aux alcoolodépendants d'essayer dans un premier temps de diminuer et de contrôler leur consommation. Certains gardent l'idée que l'objectif final est l'abstinence. Ainsi, ils distinguent bien la question de l'acceptation du message d'abstinence et le rêve de pouvoir contrôler cette consommation. Ils considèrent donc que c'est une voie intéressante pour amener le patient à l'abstinence. Ces cliniciens pensent aussi que le patient peut toujours revenir à l'objectif d'abstinence d'autant plus qu'il constatera lui-même l'échec du contrôle de sa consommation. Faut-il vraiment leur proposer un nouvel essai-échec ? Est-ce éthique ? Il est vrai que le bien-être procuré par une réduction de la consommation peut aider à poursuivre le traitement, même si l'objectif initial d'abstinence n'a pas été donné. Nous pouvons comparer cette approche progressive de l'acceptation du traitement à celle des années 1970 par les Centres d'hygiène alimentaire, ainsi qu'étaient appelées les consultations spécialisées. Des patients qui ne seraient jamais venus dans un centre d'alcoologie acceptaient cette approche par l'hygiène alimentaire. C'était aussi une vérité de l'époque où la consommation était encore traditionnelle. C'était surtout un gentil piège pour rassurer les consultants.

L'enquête (42) menée auprès des alcoologues français en 2012 a montré que l'objectif de consommation contrôlée est considéré comme acceptable par la moitié d'entre eux. Il est probable que la meilleure attitude varie selon les patients, certains ayant besoin de s'approcher lentement de la solution de l'abstinence, d'autres radicalement, après le fameux "déclat". Les cliniciens les plus interventionnistes sont bien contraints de reconnaître que c'est toujours le malade qui choisit de demander de l'aide et de poursuivre sur le chemin du rétablissement. "Offrir le choix" peut être la meilleure solution pour sortir du non-choix de la dépendance où c'est l'alcool qui décide. De nombreux articles récents citent ce point pris dans les recommandations australiennes (43). L'intuition clinique et les données de l'*evidence-based medicine* se conforteraient donc sur ce point. Elles rejoignent les recommandations générales actuelles où le patient est promu maître d'œuvre de son traitement par le concept d'*"empowerment"* mis en avant par l'OMS pour sortir du paternalisme médical (44). Dans tous les cas, le soignant doit prendre garde de ne pas endosser une position d'interdicteur ; il doit transmettre

que l'alcool n'est interdit en aucune façon, mais qu'il est "impossible". La reconnaissance de cette impossibilité annule les sentiments de honte. Elle dépasse le problème alcool pour aider à accepter toutes les limites, celles de la destinée mortelle des hommes. Plutôt que d'impuissance devant l'alcool, comme on dit dans certains groupes d'entraide, il vaut donc mieux parler d'une impossibilité. Pierre Veissière (45) insiste sur le fait que ce n'est pas la liberté de boire qui est perdue, mais la capacité. Il ne s'agit pas d'une "perte dramatique", mais d'une "différence vitale acquise".

L'abstinence : un "dogme" qui n'a jamais existé

La conception de l'alcoolisme maladie apportait une vision simple, souvent encore simplifiée par les médiatisations, volontaires ou involontaires, faites par certains. La question de l'abstinence semblait confirmer cette simplicité, par une opposition entre le "avec" et le "sans" alcool. En réalité, nous savons que les rétablis doivent parvenir à l'indifférence, en se situant dans le "hors alcool", par un long cheminement où l'abstinence est seulement un outil. Dans les années 1960 déjà, de nombreux auteurs avaient étudié ces modes de rétablissement. E. Mansell Pattison (46) avait fort bien parlé des critères de l'abstinence heureuse ou malheureuse. Il estimait que le traitement est réussi lorsque la vie s'est réorganisée autour de symboles de santé, lorsque l'alcool n'est plus ce "*symbole central de la vie*", ce signifiant-maître, pourrions-nous dire. Arthur Cain (47) avait distingué les "*recovered alcoholics*", terme connu désignant les alcoolos-dépendants bien installés dans leur rétablissement, des "*arrested alcoholics*", qui ont arrêté de boire de l'alcool, qui contrôlent leurs envies de boire, mais ne transcendent pas leur problème et dont la vie tourne encore autour de l'alcool. Nous pouvons conforter cette vision grâce à l'étymologie du mot "abstinence" : le préfixe "abs" ne doit pas être confondu avec le "a" privatif. Il ne marque pas la privation mais l'éloignement, le fait de maintenir à distance, de se tenir à l'écart, par une action. Et nous savons bien que pour régler son problème d'alcool le sujet doit sortir de sa passivité pour devenir acteur de son rétablissement.

