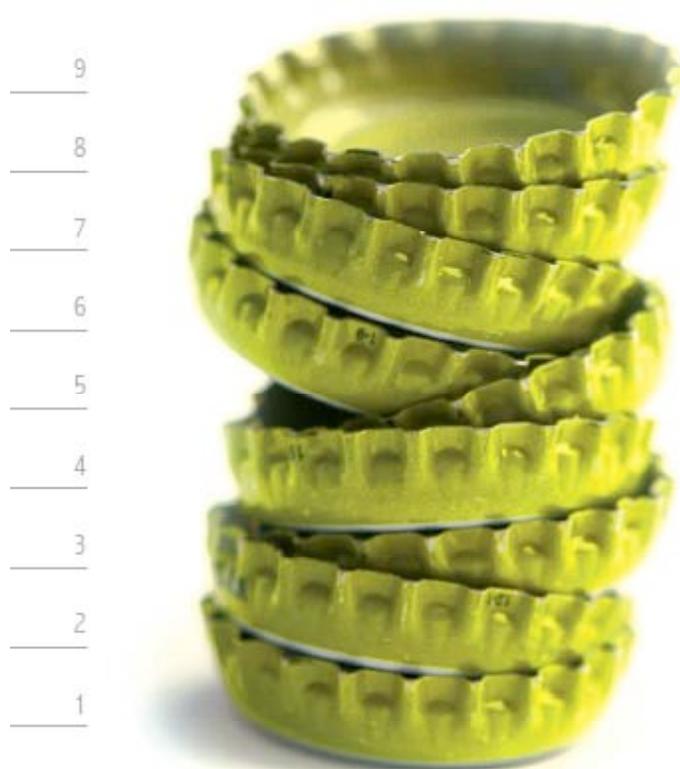


Consommation contrôlée : des outils pour le praticien

Contrôler et choisir sa consommation d'alcool



Alco**choix** +

Un programme qui vous aide à atteindre vos objectifs

★Editorial★

Le dernier Flash de l'année 2008 sous votre sapin ! La fin de l'année, où chacun se rappelle encore la date du 30 novembre, avec le résultat convaincant des votations qui ancrera 2008 dans l'histoire comme une année cruciale pour la politique drogues suisse : l'acceptation par le peuple de la révision de la Loi sur les stupéfiants ! Cette révision a permis d'ancrer dans la loi la politique des 4 piliers, y inclus des mesures de réduction de risques et des traitements diversifiés. Elle permet aux professionnels de pouvoir apporter des réponses diversifiées et adaptées aux besoins des personnes qui consomment des substances psycho-actives. Nous tenons à remercier tous ceux qui ont œuvré pour ce résultat, une aide incontestable pour offrir des soins de qualité à ceux qui en ont besoin.

Ce numéro fait un état des lieux d'une des approches alternatives en médecine de l'addiction : la consommation contrôlée de substances psycho-actives ¹. Ce concept et cette pratique ont pris une place de plus en plus importante en Suisse ces deux dernières années en termes de formations, rencontres entre professionnels, congrès et parutions. On peut donc s'étonner d'une publication de plus à ce sujet. Il nous semblait pourtant utile de tenter de mettre en lien ces différents développements de la consommation contrôlée et de croiser les notions employées. Ce sont là les buts de ce flash, dans l'idée d'assurer une compréhension approfondie des termes et peut-être de recourir à un vocabulaire commun. De plus, le thème de la consommation contrôlée sera ici surtout traité dans un contexte de médecine générale, avec comme fil conducteur la question suivante : « Parmi les récents développements de la consommation contrôlée, quels peuvent être les enseignements pour la médecine générale ? ».

Ce flash est constitué de trois parties principales : une vignette clinique, une synthèse des termes liés au concept de consommation contrôlée et une présentation de différents outils dont nous avons connaissance à ce jour.

De nombreux aspects de la consommation contrôlée restent à explorer. Ce sont donc ici des idées ou des suggestions pour la pratique, plutôt qu'une approche « evidence-based ». En attendant davantage de preuves, voici donc quelques pistes concrètes et de nombreuses interrogations !

Les chapitres habituels « Lu pour vous » et annonces diverses traitent de la prévention de l'alcoolisme chez les jeunes et de l'augmentation des décès par overdose lors de prescriptions d'opioïdes aux EU.

Nous vous souhaitons bonne lecture et vous encourageons à nous faire part de vos commentaires éventuels à l'adresse suivante : info@romandieaddiction.ch. Nos meilleurs vœux à vous pour de Joyeuses Fêtes et une excellente et heureuse année 2009 !

¹ La notion de consommation contrôlée est également à l'étude pour les addictions sans substances, mais elle n'est pas abordée ici.

Vignette cliniquePremière consultation

Françoise, une jeune femme de 23 ans, en formation dans une école professionnelle, consulte pour des troubles diffus présents depuis plus de six mois : une fatigue importante, de la peine à s'endormir le soir puis à se lever le matin et des difficultés à se concentrer, des symptômes qui la perturbent pour ses études. L'anamnèse par système ne relève rien de particulier, notamment pas de symptômes dépressifs. Elle a un régime équilibré et peu d'activité physique. Vous relevez une consommation de tabac (10 cigarettes par jour), de cannabis, de café, pas d'alcool. Françoise fume du cannabis dès l'âge de 16 ans. Après une période d'intense consommation (8 joints par jour) jusqu'à l'âge de 19 ans, elle fume désormais environ 3 joints par jour, dès la fin des cours du matin. Elle habite avec son ami et leur enfant de 2 ans. Le week-end, elle ne consomme qu'un à deux joints, voire aucun si la famille part en montagne. Pendant une période sans cannabis (comme pendant la grossesse de sa fille) elle n'a pas présenté ni symptômes de manque ni envies très fortes de consommation ; son insomnie restait elle constante.

