

18

Stratégies de prise en charge de la dépendance à l'alcool

Les sujets dépendants sont un sous-groupe minoritaire parmi les sujets présentant un mésusage de l'alcool. De plus, la majorité des dommages liés à l'alcool concerne des sujets ayant un mésusage mais qui ne remplissent pas les critères diagnostiques de dépendance. Cependant, la dépendance à l'alcool étant une maladie chronique, elle impose une prise en charge selon des stratégies particulières que nous développons dans ce chapitre.

La dépendance à l'alcool : une maladie chronique

La dépendance à l'alcool, dont l'héritabilité est autour de 50 % (Verhulst et coll., 2015), correspond au stade le plus sévère des troubles liés à l'usage de l'alcool (SFA, 2015). Les sujets dépendants constituent un sous-groupe minoritaire de l'ensemble des sujets présentant un mésusage de l'alcool composé principalement de sujets présentant un usage à risque ou un usage nocif. La majorité des dommages liés à l'alcool concerne des sujets ayant un mésusage mais qui ne remplissent pas les critères diagnostiques de dépendance (*World Health Organization*, 2014). Il en découle des interventions graduées :

- prévenir l'évolution vers un usage à risque des individus qui sont à risque faible ;
- aider les individus ayant un usage à risque à revenir dans les repères de consommation et prévenir leur évolution vers un usage nocif ;
- réduire les risques et les dommages des individus ayant un usage nocif et les aider à revenir dans les repères de consommation ;
- prendre en charge les individus dépendants (SFA, 2015 ; Santé publique France et Institut national du cancer, 2017).

Depuis les années 2000, on constate dans la littérature que la dépendance à l'alcool est trop souvent prise en charge ponctuellement, en tant qu'épisodes aigus isolés, alors que plus de deux siècles d'observations de cette pathologie

ont permis de mettre en évidence son caractère chronique (White et coll., 2002). Afin de favoriser ce changement de culture dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool aux États-Unis, des informations ont été diffusées auprès des professionnels de santé comparant notamment la dépendance à l'alcool à d'autres pathologies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension artérielle (Hon, 2003 ; McLellan et coll., 2000). Ce type d'approche pourrait également aider à la déstigmatisation des pathologies addictives. Toutes ces pathologies se caractérisent en effet par leur évolution chronique, une forte vulnérabilité génétique et des comportements défavorables à la santé. Afin de rompre le cycle de la chronicité, des soins au long cours visant à prévenir les risques de rechute sont donc nécessaires (McKay et Hiller-Sturmhofel, 2011). Or, dans la dépendance à l'alcool, les soins visant à prévenir la rechute au décours de la phase initiale du traitement sont souvent insuffisants tant en intensité qu'en durée, si bien que les taux de rechute sont très élevés, vraisemblablement autour de 40 % à 60 % dans l'année (Batra et coll., 2016 ; McKay et Hiller-Sturmhofel, 2011 ; McLellan et coll., 2000).

Néanmoins, certains auteurs font état des risques à ne considérer la dépendance à l'alcool que comme une maladie chronique (Cunningham et McCambridge, 2012). Ils constatent notamment que les critères de dépendance peuvent n'être présents qu'au cours d'un épisode de vie isolé. Ces sujets ne se considèrent donc pas comme malades chroniques et leur dépendance pourrait se résoudre sans rechutes ultérieures. Pour ces auteurs, les sujets présentant une forme chronique de dépendance à l'alcool constitueraient donc un sous-groupe spécifique de dépendants, caractérisé par une dépendance plus sévère et l'existence de troubles psychiatriques co-occurents et/ou de co-addictions (Cunningham et McCambridge, 2012). Ainsi, il pourrait exister un risque à se focaliser uniquement sur ces sujets au détriment de la prise en charge de la majorité des sujets présentant une dépendance moins sévère et des sujets ayant un mésusage sans critères de dépendance.

Plus récemment, Connor, Haber et Hall ont proposé une synthèse pragmatique des considérations antérieures sur cette question, en lien avec les évolutions nosographiques actuelles graduant les consommations à risque d'alcool en fonction de leurs sévérités (Connor et coll., 2016). Ils considèrent ainsi que les formes légères du trouble peuvent se résoudre sans rechute tandis que les troubles plus sévères ont tendance à devenir chroniques et nécessitent donc des soins au long cours. Cette approche semble désormais la plus consensuelle (Ray et coll., 2019). Dans la littérature francophone, Benyamina et Reynaud évoquent ainsi que la dépendance à l'alcool est une

« maladie chronique caractérisée par des phases de rémissions et de rechutes qui peuvent survenir plusieurs mois ou années après une rémission » (Benyamina et Reynaud, 2016). À l'instar des campagnes d'information nord-américaines de 2011, ils proposent de comparer la dépendance à l'alcool à d'autres maladies chroniques telles que le diabète ou le trouble bipolaire, et estiment qu'avoir conscience du caractère chronique de cette pathologie permet une meilleure acceptation de celle-ci et donc un meilleur engagement dans des programmes de soins au long cours. Les auteurs constatent les difficultés qui persistent à concevoir la dépendance à l'alcool comme une maladie chronique alors que cette approche permettrait d'y appliquer l'ensemble des stratégies utilisées dans d'autres maladies chroniques destinées à en optimiser la prise en charge. Par exemple, une attention toute particulière doit être accordée au moment de l'annonce diagnostique (Benyamina et Reynaud, 2016). Dans ce contexte, l'utilisation des principes de l'entretien motivationnel permet d'aider le patient à cheminer vers le changement en suscitant sa motivation intrinsèque plutôt qu'en argumentant pour tenter de corriger le déni, ce qui peut avoir tendance à le renforcer (Britt et coll., 2003). Ainsi, du fait du caractère chronique de la dépendance à l'alcool, un enjeu majeur est l'amélioration de l'observance au long cours afin de prévenir la rechute. Contrairement aux idées reçues, la fréquence de réapparition des symptômes n'est pas plus élevée dans la dépendance à l'alcool que dans d'autres maladies chroniques (McKay et Hiller-Sturmhofel, 2011). Par exemple, 30 à 50 % des patients présentant un diabète de type 1 et 50 à 70 % des patients présentant une hypertension artérielle verraient leur symptomatologie réapparaître chaque année au point de nécessiter une intensification de leurs soins médicaux pour permettre de contenir ces symptômes (McLellan et coll., 2000).