Un changement de paradigme est donc annoncé pour rassurer patients, entourage et soignants non spécialisés qui, pourtant, n'ont que rarement défendu l'abstinence. Tous pensent déjà trop souvent que les alcooliques pourraient boire un peu, avec modération. C'est pourquoi, plutôt que de répandre l'idée qu'il est possible d'échapper à l'abstinence, il vaudrait mieux insister sur l'importance de

laisser tranquilles ceux qui ne veulent pas boire d'alcool. Plutôt que de mal parler de l'abstinence, il faudrait parler mieux de la consommation d'alcool. Il faudrait expliquer qu'elle devrait être "*facultative, modérée et circonstancielle*", selon la formulation de Godard (48). Cette manière inclut la question de l'abstinence – primaire ou secondaire, spontanée ou thérapeutique, totale ou partielle, définitive ou temporaire – dans une vision plus large.

Dans la seconde partie (49) de cette étude, nous placerons cette vision dans l'approche globale bio-psychosociale de l'alcoologie. Ceci nous permettra de mieux comprendre l'origine de la polémique sur un soi-disant changement de paradigme. ■

Conflits d'intérêt. – L'auteur déclare l'absence de tout conflit d'intérêt.

M. Craplet

Vraies et fausses révolutions en alcoologie. I – L'alcoologie du XX^e siècle

Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (2) : 149-157

Références bibliographiques

- 1 - Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons. Entre abstinence et dépendance, y a-t-il une troisième voie ? *Recherche & Alcoologie*. 2014 ; (45) : 2.
- 2 - 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.
- 3 - Mann K, Bladström A, Torup L, Gual A, van den Brink W. Shifting the paradigm: reduction of alcohol consumption in alcohol dependent patients. A randomised, double-blind, placebo-controlled study of nalmefene, as-needed use. In : 20th European Congress of Psychiatry ; Prague ; 3-6 mars 2012. *European Psychiatry*. 2012 ; 27 (S1) : P-59.
- 4 - Pfau G. Réduction des risques selon les produits : l'alcool et le tabac. D'après Pfau G, Morel A : Réduction des risques selon les produits, In : L'aide mémoire de la réduction des risques en addictologie, Paris, Dunod, 2012. *Le Flyer*. 2014 ; (54) : 10-18.
- 5 - Société Française d'Alcoologie. Controverses et actualité en alcoologie. *Alcoologie et Addictologie*. 2012 ; 34 (2) 151-164.
- 6 - Rigaud A. Prise en charge des maladies alcooliques. Quelle stratégie aujourd'hui ? *Alcoologie et Addictologie*. 2014 ; 36 (1) : 27-33.
- 7 - Aubin HJ, Auriacombe M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts. *Alcoologie et Addictologie*. 2013 ; 35 (4) : 309-315.
- 8 - Warner J. "Resolv'd to drink no more": addiction as a preindustrial construct. *J Stud Alcohol*. 1994 ; 55 : 685-691.
- 9 - Levine HG. The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *J Stud Alcohol*. 1978 ; 39 (1) : 143-74.
- 10 - Nadaud L, Valleur M (sous la direction de). Pascasius ou comment comprendre les addictions, suivi du Traité sur le jeu (1561). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal ; 2014.
- 11 - Hillemand B. Lectures alcoologiques. *Alcoologie*. 1995 ; 17 (45) : 373-90.
- 12 - Nourrisson D. Le buveur du XIX^e siècle. Paris : Albin Michel ; 1990.
- 13 - Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Brunswick : Hillhouse Press ; 1960.
- 14 - Neff IH. Treatment of inebriety. *J Inebr*. 1910 ; 32 : 133-144. Cité In Jellinek (référence 13, p. 5).
- 15 - Page PB. E.M. Jellinek and the evolution of alcohol studies: a critical essay. *Addiction*. 1997 ; 92 (12) : 1619-37.
- 16 - Ledermann S. Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Paris : PUF ; 1956 et 1960.
- 17 - Hemingway E. Paris est une fête. Paris : Gallimard ; 1964. p. 166.
- 18 - Société Française d'Alcoologie. L'œuvre de Pierre Fouquet. *Alcoologie et Addictologie*. 2000 ; (2 Suppl.).
- 19 - British Journal of Addiction. Conversation with Dr Pierre Fouquet. *British Journal of Addiction*. 1988 ; 83 : 7-10.
- 20 - Davies DL. Normal drinking in recovered alcohol-addicts. *Quart J of Studies on Alcohol*. 1962 ; 23 : 94-104.
- 21 - Edwards G. D.L. Davies and "Normal drinking in recovered alcohol addicts": the genesis of a paper. *Drug and Alcohol Dependence*. 1994 ; 35 : 249-59.
- 22 - Larimer ME, Marlatt GA, Baer JS, Quigley LA, Blume AW, Hawkins EH. Harm reduction for alcohol problems: expanding access to and acceptability of prevention and treatment services. In : Marlatt GA, editor. Harm reduction, pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. New York : Guilford Press ; 1998. p. 69-121.
- 23 - Pendery M, Maltzman, I, West L. Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*. 1982 ; 217 : 169-75.
- 24 - Dickens B, Doob A, Warwick O, Winegard W. Report on the committee of inquiry into allegations concerning Drs Linda and Mark Sobell. Toronto : Addiction Research Foundation ; 1982.