D'après votre évaluation, les symptômes de Françoise peuvent être liés à son usage de cannabis. Au vu de leur chronicité, vous jugez préférable d'aborder la question de sa consommation avec elle, sans prescrire de somnifère ni autre médicament dans l'immédiat. Elle approuve cette démarche, préférant se « débrouiller sans médicament ». Vous lui demandez de noter pendant une semaine combien et dans quel contexte elle consomme, lui proposez un nouveau rendez-vous 15 jours plus tard et lui remettez un dépliant d'information sur le cannabis.

Vous souhaitez aussi aborder la question de son tabagisme, mais Françoise préfère traiter de ce sujet dans un deuxième temps.

Commentaire de la première consultation

Les approches de consommation contrôlée sont destinées aux personnes qui présentent un usage problématique d'une substance psycho-active.

L'usage du cannabis de Françoise est-il excessif ? Actuellement, cette question reste sans réponse précise. En effet, la consommation excessive du cannabis ne peut pas être définie avec exactitude dans des marges de quantité (nombre de joints) ou de qualité (taux du THC) par exemple. L'estimation de l'excès est donc principalement clinique, même si les symptômes présentés, comme dans ce cas ici, ne sont pas non plus pathognomoniques d'une consommation de cannabis. Les symptômes diffus de Françoise peuvent s'expliquer par un usage de cannabis. Ils représentent une gêne dans sa vie, un point de départ suffisant à lui seul pour encourager un changement.

La problématique de Françoise peut être abordée au moyen de l'intervention brève structurée en cinq étapes (voir plus bas). Dans un premier temps, il s'agit d'évaluer la consommation et son lien avec les symptômes (étape 1 Evaluer), puis de remettre un certain nombre d'informations à Françoise (conséquences de l'usage chronique du cannabis par exemple, étape 2 Conseiller) (Rieder-Nakhlé 2006).

Des documents à remettre au patient sur le cannabis (et autres substances) sont disponibles sur le site : www.ispa.ch (Publications, info drogues).

Deuxième consultation 15 jours plus tard

Françoise a lu les informations remises sur le cannabis et vous interroge sur le lien éventuel avec sa fatigue et ses symptômes. Elle est prête à tenter de diminuer un peu sa consommation pour voir si « ça change quelque chose dans son quotidien ». Elle ne souhaite pas arrêter complètement, fumer étant un plaisir partagé avec son ami. Vous lui proposez donc un accompagnement pour l'aider à baisser sa consommation. Après avoir passé en revue une journée type, vous la laissez définir de combien elle se sent capable de réduire sa consommation et comment elle envisage cette démarche concrètement. Elle suggère de ne pas fumer après les cours de midi dans un premier temps, idée que vous renforcez et encouragez.

Vous discutez ensemble des stratégies pour y arriver (ne pas emmener du cannabis dans son sac, prévoir une autre activité pour le moment habituel de la fumette : Françoise décide d'aller à la piscine ou faire un tour à vélo). Elle accepte un rendez-vous à 15 jours pour un suivi de ce changement.

Commentaire seconde consultation

Françoise a reconnu la nécessité de modifier ses habitudes (étape 3 Intervention brève : Se mettre d'accord) sans pour autant se sentir capable d'arrêter complètement son usage de cannabis. Au vu de la position de Françoise et en l'absence des critères de dépendance, l'abstinence n'est, à ce stade, pas un objectif prioritaire. Ce type de décision ou d'orientation thérapeutique est à reprendre régulièrement en fonction de l'évolution de la problématique de consommation.

Votre accompagnement, qui se poursuit sur une période de temps à définir en commun, respecte donc les objectifs et décisions définis par Françoise elle-même, notamment : le choix de contrôler sa consommation et non l'arrêt imposé par le soignant.

Intervention brève

Tableau 3. Les cinq étapes de l'intervention brève (the 5 A's)

Évaluer (Assess)	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un dépistage des facteurs de risque comportementaux • Convenir d'un agenda avec le patient (choix d'un facteur de risque prioritaire) • Évaluer les croyances, représentations, connaissances, expériences antérieures : «que pensez-vous de votre activité physique ?»
Conseiller (Advise)	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des informations médicales personnalisées sur le comportement à risque • Les relier à des préoccupations de santé propres du patient : «si vous réduisez votre consommation d'alcool, votre hypertension sera moins importante» • Respecter l'autonomie du patient
Se mettre d'accord (Agree)	<ul style="list-style-type: none"> • Sélectionner des objectifs et les méthodes de changement avec le patient : «il vous semble raisonnable de manger 2 portions de fruits ou de légumes dorénavant» • Faire des choix basés sur des attentes réalistes du patient • Prendre des décisions partagées
Aider (Assist)	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir et encourager le patient dans le changement • Renseigner sur les ressources qui existent dans son environnement (clubs, associations, etc.) • Identifier les barrières au changement : «j'ai bien compris que la prise de poids est une préoccupation importante pour votre arrêt du tabac» • Définir un plan d'action
Organiser (Arrange)	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer que les facteurs de risque comportementaux sont un problème chronique qui évolue au cours du temps • L'évaluation et le soutien réguliers par le biais de différents moyens de contact permettent d'encourager et de maintenir le changement • Prévoir un suivi!