Même si de nombreux patients pourraient présenter des rémissions spontanées, le profil de ces patients n'est pas bien identifié si bien qu'ils devraient tous pouvoir bénéficier d'un accès aux soins addictologiques (Spinelli et Thyer, 2017). Pourtant, ce ne serait le cas que pour 10 % d'entre eux (Drummond et coll., 2011). Le déficit motivationnel à changer ses comportements vis-à-vis de l'alcool n'est pas la seule explication pour rendre compte de cette situation. Dans une étude conduite dans 6 pays européens et à partir de 1 008 patients présentant une consommation problématique d'alcool, parmi les 810 qui ne recevaient pas de traitements, le déni du trouble n'était mentionné que par 55,3 % des 251 qui en avaient expliqué les raisons (Probst et coll., 2017). Les autres raisons exprimées par les patients étaient la crainte d'être stigmatisés (28,6 %), l'impossibilité à accéder aux soins (22,8 %) et le fait de souhaiter s'en sortir seul (20,9 %). Lorsque l'intensité du trouble augmentait, la probabilité d'évoquer le déni comme raison de non prise en charge diminuait, tandis que les difficultés d'accès aux soins augmentaient.

Dans une étude anglaise, à partir de 69 826 sujets, il a également été montré que la motivation aux soins se renforçait avec la sévérité du trouble (Dunne et coll., 2018). Comparés à des sujets ayant un score « dangereux » ou « problématique » à l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), ceux qui avaient un score de « dépendance probable » étaient moins susceptibles de déclarer une absence de motivation à réduire leur consommation (seulement 26,2 % d'entre eux) mais plus d'un quart (27,7 %) n'ont eu accès à aucune aide lors de leur dernière tentative de réduction. Enfin, environ la moitié des patients se rendent à une consultation d'addictologie qui leur a été préconisée à l'occasion de leur passage dans un service d'accueil des urgences (Blow et coll., 2010).

Une approche pragmatique dans le choix des objectifs thérapeutiques

La littérature met en évidence qu'un objectif d'arrêt de l'usage, comparé à un objectif de réduction, est associé à de meilleures chances de succès de la prise en charge. Par exemple, dans une étude suédoise ayant inclus 349 patients dépendants à l'alcool dans trois services d'alcoologie, l'efficacité de la prise en charge a été évaluée au cours d'un suivi de 5 ans en fonction de l'objectif initial souhaité par le patient : arrêt de l'usage, réduction de l'usage ou absence d'objectif (Berglund et coll., 2019). À la fin du suivi, la prévalence de patients ayant arrêté l'usage de l'alcool était de 46 % pour ceux qui avaient choisi cet objectif, de 6 % pour ceux qui avaient choisi la réduction et de 21 % pour ceux qui n'avaient pas choisi d'objectif. Concernant la prévalence d'usage à risque faible (incluant l'arrêt de l'usage), elle était de 76 % pour ceux qui avaient choisi l'arrêt de l'usage, de 59 % pour ceux qui avaient choisi la réduction et de 61 % pour ceux qui n'avaient pas choisi d'objectif. Comparés aux deux autres groupes, les patients dont l'objectif initial était l'arrêt de l'usage présentaient à la fin du suivi une réduction plus importante de leur consommation d'alcool, de leur nombre de critères du DSM-5¹⁵³ de dépendance à l'alcool et de la prévalence du diagnostic de dépendance. Par ailleurs, une étude suisse a étudié l'évolution de la qualité de vie dans les 24 mois qui suivaient les soins addictologiques parmi 160 patients dépendants à l'alcool. Ceux qui étaient majoritairement abstinents au cours du suivi étaient ceux qui avaient la meilleure amélioration de leur qualité de vie psychique, s'approchant ainsi de celle de la population générale (Daepfen et coll., 2014).

153. Le DSM-5 est la cinquième et dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie.

De plus, pour des sujets désireux d'arrêter l'usage de l'alcool, une stratégie de sevrage comparée à une réduction progressive serait associée à de meilleures chances de succès. Dans une étude américaine comprenant 128 femmes présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool et désireuses d'en arrêter l'usage grâce à un programme ambulatoire de thérapies comportementales (TCC) de 12 semaines, le fait de choisir une stratégie d'arrêt total de l'usage comme objectif plutôt qu'une réduction progressive de la consommation était associé à une probabilité plus élevée d'atteindre l'objectif d'arrêt de l'usage au cours d'un suivi de 12 mois (Holzhauer et coll., 2017). Enfin, il semblerait que le délai entre le début de la prise en charge et l'arrêt de l'usage soit associé aux chances de succès. Dans une étude américaine sur 954 patients ayant un objectif d'arrêt de l'usage, le fait d'accéder rapidement à cet objectif était associé à un meilleur pronostic à 16 semaines (moins de jours de consommation et niveau de consommation plus faible durant les jours de consommation) (Dunn et coll., 2017). Plus la période d'abstinence initiale était longue, plus le pronostic à 16 semaines sur ces indicateurs était bon.