- 25 - Sobell MB, Sobell LC. Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate? *Addiction*. 1995 ; 90 : 1149-54.
- 26 - Thuillier M. L'abstinence totale et définitive est-elle le seul modèle applicable dans la maladie alcoolique ? *Bulletin de la Société Française d'Alcoologie*. 1984 ; (1).
- 27 - Beraud C. Alcooliques : l'abstinence a ses limites. *Le Généraliste*. 1985 ; (734).
- 28 - Hillemand B. Alcoolisme : le dogme de l'abstinence totale et définitive. *Gazette Médicale*, 1989 ; 96 (26) : 37-9.
- 29 - Baumgarth M. L'abstinence totale et définitive seule solution pour l'alcoolique oui, mais... *Amitié PTT*. 1996 ; Janvier : 5-8.
- 30 - Fouquet P. Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. *L'Évolution psychiatrique*. 1951 ; II : 231-51. Article reproduit in *Alcoologie et Addictologie*. 2000 ; 22 (3 Suppl.) : 305.
- 31 - Académie de Médecine. L'Académie approuve les conclusions de M. Guillaïn sur la nocivité des cocktails et recommande l'abstinence de ces boissons alcooliques très dangereuses pour la santé. Paris : Académie de Médecine ; séance du 30 avril 1929.
- 32 - Aubin HJ. L'abstinence à tout prix ? *Alcoologie et Addictologie*. 2000 ; (4) : 279-80.
- 33 - Craplet M. Le coq au vinaigre. *Alcool ou Santé*. 1994 ; (4).
- 34 - Craplet M. À consommer avec modération. Paris : Odile Jacob ; 2005. p. 342-6.
- 35 - Société Française d'Alcoologie. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. *Alcoologie*. 1999 ; 21 (2 Suppl.) : 115 et 206S.
- 36 - Société Française d'Alcoologie. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. *Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 (2) : 118 et 376.
- 37 - Société Française d'Alcoologie. 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.) : 735.
- 38 - Rolland B, Laprevote V, Geoffroy PA, Guardia D, Schwan R, Cottencin O. Abstinence dans l'alcoolodépendance : approche critique et actualisée des recommandations nationales de 2001. *La Presse médicale*. 2013 ; 42 (1) : 19-25.
- 39 - Aubin HJ. Commentaires sur l'étude de Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF : Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV Alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res*, 2007 ; 31 : 2006-45. Séminaire Inserm.
- 40 - Fouquet P, Ropert R. Thérapeutique de l'alcoolisme et notion d'abstinence. *Annales médico-psychologiques*. 1952 ; (2).
- 41 - Craplet M. Passion alcool. Paris : Odile Jacob ; 2000. p. 236.
- 42 - Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. La consommation contrôlée est-elle un objectif acceptable chez les alcoologues français ? *Alcoologie et Addictologie*. 2012 ; 34 (2) : 154.
- 43 - Australian Government, Department of Health and Ageing. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Commonwealth of Australia ; 2009 (www.health.gov.au).
- 44 - Rolland B, Bence C, Cottencin O. L'abstinence ? Oui... mais avec modération ! *Le Courrier des addictions*. 2013 ; 15 (3).
- 45 - Veissière P. In vino veritas. L'abstinence, privation sinistre ou sésame. *Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 (1) : 45-50.
- 46 - Pattison EM. Abstinence criteria in alcoholism treatment. *Addictions*. 1967 ; 14 (3) : 14.
- 47 - Cain AH. The cured alcoholic. New York : John Day ; 1964. Analysé In Pattison (référence 46, p. 13).
- 48 - Godard J. Le risque alcool. Paris : La Documentation française ; 1981.
- 49 - Craplet M. Vraies et fausses révolutions en alcoologie. II – L'alcoologie au risque du modernisme. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37. À paraître.