A l'exemple de ce tableau tiré de l'article Rieder-Nakhlé (2006), un tableau spécifique à la vignette peut être élaboré.

1. Evaluer	Tenir un agenda de la consommation Que pensez vous de votre consommation ? D'après vous quel est son lien avec vos symptômes ? Que représente pour vous le cannabis ? En quoi vous est-il utile ? Quel place a-t-il dans votre relation avec votre ami ?
2. Conseiller	Donner des informations personnalisées sur la consommation de cannabis et les symptômes ressentis Souligner les bénéfices d'une réduction de la consommation Respecter son choix de diminution ou non de la consommation
3. Se mettre d'accord	Réduire la consommation de cannabis Sélectionner les moyens d'y parvenir, les activités alternatives
4. Aider	Aborder en premier lieu la question du cannabis, puis du tabac, conformément aux souhaits de Françoise Identifier les barrières du changement (non abordé dans la vignette) Renforcer les changements envisagés et les stratégies
5. Organiser	Proposer des rendez-vous de suivi

Quel serait l'apport de la consommation contrôlée dans ce cas ?

Cette situation illustre le recours du généraliste à un des outils avec lesquels il est déjà familier pour répondre à une problématique addictive et rester au plus près des choix définis par la personne, en l'occurrence : l'intervention brève. Les programmes de consommation contrôlée décrits plus bas reposent sur un cadre et un déroulement structurés de manière plus approfondie et conséquente en termes de temps, pour un changement durable. Ils s'appuient sur des outils formalisés : carnet de consommations et d'auto observation de la consommation et des émotions par exemple.

La consommation contrôlée de cannabis est reprise dans la partie théorique.

Consommation contrôlée : éléments théoriques

Quelques définitions s'imposent, la notion de « consommation contrôlée » pouvant être abordée au travers de plusieurs concepts. Ils sont passés en revue ici, en soulignant à chaque fois en quoi ils contribuent à la consommation contrôlée.

Consommation contrôlée, modérée ou maîtrisée ?

Par consommation contrôlée, on entend une consommation selon un plan ou des règles (quantité, fréquence ou cadre) préétablies par la personne concernée, de manière plus ou moins autonome selon sa situation.

Un principe de base de la consommation contrôlée ou des termes y référant est donc l'acceptation de la non abstinence. La consommation est acceptée ou tolérée, moyennant des limites définies par la personne elle-même.

Une telle approche permet d'aborder la problématique addictive en introduisant une alternative à l'abstinence : la consommation se poursuit, mais de manière contrôlée. Le fait de proposer des choix aux usagers accroît leur motivation au changement, que ce dernier aille dans le sens du contrôle ou de l'abstinence (Marlatt 02).

En lieu et place du terme de consommation « contrôlée », certains préfèrent « modérée » ou « maîtrisée ». Ces nominations semblent réservées aux substances moins dommageables ou

pour décrire la consommation sans mésusage. Le contrôle en réfère davantage à une reprise de contrôle sur un usage qui au préalable était problématique, et non une maîtrise spontanée.

A la lecture des outils et des programmes existants, il s'agit bien de contrôle, comme une réponse thérapeutique à proposer aux personnes qui présentent un mésusage. Le contrôle à prendre, reprendre ou maintenir, un élément clé dans la définition de l'addiction. C'est donc le terme de consommation contrôlée qui sera retenu ici.

Consommation contrôlée : une redite de la réduction des méfaits ?

En Suisse, ce sont surtout les professionnels de la dépendance aux substances consommées par voie intraveineuse qui sont familiers avec ce concept de réduction des méfaits : « ...leur but est de permettre aux personnes dépendantes qui ne peuvent ou ne veulent pas cesser de consommer des drogues de traverser cette période avec le moins de dommages possible. La réduction des risques implique un contact à bas seuil avec les personnes toxicodépendantes, la prévention des infections et l'aide d'urgence. » (rapport psychoaktiv, p 39).

La réduction des méfaits comprend un large dispositif d'activités et d'interventions. Elle implique l'abandon du jugement du comportement de la consommation de substances.

Inscrite dans le modèle du cube de la politique des 4 piliers (psychoaktiv.ch), la réduction des méfaits occupe une place variable selon la substance considérée et son approche thérapeutique prédominante. Ainsi, pour le tabac (voir plus bas), l'abstinence prédomine sur l'accompagnement à une réduction ou un contrôle de la consommation. Pour l'alcool en revanche, une intervention telle que la consommation contrôlée, même si elle vise avant tout à travailler sur la quantité, comporte bien des dimensions liées à la réduction des méfaits. Par exemple : la centration de l'approche sur les conséquences de la consommation, et non seulement sur le produit ; la rencontre d'une personne au plus près de ses préoccupations, avec un suivi adapté aux modifications qu'elle est disposée à amener dans sa vie, tout en entretenant l'ouverture à des changements ultérieurs ; un maintien ou l'amélioration de la santé physique. Sur ce dernier point, on voit également un point commun avec la prévention secondaire.