Néanmoins, compte-tenu du défaut majeur de prise en charge des sujets dépendants à l'alcool (Drummond et coll., 2011), il apparaît comme prioritaire de faciliter leur entrée dans les soins. À ce titre, bien que le RPIB soit plutôt destiné aux consommateurs à risque qu'aux dépendants, son déploiement permet nécessairement d'améliorer le repérage des dépendants afin de leur proposer au moins les interventions minimales les plus coût-efficaces (NICE, 2011), puis des stratégies plus intensives basées sur des objectifs thérapeutiques pragmatiques en fonction de ce que le sujet est prêt à accepter (Connor et coll., 2016). En effet, environ la moitié des patients dépendants ne souhaitent pas arrêter totalement l'usage de l'alcool (Mann et coll., 2017). Pour ces patients, un objectif initial de réduction plutôt que d'arrêt de l'usage est à proposer (Connor et coll., 2016 ; Mann et coll., 2017). La réduction de l'usage a montré de nombreux avantages : possibilité d'effectuer des entretiens motivationnels destinés à favoriser la motivation à des objectifs plus ambitieux, prise en charge des comorbidités sociales, somatiques, psychiatriques et addictologiques et réduction des risques et des dommages (Mann et coll., 2017). Cependant, comme beaucoup de patients dépendants n'arrivent pas à maintenir durablement une consommation contrôlée (Connor et coll., 2016), l'arrêt de l'usage reste donc l'objectif final à promouvoir (Connor et coll., 2016 ; Mann et coll., 2017 ; SFA, 2015). Par exemple, le besoin impérieux de consommer, qui a été associé au risque de rechute, serait diminué chez les sujets présentant un arrêt de l'usage par rapport à ceux qui le poursuivent. Les données de 177 sujets inclus dans deux essais thérapeutiques sur le traitement par TCC de la consommation problématique d'alcool ont été utilisées pour étudier l'évolution quotidienne du besoin impérieux de

consommer pendant le traitement et après l'arrêt de l'usage (Hallgren et coll., 2016). L'arrêt de l'usage durant le traitement était associé à une réduction significative du besoin impérieux de consommer, et cette réduction s'amplifiait graduellement avec la durée de l'arrêt. En revanche, ceux qui avaient poursuivi l'usage pendant toute la durée du traitement n'avaient pas de réduction de leur besoin impérieux de consommer.

Le choix de l'arrêt de l'usage plutôt que de la réduction est souvent sous-tendu par l'existence d'une dépendance plus sévère (par exemple : des niveaux de consommations plus élevés [Haug et coll., 2018] ; une plus grande perception des conséquences négatives de l'usage d'alcool [Holzhauer et coll., 2017]). Quoiqu'il en soit, dans une étude allemande auprès de 242 patients, 90 % des patients préféraient avoir un rôle actif dans le choix de l'objectif thérapeutique (Friedrichs et coll., 2018). Ni l'âge, ni le sexe, ni le niveau éducatif, ni les symptômes dépressifs n'étaient associés à cette préférence. Néanmoins, dans une étude suédoise sur 201 patients, le fait qu'il existe une discordance entre l'objectif du patient et le traitement mis en place n'était pas associé à un moins bon pronostic au cours d'un suivi de 2,5 ans (Berglund et coll., 2016). En revanche, un objectif congruent d'arrêt de l'usage était associé à 88 % d'arrêt, alors qu'un objectif congruent de réduction était associé à 54 % de consommation à risque faible à la fin du suivi. Enfin, quel que soit l'objectif qui a été fixé, la motivation au changement joue un rôle important dans l'efficacité de la prise en charge. Dans une étude suisse basée sur 78 patients bénéficiant de soins ambulatoires pour un trouble lié à l'usage de l'alcool, la confiance dans les capacités à atteindre les objectifs et le fait de se sentir prêt à changer ses comportements étaient associés à une augmentation du nombre de jours sans usage ainsi qu'à une diminution du nombre de jours de forte consommation (au moins six unités standard d'alcool) au terme d'un suivi de 12 mois. Ces résultats étaient retrouvés quelles que soient les stratégies thérapeutiques mises en place, et en contrôlant également pour l'âge, le sexe et la sévérité de la dépendance (Gaume et coll., 2017). Lorsque ces indicateurs étaient réévalués au cours du suivi, leur valeur prédictive persistait.

Une prise en charge multimodale et coordonnée

Il est désormais bien établi que la dépendance à l'alcool suit un modèle biopsychosocial nécessitant une prise en charge globale (Wallace, 1993). La prise en charge de la dépendance à l'alcool repose donc sur une approche multimodale (USDHHS, 2016). Les principales composantes de la prise en charge sont l'utilisation d'outils psychothérapeutiques, les traitements

médicamenteux, la remédiation cognitive, la réhabilitation sociale incluant les prises en charge résidentielles et le traitement des comorbidités : co-addictions, troubles psychiatriques co-occurents et pathologies somatiques (Connor et coll., 2016 ; SFA, 2015 ; Vabret et coll., 2016). Pour prendre en compte tous ces aspects de la prise en charge, la littérature rapporte les bénéfices d'une prise en charge intégrative, par opposition aux prises en charge séquentielles ou en parallèle non coordonnées entre elles (Savic et coll., 2017). Néanmoins, il n'existe pas de consensus sur la définition d'une prise en charge intégrative. Par exemple, il peut s'agir de considérer que toute la prise en charge doit se dérouler dans une même unité de temps et de lieu, ou bien qu'il existe une coordination entre les différents acteurs de la prise en charge. Dans tous les cas, il s'agit de prendre en charge le patient dans sa globalité avec pour finalité une amélioration de la qualité de vie des patients et de leur accès aux soins ainsi que la facilitation de leur rétablissement (Crockford et coll., 2015).

Dans une revue systématique incluant 14 articles visant à évaluer des stratégies contribuant à la prise en charge intégrative des consommations problématiques d'alcool (Savic et coll., 2017), la prise en charge de la dépendance à l'alcool associée à celle des troubles psychiatriques co-occurents, des comorbidités somatiques ou des difficultés sociales permettrait une prise en charge efficace de l'ensemble de ces troubles, une meilleure satisfaction des patients vis-à-vis des soins, une meilleure utilisation des ressources, des taux plus élevés d'arrêt de l'usage ainsi qu'un meilleur fonctionnement global jusqu'à 9 ans après les soins.

Il est également important que la prise en charge intégrative ne soit pas déconnectée du système de soins global et des soins primaires, notamment pour faciliter le repérage précoce, l'accès aux soins spécialisés et éviter la stigmatisation des patients (Niaaa, 2017 ; Rehm et coll., 2016 ; USDHHS, 2016).