Réduction des méfaits : exemple de l'alcool

Dans le domaine de l'alcool, les objectifs de la réduction des méfaits sont : réduire les méfaits de la consommation, proposer une alternative à l'abstinence en introduisant la notion d'objectifs de consommation et promouvoir l'accès à des services bas seuil (Marlatt 02). La diversité des problèmes engendrés par l'alcool requiert une multiplicité d'approches. Cette adaptation à la population, dont la réduction des méfaits est un exemple particulièrement illustratif, encourage et maintient les démarches de traitement (Marlatt 02).

Un exemple concret de réduction des méfaits, inspirés des approches pour les substances illégales, est la création de lieux d'accueil pour la consommation d'alcool en Suisse allemande (Bern et Zürich) (Radke 08). L'accès à l'alcool en milieu résidentiel existe également depuis plusieurs années (exemple de la Thurgovie présenté dans l'article de Bosshard E 2008).

En synthèse, la consommation contrôlée comporte une démarche de réduction des méfaits et en constitue un des outils. Selon le public concerné, la dimension de réduction des méfaits peut l'emporter sur la dimension thérapeutique de la consommation contrôlée.

Éducation pour la santé

La consommation contrôlée comporte une dimension importante d'apprentissage de compétences. Son but est que les personnes souffrant d'une problématique addictive puissent prendre des décisions adéquates pour leur santé, de manière autonome et en l'état actuel des connaissances scientifiques. Il s'agit donc bien d'un outil d'éducation pour la santé. Cette approche est également utilisée pour la prévention secondaire des dommages liés à la consommation d'alcool auprès de jeunes adultes. L'objectif est l'apprentissage de « drinking-safety » (Marlatt 2002).

Consommation contrôlée : un but ou un moyen ?

Au-delà de la question des termes employés et de ce qu'ils recouvrent, aux yeux de la personne considérée, c'est l'alternative entre l'abstinence et la poursuite de la consommation qui est déterminante.

En partant de l'idée qu'il s'agit d'accompagner la décision du patient et dans la mesure où l'abstinence n'est momentanément pas envisageable, la consommation contrôlée va dans le sens du renforcement de l'« auto stratégie » du recours à une substance. Elle donne les moyens, à court terme, de limiter les dommages, tout en effectuant une première démarche vers un traitement. La possibilité d'opter ultérieurement pour l'abstinence existe toujours. De même, les personnes qui définissent d'emblée l'abstinence comme premier objectif sont à encourager en ce sens.

La consommation contrôlée est donc à la fois un but et un moyen, selon l'individu concerné. Encore une fois, elle souligne l'importance de proposer, à des publics différents, une palette d'options avec des objectifs, des déroulements et des résultats variables, sans pour autant être définitivement figés : une option pertinente à un moment donné le sera moins à un autre.

Intervention brève : un outil au service de la consommation contrôlée ?

L'intervention brève est un court entretien structuré qui s'adresse à des personnes qui ne demandent pas forcément d'aide pour leur problématique, ou en amont de dommages liés à leur consommation. Si son efficacité est reconnue pour l'alcool, son emploi dépasse largement ce cadre en médecine générale. Le canevas de l'intervention brève est constitué de 5 étapes « 5 A's ». Elles ont été détaillées plus haut (Rieder-Nakhlé 2006).

Dans la mesure où le point 3 (se mettre d'accord) concerne une poursuite de la consommation, avec des aménagements de quantité ou des limites, l'intervention brève contribue à une consommation contrôlée.

Quelques exemples de consommation contrôlée

Il existe divers programmes de consommation contrôlée ainsi que des outils concrets pour plusieurs substances. Quelques-uns sont passés en revue ici.

Alcool

La consommation contrôlée d'alcool a fait l'objet de plusieurs publications, colloques, congrès et formations en Suisse, notamment : Dépendances (Avril 07, N° 31), SuchtMagazin (Nr3 08), les journées « Moderate Use as a Treatment Goal – Integration instead of Segregation » à Zürich (8 mai 08), ainsi que le projet « Consommation contrôlée » porté par le GREA et ses formations ad hoc.

Que faire en cas d'alcool-dépendance ?

L'abstinence d'alcool sur le long terme a longtemps été considérée comme le seul objectif thérapeutique approprié pour les personnes dépendantes et reste pour la majorité d'entre eux l'objectif principal. Depuis quelques années pourtant, dans la pratique (centres d'alcoologie spécialisés) et pour des contextes définis, la consommation contrôlée a été proposée comme une alternative « accompagnée » à l'abstinence. Elle est destinée soit à se maintenir dans la durée, soit comme une étape intermédiaire vers une abstinence définitive par la suite.

Alcochoix+

Alcochoix+ est un programme canadien adapté à la Suisse romande par le GREA. Il est principalement destiné aux personnes qui présentent un mésusage d'alcool sans dépendance, qui s'inquiètent de leur consommation et de ses conséquences et qui souhaitent modifier leurs habitudes. Il donne les moyens d'évaluer la possibilité d'une reprise de contrôle sur la consommation ou, en cas d'échec, à prendre la décision de l'abstinence. Alcochoix+ ne

s'adresse pas à l'ensemble des consommateurs problématiques d'alcool. Certains sont en effet à orienter d'emblée vers des centres spécialisés, par exemple : en présence de signes de sevrage à l'arrêt de la consommation, en cas de polydépendance, de grossesse ou lorsque l'abstinence est clairement indiquée.

À l'origine, Alcochoix+ se décline selon trois formules : autonome, guidée par un intervenant formé et en groupe. En Suisse Romande, la formule ambulatoire guidée par un professionnel formé est désormais disponible dans la plupart des cantons. Les adresses sont indiquées sur le site www.alcochoix.ch.

Le programme est constitué de trois étapes et se déroule sur une période de six semaines. Ses objectifs sont : faire un état des lieux des habitudes de consommation, identifier les situations qui favorisent la consommation, mettre en place des stratégies de contrôle et des alternatives à la consommation, maintenir une consommation modérée sur le long terme. Le programme est décrit par Conant (Dépendances 07).

Alcochoix+ se base sur deux outils : un manuel destiné aux participants (usagers) du programme, dont la version originale canadienne a été adaptée aux pratiques suisses et un manuel de l'intervenant.

Une formation de deux jours est nécessaire pour l'acquisition des compétences professionnelles spécifiques à ce programme. Les formations sont organisées et dispensées au GREA (dates et inscriptions sur le site www.grea.ch, voir annonce à la fin de ce numéro).

Modèle Körkel

Le modèle de consommation contrôlée « Körkel » vise également l'apprentissage de compétences pour une consommation contrôlée d'alcool. Il a été employé auprès des consommateurs abusifs, avec ou sans dépendance en Allemagne (d'où il est originaire) et en Suisse allemande (Santé Bernoise, par Gernet R 08 SuchtMagazin et <http://www.kontrolliertes-trinken.de>). Il se décline selon trois formules : autonome (manuel d'autocontrôle), accompagnement individuel et en groupe. GK-Quest, le propriétaire du modèle, a développé des adaptations pour d'autres substances (voir plus bas : nicotine, héroïne, cannabis) ou groupes de personnes (sans domicile fixe).

Le programme se base sur deux outils principaux disponibles en allemand, dont une partie est en cours de traduction : un manuel destiné aux participants (usagers) du programme et un manuel de l'intervenant. Il est possible que le programme démarre prochainement en Suisse romande dans un cadre institutionnel. Des informations complémentaires à ce sujet peuvent être obtenues auprès du GREA.

AlcoTool

AlcoTool, un outil de consommation contrôlée interactif en ligne (www.alcotool.ch), s'adresse aux jeunes entre 14 et 22 ans. Il permet dans un premier temps d'observer et de mesurer sa consommation (Alcocheck), puis de la limiter en fonction d'une estimation personnalisée des risques (Alcolimit). Les commentaires sont personnalisés par un conseiller.

Cannabis

Trois exemples de programmes de consommation contrôlée de cannabis sont présentés ici. Il s'agit de développements récents ou actuellement en cours.

Contrairement à l'alcool où des quantités limites de consommation journalière ont été définies par l'OMS, la consommation contrôlée du cannabis ne peut pas se baser sur des standards pour définir l'excès ou la nocivité de l'usage. De plus, des données précises sur la teneur en THC manquent souvent. En l'absence de ces repères, le praticien est donc renvoyé au ressenti de la personne elle-même et à la présence de symptômes physiques, psychiques et sociaux.

Les difficultés pratiques sont réelles : comment transmettre des informations fiables et valides sur une substance en l'absence de données précises ?

«Realize it!»

« Realize it! » résulte d'une collaboration entre la Suisse et l'Allemagne (expérience pilote entre 2004 et 2007). Ce programme s'adresse aux adolescents et jeunes adultes de 15 à 30 ans qui souhaitent réduire, voire cesser complètement leur consommation de cannabis. Il dure dix semaines et comprend des consultations individuelles, un guide d'accompagnement et des séances de groupe (Spectra, No 67, mars 08 ; Hubrich 08).

Dans la pratique individuelle du cabinet, plusieurs aspects du programme peuvent être repris, par exemple : l'utilisation d'un journal de bord pour indiquer les consommations (quantité, contexte social, raison/motifs), l'identification des situations à risques de consommation et le développement de stratégies de contrôle.

Programme « Kiss »

Un modèle comparable à celui de la consommation contrôlée d'alcool (modèle Körkel) a été développé pour les substances illégales, incluant le cannabis (www.kiss-heidelberg.de). Il est constitué de 12 séances ou modules qui considèrent notamment : une observation des consommations, la définition de limites journalières et hebdomadaires, la reconnaissance et la stratégie à adopter en cas de situations à risque.

Les buts du programme sont d'accroître la prise de conscience de la consommation et la motivation au changement ainsi que de favoriser l'acquisition de compétences pour la réduction ou l'arrêt de la consommation de la substance définie.

La question du seuil limite reconnu pour la nocivité du cannabis est individualisée. Chaque participant définit personnellement ce qu'il considère comme une unité de consommation (par occasion de consommation). Par exemple : une unité de consommation = 1 Joint : 0,4 gr Marihuana, soit 5€ ou 1 Joint : 0,2 gr Haschisch, soit 4€ (intervenant du programme, communication personnelle).