Parmi les comorbidités à prendre en charge, la littérature s'est densifiée concernant l'attention à accorder au traitement des troubles du sommeil et de la douleur. Les troubles du sommeil pourraient concerner jusqu'à 74 % des sujets présentant une consommation d'alcool à risque (Miller et coll., 2017). Une méta-analyse récente a étudié l'efficacité du traitement des troubles du sommeil chez les sujets présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool dans l'amélioration des deux troubles ainsi que de la symptomatologie dépressive (Miller et coll., 2017). Neuf études ont été incluses, correspondant à 410 participants dont 206 dans un groupe interventionnel bénéficiant d'une TCC centrée sur le traitement des troubles du sommeil ou d'un traitement pharmacologique. Comparés aux sujets du groupe contrôle, ceux qui ont

bénéficié d'une intervention présentaient une amélioration de la qualité de leur sommeil ainsi que de leurs symptômes dépressifs. L'absence d'efficacité retrouvée sur le taux d'arrêt d'usage d'alcool était à nuancer au regard des faiblesses méthodologiques des études incluses et de l'existence de longues périodes d'arrêt de l'usage chez beaucoup de sujets inclus. Les symptômes douloureux chroniques pourraient concerner jusqu'à 34 % des sujets présentant une consommation d'alcool à risque (Jakubczyk et coll., 2015). Dans une étude polonaise incluant 366 sujets suivis pour une consommation d'alcool à risque, la diminution de la douleur au terme d'un an de suivi était associée à une réduction du risque de rechute, y compris en tenant compte de la symptomatologie dépressive, du niveau de consommation à l'inclusion et du soutien social (Jakubczyk et coll., 2016).

De nombreux patients seraient réticents à débiter un sevrage tabagique en même temps que le sevrage de l'alcool, craignant que cela ne rende plus difficile le sevrage de l'alcool. Pourtant, le sevrage tabagique est associé à une réduction de l'usage de l'alcool chez ceux qui consomment encore ainsi qu'à une diminution du risque de rechute chez les abstinents (Friend et Pagano, 2005 ; Gulliver et coll., 2006). Une étude allemande a inclus 279 patients présentant une consommation problématique d'alcool recrutés durant leur hospitalisation pour sevrage thérapeutique (Hufnagel et coll., 2017). Parmi ces patients, 75 % étaient fumeurs et le fait d'être fumeur était associé à un risque de rechute dans les 12 mois presque multiplié par 4 (*hazard ratio* = 3,9 [IC 95 % : 1,6-9,9]). Un échantillon nord-américain de 386 fumeurs a été suivi pendant un an au décours de leur sevrage tabagique (Paulus et coll., 2019). Leur niveau de risque de trouble de l'usage d'alcool mesuré avec l'AUDIT diminuait avec le temps et cette diminution était fortement associée à la diminution de leur sensibilité à l'anxiété, mesurée avec l'*Anxiety Sensitivity Index-3*, qui semblait précéder l'amélioration des scores de l'AUDIT.

Le sevrage de cannabis a également été associé à une meilleure efficacité de la prise en charge de la dépendance à l'alcool, y compris pour des consommations peu importantes de cannabis. Dans une étude américaine, 206 consommateurs de cannabis et 999 non consommateurs étaient tous engagés dans une prise en charge de leur dépendance à l'alcool pendant 16 semaines dans le cadre de leur participation à un essai thérapeutique (Subbaraman et coll., 2017). Comparés aux non consommateurs, ceux qui consommaient du cannabis avaient en moyenne 4 jours de moins sans usage de l'alcool. Plus particulièrement, ceux qui consommaient du cannabis une à deux fois par mois avaient en moyenne 10 jours sans usage d'alcool de moins que les non consommateurs. D'une manière générale, une évaluation

de l'ensemble des conduites addictives, incluant les addictions comportementales, est à réaliser chez tous les sujets présentant une dépendance à l'alcool afin de prendre en charge la pathologie addictive dans son ensemble (SFA, 2015). Des outils tels que l'*Addiction Severity Index* peuvent être utiles dans ce contexte (Denis et coll., 2016).

Utilisation d'outils psychothérapeutiques

L'approche motivationnelle permet d'améliorer l'efficacité des interventions psychosociales plus intensives à proposer aux sujets dépendants (SFA, 2014). Parmi ces interventions, la thérapie cognitive et comportementale (TCC), la thérapie des contingences et la méditation de pleine conscience ont fait l'objet de nombreuses publications (Connor et coll., 2016 ; Ray et coll., 2019).

Thérapie cognitivo-comportementale

L'efficacité de la TCC dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool a été montrée dans plusieurs études et dans des méta-analyses (Carroll et Kiluk, 2017). L'accès à la TCC pourrait être en partie améliorée grâce aux programmes de TCC en ligne (Sundstrom et coll., 2017). Une étude nord-américaine a testé la faisabilité d'un tel programme chez 68 sujets présentant une consommation d'alcool problématique. Comparés aux patients randomisés dans le groupe de soins courants, ceux qui bénéficiaient de la TCC en ligne étaient plus observants et avaient plus de jours d'abstinence, avec de potentiels bénéfices en termes médico-économiques (Kiluk et coll., 2016). Une supervision à distance par un soignant pourrait néanmoins améliorer l'efficacité de l'intervention (Sundstrom et coll., 2016).