« Quit the shit »

<http://www.drugcom.de>

Ce programme allemand s'adresse aux personnes qui s'interrogent sur leur consommation de cannabis et souhaitent la réduire, la contrôler ou l'arrêter.

Le site propose des informations générales sur le cannabis, un test pour évaluer sa propre consommation, ainsi qu'un programme d'accompagnement individualisé gratuit, en ligne, sur une durée de 50 jours.

Ses principales étapes sont :

Définir les situations à risque

Utiliser des stratégies de contrôle

Maintenir ses résolutions en présence d'autres fumeurs

Développer des alternatives

Faire face aux situations à risque

Tabac

Les professionnels de santé recommandent clairement l'abstinence de tabac. Au vu de l'évolution du concept de « consommation contrôlée », la question d'une baisse du nombre de cigarettes fumées par jour se pose pourtant.

Une réduction de cigarettes peut s'accompagner de phénomènes compensatoires (absorption plus grande de la fumée) pour maintenir un taux de nicotine constant. Le résultat global est alors peu concluant. La réduction peut aussi s'accompagner d'un recours à des substituts. En dépit de l'usage du terme « substitut », la substitution concerne le plus souvent la période de sevrage. Elle est limitée dans le temps, destinée à faciliter à court terme le passage vers l'abstinence.

Le recours à la substitution à plus long terme, associée ou non à un certain nombre de cigarettes sous forme contrôlée participe d'une logique de réduction des méfaits. S'il semble plausible qu'une diminution du nombre de cigarettes entraîne également une baisse de dommages, les données scientifiques manquent pour l'affirmer.

La réduction du tabagisme n'entraîne pas l'annulation du risque de morbidité liée au tabagisme (Cornuz et Zellweger 07).

En différenciant la consommation de tabac et de nicotine, plusieurs cas de figure de consommation contrôlée peuvent être différenciés :

- Un tabagisme contrôlé, sans substitution
- Un tabagisme contrôlé, avec substitution parallèle de nicotine
- Un arrêt du tabagisme avec substitution de nicotine. De ce point de vue, le SNUS² ou la prise de gommes de nicotine constituent une forme de consommation contrôlée de nicotine
- Un arrêt du tabagisme sans substitution (abstinence de nicotine)

À l'instar d'autres substances, aborder la diminution du tabagisme dans un premier temps plutôt que l'abstinence a pourtant des effets bénéfiques pour une démarche ultérieure vers l'abstinence (Cornuz et Zellweger 07). La réduction du tabagisme peut donc être considérée comme une étape intermédiaire ou une transition vers l'abstinence de nicotine.

La consommation contrôlée de tabac a été développée dans un programme allemand (www.kontrolliertes-rauchen.de). La baisse de la consommation pour un contrôle d'un nombre de cigarettes donné est présentée comme une alternative à l'abstinence ou une étape préalable à celle-ci, un passage d'ailleurs spécifiquement pris en compte par le programme. Ce dernier n'est pas indiqué pour les femmes enceintes, les personnes abstinentes ou qui ont déjà pris la décision de l'abstinence.

Cette approche présente un intérêt dans le contexte de la restriction des lieux de fumées (professionnels, espaces public, etc.), autant d'impératifs que la personne doit prendre en considération dans le développement du contrôle.

² Le snus est un tabac finement moulu (conditionné en pâte humide) qui se glisse sous la lèvre supérieure ou inférieure. La teneur en nicotine varie (de 0,23 à 68%). nicotine pénètre plus lentement dans le sang par rapport au tabac fumé, mais sa concentration diminue également plus lentement. De manière générale on considère le snus comme moins dangereux pour la santé que le tabac fumé, car sa consommation n'affecte ni les voies respiratoires ni les poumons. Il n'est cependant pas sans risque (contenu de substances toxiques, risque de dépendance, oncogénicité) et sa commercialisation est interdite en Suisse (ISPA 07).

Héroïne et cocaïne

Le nombre de personnes qui contrôlent leur consommation d'héroïne ou de cocaïne est inconnu. Une revue de la littérature à ce sujet avance le chiffre approximatif de > 1% de la population générale en Suisse (Schippers 2002).

En complément aux éléments de définition cités plus haut, pour l'héroïne ou la cocaïne, la consommation contrôlée correspond à un usage qui n'entre pas en conflit majeur avec les objectifs personnels importants des individus et repose sur des règles plus ou moins explicites de contrôle définies par l'utilisateur lui-même. La consommation contrôlée se caractérise donc par son absence de visibilité en termes de conséquences somatiques, psychiques ou sociales.

De par l'illégalité de ces substances, leur dangerosité, les représentations négatives associées à leur usage (consommation conduisant presque inévitablement à l'addiction ou la déchéance sociale) ou leur acceptation sociale limitée, la consommation contrôlée comme objectif thérapeutique est à ce jour peu développée. A Zürich, il existe une approche de consommation contrôlée de cocaïne, drogues de synthèse (ecstasy, amphétamines, GHB) et cannabis. Ce programme GAIN s'adresse aux usagers problématiques de ces substances. Le but est de permettre une amélioration de leur contrôle dans les contextes privés et professionnels (Stark 08).

Les consommateurs font preuve de compétences, autant de pistes d'intervention pour les professionnels. Quelques exemples de règles et de limites préétablies par les usagers de cocaïne sont :

- quantité consommée ;
- jours de consommation (pas plus de deux jours de suite, pas avant d'avoir effectué les tâches primordiales, pas avant telle heure de la journée) ;
- entourage (pas de consommation en solitaire ou avec des personnes inconnues) ;
- accès aux substances (par le biais du fournisseur habituel) ;
- état émotionnel (pas de consommation lors d'émotions négatives) ;
- dépenses (budget prédéfini, carte de crédit confiée à un proche) (Schippers 2002).

Conclusion

Les individus ont des stratégies plus ou moins explicites et réussies de consommation contrôlée. Ces stratégies, une fois formalisées et intégrées à un programme structuré, constituent progressivement une option thérapeutique proposée par les professionnels. Les outils de consommation contrôlée se développent dans un degré variable selon les substances. En Suisse, les approches les plus formalisées concernent l'alcool. Pour les substances illégales, les interventions relèvent pour l'instant davantage du traitement ou de la réduction des méfaits que d'une éducation explicite au contrôle.

La consommation contrôlée s'inscrit aussi dans une des valeurs fondamentales de notre société : la capacité à « gérer », à faire face. Cette maîtrise, mise à l'épreuve au quotidien, est incontournable pour rester socialement actif et inséré. Lorsque les professionnels abordent les questions relatives à la consommation de substances psycho-actives, ils sont aussi des médiateurs à l'apprentissage d'un contrôle, comme moyen de maintenir l'équilibre entre une vie satisfaisante et supportable, tout en minimisant les dommages sur la santé.

En même temps, les difficultés à conseiller un type d'usage plutôt qu'un autre sont certaines, particulièrement lorsque le bénéfice d'une réduction de la consommation est imprécis ou que le risque 0 reste à démontrer. L'exemple du tabac, substance toxique et mortelle, est particulièrement illustratif.

Bibliographie et sites internet

- Bosshard E, 2008, Kontrollierter Alkoholausschank am Beispiel des Schloss Herden, *SuchtMagazin*; 3: 26-29.
- Conant D, 2007, Alcochoix, un programme pour consommateurs à problèmes, *Dépendances N° 31*, 10-13. Téléchargeable : <http://www.grea.ch/dossiers/Infos/Revue/dependances31.htm>
- Cornuz J, Zellweger JP, Consommation contrôlée de tabac : peut-on la recommander ? *Dépendances N° 31*, 10-13. Téléchargeable : <http://www.grea.ch/dossiers/Infos/Revue/dependances31.htm>
- Hubrich R, Hüsler G, Minder W, 2008, *Realize-it !* Beratung bei Cannabiskonsum, *SuchtMagazin*; 3: 34-38.
- Marlatt A, Witkiewitz K, 2002, Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention and treatment, *Addictive Behaviors*, 27, 867-886.
- Radke T, Krebs M, 2008, Kontrollierter Konsum von Alkohol – Ein Ueberblick, *SuchtMagazin*; 3: 3-12.
- Rieder Nakhlé A, Gache P, Humair JP, Broers B, 2006, Le généraliste face aux quatre principaux facteurs de risque comportementaux, *Rev Med Suisse*, 2 : 2163-8.
- Schippers GM, Cramer E, 2002, Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain, *Suchttherapie*, 3 : 71-80.
- Stark L, 2008, Kontrollierter Substanzkonsum als Therapieziel bei der GAIN Zürich, *SuchtMagazin*; 3: 32-33.
- ISPA/GREA, Avril 07, *Dépendances N° 31*, La consommation contrôlée d'alcool, enjeux et perspectives. Téléchargeable : <http://www.grea.ch/dossiers/Infos/Revue/dependances31.htm>
- www.alcochoix.ch: site de la consommation contrôlée d'alcool pour la Suisse romande
- www.alcotool.ch: site de l'outil interactif AlcoTool
- www.bernergesundheit.ch: site de Santé Bernoise
- www.kontrolliertes-trinken.de: site allemand pour la consommation contrôlée d'alcool.
- www.kontrolliertes-rauchen.de: site allemand pour la consommation contrôlée de tabac
- www.kiss-heidelberg.de: site allemand pour la consommation contrôlée de substances illégales
- Realize it!
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00643/00646/00986/index.html?lang=fr>

★ Lu pour vous ★

Overdoses médicamenteuses en West-Virginia (USA) en 2006

Patterns of Abuse Among Unintentional Pharmaceutical Overdose Fatalities
Aron J. Hall, et al, *JAMA*. 2008; 300(22): 2613-2620.

Contexte. Depuis 1990, l'usage et l'abus de médicaments antalgiques de type opioïde a considérablement augmenté aux EU. L'effet de cette "pharmaco-épidémie" a été le plus marqué dans des états ruraux, comme la Virginie-Ouest où un accroissement très important de décès par overdose entre 1999 et 2004 a été constaté.

L'objectif de l'étude était d'évaluer, dans cet Etat, les caractéristiques des personnes décédées par overdose accidentellement en 2006, le type de substances concernées, le rôle de leur abus dans le décès, l'évidence de détournement pharmaceutique (défini comme un décès dû à un médicament mais sans prescription documentée) ou en ayant reçu des prescriptions de plus que 4 médecins durant l'année précédant le décès (doctor-shopping).