Thérapie des contingences

De nombreuses publications récentes ont étudié l'efficacité de la thérapie des contingences (McPherson et coll., 2018). Son principe repose sur l'utilisation de renforçateurs, la plupart positifs (des cadeaux), pour conditionner le choix d'un sujet, afin de lui faire prendre une option plus attractive pour lui que l'abstinence seule (Cottencin et coll., 2018). Dans une méta-analyse destinée à comparer l'efficacité de combinaisons de stratégies thérapeutiques sur le taux d'arrêt de l'usage, 137 essais contrôlés randomisés ont été inclus pour un total de 27 282 patients présentant une consommation d'alcool problématique (Gao et coll., 2018). Les différentes stratégies testées étaient la

psychothérapie (comprenant la TCC, les entretiens motivationnels et le programme en 12 étapes), la pharmacothérapie, la thérapie des contingences et l'intervention brève. La combinaison de la psychothérapie et de la thérapie des contingences était la prise en charge qui était associée au taux d'arrêt de l'usage le plus élevé durant la prise en charge, tandis que la combinaison de la pharmacothérapie et de la psychothérapie était associée au taux d'abstinence le plus élevé lors de la phase de suivi. La thérapie des contingences a montré qu'elle pouvait être utilisée chez les patients présentant des troubles psychiatriques co-occurents (Leickly et coll., 2019). Le développement des capteurs transdermiques de mesure de l'alcoolémie pourrait en faciliter le suivi (Mathias et coll., 2018). L'acceptabilité de ces dispositifs a été testée. Dans une étude américaine auprès de 649 patients susceptibles de participer à un essai thérapeutique, seulement 9 % d'entre eux avaient refusé de participer à l'essai en raison du bracelet de mesure transdermique de l'alcoolémie (Alessi et coll., 2017). Parmi les participants, 84 % des patients sont allés au terme des 12 semaines de suivi et 96 % ont rendu les dispositifs intacts. Au total, 81 % des patients ont déclaré que le port du bracelet les avait aidés à réduire leur consommation, et 75 % auraient été prêts à le garder sur une plus longue période. La thérapie des contingences a également montré son efficacité dans la réduction du niveau de consommation chez des gros buveurs n'ayant pas de demande de soins (Ray et coll., 2019). Dans une étude préliminaire nord-américaine (Barnett et coll., 2017), 30 sujets gros buveurs sans demande d'aide étaient randomisés soit dans un bras proposant trois semaines de thérapie des contingences avec un contrôle des consommations basé sur une mesure quotidienne de l'alcoolémie transdermique, soit dans un contrôle dans lequel les sujets recevaient une récompense financière équivalente à celle reçue par le sujet du bras interventionnel auquel ils étaient appariés sans lien avec leur propre consommation d'alcool. Durant les trois semaines de thérapie, les sujets du bras interventionnel avaient plus de jours sans alcool (54,3 %) que les sujets contrôles (31,2 %). La période sans alcool la plus longue était de 8,0 jours dans le groupe intervention comparé à 2,9 jours dans le bras contrôle. Au total, 31,1 % des sujets du groupe intervention avaient retrouvé une consommation à risque faible contre seulement 7,1 % dans le bras contrôle. En revanche, il n'existait plus de différence entre les groupes durant la phase de suivi d'un mois.

Enfin, la thérapie des contingences pourrait avoir une utilité pour améliorer l'observance des soins. Dans une étude américaine comprenant 262 participants présentant un usage problématique de substances incluant l'alcool, les sujets étaient randomisés dans un groupe bénéficiant d'une thérapie comportementale seule ou dans un groupe comportant également une thérapie des contingences à faible coût destinée à améliorer l'observance aux soins

(Fitzsimons et coll., 2015). Les sujets recevaient 10 dollars pour leur présence à J1 et 15 dollars pour leur présence à J5. Comparés aux sujets qui n'avaient reçu que la thérapie comportementale, ceux qui avaient aussi reçu une thérapie des contingences avaient un taux d'observance plus élevé du traitement comportemental, tant durant la première semaine de traitement qu'au cours des trois semaines suivantes, alors qu'ils ne recevaient plus de récompenses durant cette période.

Méditation de pleine conscience

Une littérature importante a émergé récemment concernant l'efficacité des programmes basés sur la méditation de pleine conscience (Byrne et coll., 2019 ; Cavicchioli et coll., 2018 ; Grant et coll., 2017 ; Li et coll., 2017). Dans une méta-analyse compilant 37 études incluant un total de 3 531 patients provenant d'essais randomisés et non randomisés (Cavicchioli et coll., 2018), les programmes de méditation de pleine conscience ont montré une efficacité supérieure à d'autres stratégies thérapeutiques comportant notamment la TCC, la psycho-éducation, la psychothérapie de soutien et le programme en 12 étapes, et sur les indicateurs suivants : taux d'arrêt de l'usage, *craving*, stress perçu, émotions négatives, symptômes dépressifs, symptômes anxieux et symptômes post-traumatiques. Les programmes de méditation de pleine conscience ayant montré une possible amélioration concomitante des symptômes psychiatriques associés au trouble lié à l'usage de l'alcool, ils pourraient avoir un intérêt particulier chez les sujets présentant certains troubles psychiatriques co-occurents, notamment les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (Brett et coll., 2018). De plus, cette stratégie thérapeutique n'étant pas focalisée directement sur l'usage d'alcool, elle pourrait convenir aux sujets ayant échoué avec d'autres stratégies ou qui sont ambivalents dans leur désir de changement (Brett et coll., 2018). Enfin, il a été montré chez les adolescents que le niveau de pleine conscience pouvait moduler les associations entre certains facteurs de vulnérabilité et l'usage d'alcool. Par exemple, dans une population nord-américaine de 385 adolescents, les liens entre l'adversité durant l'enfance et l'usage d'alcool passaient en partie par le niveau de pleine conscience (Brett et coll., 2018). Dans une population nord-américaine de 69 adolescents, alors qu'il existait des associations attendues entre l'intensité du *craving* déclenché par les *stimuli* environnementaux et la quantité d'alcool consommée, le niveau de pleine conscience exerçait un effet modérateur sur cette association (Hochster et coll., 2018).

Thérapie d'exposition

La thérapie d'exposition est une thérapie comportementale visant à moduler les réponses comportementales conditionnées lors de l'exposition à des stimuli associés à l'usage de substance. Cette thérapie n'a pas montré à ce jour d'efficacité dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool, ni sur le nombre de jours de consommation ni sur le nombre d'unité par jour (Mellentin et coll., 2017). Dans une population de patients dépendants à l'alcool sevrés, la thérapie d'exposition pourrait même diminuer les capacités de contrôle inhibiteur face aux *stimuli* environnementaux liés à l'usage d'alcool (Kreusch et coll., 2017). De même, les approches destinées à favoriser des réactions aversives vis-à-vis de l'alcool ne sont pas efficaces, de même que l'entraînement à la relaxation ou la dispensation de conseils très généraux sur la dépendance à l'alcool (Miller et Wilbourne, 2002).

Planifier les soins au long cours en amont du sevrage thérapeutique

Pour les sujets qui y sont prêts, le sevrage thérapeutique de l'alcool permet de débiter un processus d'arrêt de l'usage complet et durable (Babor et coll., 2017 ; Bacidore et coll., 2017). En d'autres termes, il n'y a pas d'indication au sevrage dans les situations suivantes :

- une absence de projet de soins au décours du sevrage ;
- une détresse sociale, professionnelle ou émotionnelle actuelle sans évaluation approfondie préalable des bénéfices attendus de la mise en place d'un sevrage dans ce contexte ;
- une absence de désir du patient d'arrêter l'usage de l'alcool (Bacidore et coll., 2017 ; Barrio et coll., 2018).

En effet, la balance bénéfice-risque à effectuer des sevrages itératifs sans projet d'arrêt de l'usage au décours n'est pas favorable. D'une part, lorsque le traitement médicamenteux des symptômes de sevrage n'est pas optimal, le sujet est exposé de façon répétée à la neurotoxicité du glutamate, ce qui peut conduire à des symptômes de sevrage de plus en plus sévères et à majorer le risque de complications (Mainerova et coll., 2015). D'autre part, les sevrages répétés pourraient également favoriser des altérations des fonctions exécutives, notamment du contrôle motivationnel, du contrôle inhibiteur, de la flexibilité cognitive et de la prise de décision, et diminuer la cognition sociale (Loeber et coll., 2009 ; O'Daly et coll., 2012).

Par conséquent, il apparaît essentiel de préparer le sevrage thérapeutique, notamment en planifiant en amont les soins à mettre en œuvre au décours. Pourtant, entre 40 et 50 % des patients ne débuteraient pas de soins addictologiques au décours d'une hospitalisation pour sevrage (Kouimtsidis et coll., 2017) alors qu'en l'absence de soins addictologiques au décours du sevrage, au moins 80 % des patients présenteraient une rechute (Batra et coll., 2016). Plusieurs études ont suggéré que l'anticipation des soins addictologiques avant de procéder au sevrage thérapeutique pourrait améliorer sensiblement l'observance et, par conséquent, le maintien de l'arrêt de l'usage (Chutuape et coll., 2001 ; Kouimtsidis et coll., 2017). Par exemple, les groupes de préparation à l'arrêt de l'usage pourraient aider sensiblement à faciliter l'adhésion aux soins addictologiques au décours du sevrage (Kouimtsidis et coll., 2017). La préparation du sevrage thérapeutique devrait également inclure la réduction de la consommation, ou à défaut la stabilisation, à l'aide de stratégies motivationnelles (Moos et Moos, 2006). Cette stratégie pourrait permettre un renforcement de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle, pouvant renforcer la motivation au changement. De plus, au moins pour les gros buveurs, même une légère réduction de la consommation d'alcool est associée à une diminution de la mortalité et de la morbidité liées à l'alcool (Norstrom et Skog, 2001). Ainsi, cette stratégie permet de réduire les dommages liés à l'alcool et d'améliorer la qualité de vie des patients en attente de sevrage thérapeutique. Enfin, lorsque la consommation d'alcool a été réduite, ou du moins stabilisée, avant le sevrage, les symptômes de sevrage seraient moins sévères et le risque de complications serait diminué (Moos et Moos, 2006).

Repérer précocement les troubles cognitifs liés à l'alcool

Les troubles cognitifs liés à l'alcool concerneraient environ la moitié des patients présentant une consommation problématique d'alcool (Stephan et coll., 2017). Les troubles cognitifs les plus fréquents concernent les fonctions exécutives (planification, résolution de problèmes et contrôle inhibiteur), la mémoire épisodique, les capacités visuo-constructives et la cognition sociale. Ces troubles peuvent altérer la motivation à changer de comportement ainsi que des difficultés d'apprentissage. En conséquence, ils peuvent diminuer l'efficacité des stratégies thérapeutiques utilisées en addictologie, notamment les entretiens motivationnels. De plus, l'élaboration de scénarios alternatifs aux comportements automatiques présente un coût cognitif élevé. Lorsqu'il existe des troubles cognitifs, ce travail d'élaboration est donc plus difficile à effectuer (Cabe et coll., 2016).

Le repérage des troubles cognitifs liés à l'alcool est donc à systématiser chez tous les patients présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool (SFA, 2015). Pour réaliser ce repérage, des échelles telles que la MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) peuvent être utilisées (Pelletier et coll., 2018). Si des troubles sont repérés, un bilan neuropsychologique est à réaliser (Cabe et coll., 2016). Ce bilan permet d'évaluer la sévérité des troubles et de préciser les fonctions cognitives qui sont altérées. Lorsque les troubles sont légers à modérés, l'objectif de la remédiation cognitive est la récupération des fonctions cognitives, notamment des fonctions exécutives et de la mémoire de travail (Cabe et coll., 2016). La remédiation cognitive est alors à débiter dès la fin de la période de sevrage (COPAAH, 2014). Lorsque les troubles sont plus sévères, l'objectif est la préservation des fonctions cognitives dans une optique de maintien de l'autonomie et d'amélioration de la qualité de vie.