Les résultats : 295 décès, dont 198 (67.1%) hommes, âgés entre 18 et 54 ans. Dans 63% des décès, il y avait un détournement pharmaceutique, dans 24% de « doctor-shopping ». Le détournement était le plus fréquent dans le groupe d'âge de 18 à 24 ans, le « doctor shopping » chez les femmes et ceux entre 35 et 44 ans. Une suspicion d'addiction aux substances était présente dans 94% des cas, avec des usages par voie iv et de substances illicites très fréquents dans la catégorie concernée par le détournement des médicaments. Dans 79% de décès, plusieurs substances étaient trouvées. Des analgésiques de type opioïdes étaient pris par 93% des personnes décédées ; pour 44% d'entre eux la substance avait été prescrite.

En conclusion : la majorité des décès par OD en Virginie-ouest en 2006 était associée à l'usage non-médical et le détournement de médicaments, notamment des opioïdes.

Age de la première consommation d'alcool chez les jeunes et incidence de diagnostics alcoologiques

Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Ruan WJ, Grant BF, Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders, *Alcoholism : clinical and experimental research*, 2008, 32, 12 : 1-12.

Cette étude, menée aux Etats-Unis, a examiné le lien entre l'âge de la première consommation d'alcool et l'incidence de l'apparition de diagnostics alcoologiques, notamment la dépendance et l'abus tels que définis par le DSM.

Les résultats montrent que lors d'une consommation d'alcool antérieure à l'âge de 15 ans, l'incidence d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool est supérieure que lors d'un début de consommation après 18 ans.

Pour le groupe des 15-17 ans, la consommation précoce est associée à une incidence accrue de l'abus pour les hommes et les femmes, mais seulement pour les femmes en ce qui concerne la dépendance.

Outre ces résultats pertinents du point de vue de la santé publique, l'intérêt pour la clinique réside davantage dans l'énumération des facteurs de risques associés à une consommation précoce d'alcool (tabac), ainsi que les interprétations de certains résultats. Par exemple, pour les risques de dépendance des femmes : une relation avec un partenaire plus âgé facilite l'accès de la jeune fille à l'alcool (davantage d'occasions de consommer et de quantités d'alcool ingérées).

Pour la prévention considérer uniquement des éléments liés à la substance, ses effets et ses risques directs est donc clairement insuffisant. La réalité est bien plus complexe, comme l'illustre le contexte de vie relationnel et intime de la personne qui va influencer l'exposition au produit.

★ **Annonces de congrès** ★

15-16 janvier 2009 : La promotion de la santé, enjeu d'une politique de société: pour un impact durable sur les déterminants sociaux. Congrès de Promotion Santé Suisse. Pfäffikon.
www.promotionsante.ch

15 janvier 2009 14-18h,: Challenges in viral hepatitis 2009, Lausanne, Auditoire Jequier-Doge CHUV Bât Liaison niveau 08 (symposium en anglais)
Validation par crédits de formation de SSG et SSMI (3.5 points)
Renseignements et inscription: Secrétariat Prof D Moradpour:
malika.binggeli@hospvd.ch

29 janvier 2009 : Lancement de la campagne de sensibilisation sur l'hépatite C. Infodrog, Prilly. http://www.infoset.ch/f/textes/evenements/2009/20090129_HepC_lancement-fr.pdf
avec des formations pour les professionnels pour un premier groupe
Yverdon : 14.01.2009, de 13h30 à 17h00 ; Genève : 20.01.2009 de 13h30 à 17h00
Lausanne : 04.02.2009, de 13h30 à 17h00
Deuxième groupe :Yverdon : 12.03.2009, de 13h30 à 17h00
Lausanne : 18.03.2009, de 13h30 à 17h00. Informations sur www.infodrog.ch

6 février 2008 8.30-12.30: forum addictions Genève « Quelle gestion des consommations et des dépendances sur la place de travail ? » Info (lieu à confirmer) et inscriptions sur
forumaddictions@premiereligne.ch

2-3 mars 2009 : formation Alcochoix+ à Yverdon
<http://www.grea.ch/dossiers/Formations/coursGREAT/07-08/coursgrea4.htm>

5 mars 2009 : La consommation de substances psychotropes en Suisse - Tendances et nouveaux défis. Symposium act-info, Stade de Suisse à Berne, information sur
www.actinfo2009.ch

4 juin 2009 : journée nationale Infodrog «Migration et dépendances» .www.infodrog.ch

24-25 septembre 2009 : 1st International Symposium on Hepatitis care in substance users, Arud, Zürich. <http://www.arud.ch/symposium/>

★ **Infos – Nouveautés** ★

À Lucerne début décembre : naissance du Forum Suchtmedizin Innere Schweiz FOSUMIS, petit frère de FOSUMOS et Coroma. Bienvenu et longue vie à ce forum interdisciplinaire.

Le projet « Kokain Glossar » se poursuit. Si vous cherchez des informations actualisées sur le traitement de la consommation problématique de cocaïne, regardez sous :
http://www.kokainbehandlung.ch/fr/index_fr.html

Ce Flash a été préparé par Catherine Ritter et Barbara Broers pour le Collège Romand de la Médecine de l'Addiction : info@romandieaddiction.ch.