Considérer l'urgence sociale comme un enjeu prioritaire de la prise en charge

Il existe des liens bilatéraux entre la consommation problématique d'alcool et l'absence de domicile fixe (Shelton et coll., 2009). L'isolement social et le stress induit par une situation permanente d'insécurité contribuent notamment à expliquer ces associations (Pang et coll., 2018). Dans une étude australienne basée sur 4 291 participants sans domicile fixe, 43 % d'entre eux présentaient un trouble lié à l'usage de substance, incluant l'alcool. Dans 34 % des cas, le trouble de l'usage précédait la perte du domicile, et dans 66 % des cas, la perte du domicile précédait le trouble de l'usage (Johnson et Chamberlain, 2008). Comparés aux majeurs, les sujets de moins de 18 ans étaient plus à risque de développer un trouble lié à l'usage de substance après avoir perdu leur domicile. De même, chez des sujets présentant un trouble mental sévère (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble de l'humeur), l'existence d'un trouble de l'usage de substance serait associée à un risque supplémentaire d'être sans domicile fixe (Folsom et coll., 2005). Enfin, la mortalité toutes causes confondues des sujets présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool serait au moins doublée en l'absence de logement fixe (Feodor Nilsson et coll., 2018).

Le fait d'obtenir un logement n'est pas associé à une majoration des consommations d'alcool (Asana et coll., 2018). *A contrario*, de nombreuses études dont des méta-analyses ont montré l'efficacité d'interventions focalisées sur la reprise d'un domicile fixe dans l'amélioration de la santé mentale, incluant l'usage de substances (Hwang et Burns, 2014). Ainsi, des actions mettant en avant l'amélioration sociale des usagers en particulier très précaires, ont des

effets positifs sur les consommations d'alcool. Dans cette logique, bien que le programme « *Housing First* » soit axé sur les projets ne nécessitant pas d'abstinence ni d'assiduité au traitement, les participants ont diminué leur consommation d'alcool et leurs problèmes liés à l'alcool en fonction du temps et de l'exposition à l'intervention (Collins, 2012). Le risque suicidaire pourrait également s'améliorer chez les sujets présentant une consommation problématique d'alcool dès lors qu'ils sont intégrés dans un programme de relogement de type *Housing First* (Collins et coll., 2016). Étant donné qu'il est particulièrement difficile d'inscrire un patient sans domicile fixe dans des soins addictologiques tant l'observance sera difficile, l'accès à un domicile devrait précéder la mise en place des soins addictologiques (modèle théorique du *Housing First*), plutôt que de considérer que l'accès au logement doit être conditionné au préalable par une bonne observance des soins. L'accès au logement sans condition est à associer à un accompagnement intensif multidisciplinaire dans l'esprit d'une approche intégrative (Hwang et Burns, 2014).

Vers une prise en charge personnalisée

Une littérature récente a émergé concernant la recherche de facteurs prédictifs de succès de la prise en charge (Creswell et Chung, 2018). Dans une étude allemande basée sur le suivi pendant 5 mois d'une population de 201 patients au décours d'un sevrage thérapeutique de l'alcool, l'intensité de la détresse psychologique à l'inclusion mesurée avec la *Symptom Checklist* (SCL-90-R) était prédictive de la reprise de l'usage d'alcool au cours du suivi (Engel et coll., 2016). L'existence de biais cognitifs tels que des biais attentionnels seraient prédicteurs de la rechute à 3 mois (Rettie et coll., 2018 ; Rinck et coll., 2018). Une mauvaise reconnaissance faciale des émotions a également été associée à un risque de rechute augmenté (Kornreich et coll., 2002 ; Rupp et coll., 2017).

Une littérature émerge également concernant la nécessité d'adapter la prise en charge à des profils spécifiques de patients, notamment pour éviter un défaut d'accès aux soins plus important pour ces populations. Les femmes pourraient se voir proposer moins fréquemment une prise en charge hospitalière que les hommes (Bazargan-Hejazi et coll., 2016). Elles pourraient nécessiter une prise en charge plus intensive de leur symptomatologie dépressive au décours d'un sevrage (Petit et coll., 2017) et des groupes de TCC dédiés aux femmes pourraient s'avérer utiles (Epstein et coll., 2018).

Les sujets de plus de 65 ans pourraient également nécessiter une prise en charge spécifique. Chez les sujets âgés, l'addiction à l'alcool est la plus fréquente des dépendances (Griner-Abraham et Bodenez, 2007) et ces patients rencontrent les mêmes difficultés d'accès aux soins que les sujets plus jeunes, voire davantage, avec seulement 1/3 des patients diagnostiqués et environ 10 % qui bénéficieraient d'une prise en charge (Menecier et coll., 2003). La tolérance physique à l'alcool diminue avec l'âge et la majorité de la mortalité associée au trouble lié à l'usage de l'alcool concerne des sujets de plus de 65 ans (Paille, 2013). Le diagnostic est plus difficile à poser, notamment les outils habituels de repérage du trouble n'ont pas été validés chez le sujet âgé, et certains des critères de dépendance sont plus difficiles à évaluer tels que le retentissement sur les activités sociales et le temps consacré à des activités nécessaires pour obtenir et utiliser l'alcool ou récupérer de ses effets (DiBartolo et Jarosinski, 2017). De plus, les difficultés avec l'alcool peuvent être considérées comme particulièrement stigmatisantes pour les sujets âgés (DiBartolo et Jarosinski, 2017). Des outils d'évaluation de la consommation problématique d'alcool spécifiques du sujet âgé existent, comme la *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version*, dont la sensibilité est de 91 % en prenant un seuil à 5 sur 24 (Hirata et coll., 2001). La littérature s'accorde sur la nécessité d'abaisser les repères de consommation à risque faible chez le sujet âgé, qui sont de ne pas dépasser une unité standard par jour, ou trois unités standard en une occasion, sous réserve qu'il n'existe pas de maladie chronique, de traitement en cours, de conduite automobile ni de tâches nécessitant un parfait contrôle psychomoteur (Paille, 2013). La littérature rappelle également qu'il existe des bénéfices au traitement de la dépendance à l'alcool à tout âge (Kelly et coll., 2018), notamment pour permettre la préservation de l'autonomie et des performances cognitives, réduire le risque de chutes, améliorer l'humeur et la qualité de vie (Paille, 2013).

Conclusion

En conclusion, contrairement aux consommations d'alcool problématiques moins sévères, la dépendance à l'alcool se caractérise par son évolution chronique, imposant une prise en charge au long cours visant à traiter les épisodes aigus et prévenir les rechutes. Sa prise en charge nécessite donc de renforcer la qualité de l'observance sur le long terme. Les soins multimodaux comprennent une approche motivationnelle en combinaison avec d'autres stratégies thérapeutiques, parmi lesquelles l'utilisation d'outils psychothérapeutiques telles que la TCC, la thérapie des contingences et le MBSR. La prise en charge intégrative des troubles co-occurents est à privilégier, notamment

s'agissant des co-addictions, des troubles psychiatriques, des troubles cognitifs, des troubles du sommeil et la douleur chronique. À défaut, une coordination étroite entre les prises en charge complémentaires doit être assurée. La poursuite initiale d'un objectif de réduction de la consommation a constitué une avancée majeure dans l'amélioration de l'accès aux soins des patients dépendants à l'alcool et la réalisation de cet objectif est associé à de nombreux bénéfices, y compris sur la mortalité. Un objectif d'abstinence devrait néanmoins être secondairement envisagé dès lors que cet objectif apparaît envisageable pour le patient. Lorsqu'un projet de sevrage de l'alcool est organisé, la préparation de celui-ci en amont semble essentielle, notamment pour anticiper la mise en place et l'adhésion à des soins addictologiques au décours visant à traiter la dépendance et prévenir les rechutes. Enfin, la prise en charge de l'urgence sociale semble prioritaire pour permettre la mise en place de soins efficaces de la dépendance à l'alcool.

RÉFÉRENCES

- Alessi SM, Barnett NP, Petry NM. Experiences with SCRAMx alcohol monitoring technology in 100 alcohol treatment outpatients. *Drug Alcohol Depend* 2017 ; 178 : 417-24.
- Asana OO, Ayvaci ER, Pollio DE, *et al.* Associations of alcohol use disorder, alcohol use, housing, and service use in a homeless sample of 255 individuals followed over 2 years. *Subst Abuse* 2018 ; 39 : 497-504.
- Babor TF, Robaina K, Noel JK, *et al.* Vulnerability to alcohol-related problems: a policy brief with implications for the regulation of alcohol marketing. *Addiction* 2017 ; 112 (Suppl 1) : 94-101.
- Bacidore V, Letizia M, Mitchel AM. Implementing interprofessional alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment in the emergency department: an evidence-based quality improvement initiative. *Adv Emerg Nurs J* 2017 ; 39 : 199-216.
- Barnett NP, Celio MA, Tidey JW, *et al.* A preliminary randomized controlled trial of contingency management for alcohol use reduction using a transdermal alcohol sensor. *Addiction* 2017 ; 112 : 1025-35.
- Barrio P, Teixidor L, Ortega L, *et al.* Filling the gap between lab and clinical impact: An open randomized diagnostic trial comparing urinary ethylglucuronide and ethanol in alcohol dependent outpatients. *Drug Alcohol Depend* 2018 ; 183 : 225-30.
- Batra A, Muller CA, Mann K, Heinz A. Alcohol dependence and harmful use of alcohol. *Dtsch Arztebl Int* 2016 ; 113 : 301-10.

Bazargan-Hejazi S, Lucia V de, Pan D, *et al.* Gender comparison in referrals and treatment completion to residential and outpatient alcohol treatment. *Subst Abuse* 2016 ; 10 : 109-16.

Benyamina A, Reynaud M. Management of alcohol use disorders in ambulatory care: which follow-up and for how long? *L'Encéphale* 2016 ; 42 : 67-73.

Berglund KJ, Rauwolf KK, Berggren U, *et al.* Outcome in relation to drinking goals in alcohol-dependent individuals: a follow-up study 2.5 and 5 years after treatment entry. *Alcohol Alcohol* 2019 ; 54 : 439-45.

Berglund KJ, Svensson I, Berggren U, *et al.* Is There a need for congruent treatment goals between alcohol-dependent patients and caregivers? *Alcohol Clin Exp Res* 2016 ; 40 : 874-9.

Blow FC, Walton MA, Murray R, *et al.* Intervention attendance among emergency department patients with alcohol- and drug-use disorders. *J Stud Alcohol Drugs* 2010 ; 71 : 713-9.

Brett EI, Espeleta HC, Lopez SV, *et al.* Mindfulness as a mediator of the association between adverse childhood experiences and alcohol use and consequences. *Addict Behav* 2018 ; 84 : 92-8.

Britt E, Blampied NM, Hudson SM. Motivational Interviewing: a review. *Austr Psychologist* 2003 ; 38 : 193-201.

Byrne SP, Haber P, Baillie A, *et al.* Systematic reviews of mindfulness and acceptance and commitment therapy for alcohol use disorder: should we be using third wave therapies? *Alcohol Alcohol* 2019 ; 54 : 159-66.

Cabe N, Laniepe A, Ritz L, *et al.* Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance : intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge. *L'Encéphale* 2016 ; 42 : 74-81.

Carroll KM, Kiluk BD. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: through the stage model and back again. *Psychol Addict Behav* 2017 ; 31 : 847-61.

Cavicchioli M, Movalli M, Maffei C. The clinical efficacy of mindfulness-based treatments for alcohol and drugs use disorders: a meta-analytic review of randomized and nonrandomized controlled trials. *Eur Addict Res* 2018 ; 24 : 137-62.

Chutuape MA, Katz EC, Stitzer ML. Methods for enhancing transition of substance dependent patients from inpatient to outpatient treatment. *Drug Alcohol Depend* 2001 ; 61 : 137-43.

Collins SE, Malone DK, Clifasefi SL, *et al.* Project-based housing first for chronically homeless individuals with alcohol problems: within-subjects analyses of 2-year alcohol trajectories. *Am J Public Health* 2012 ; 102 : 511-9.

Collins SE, Taylor EM, King VL, *et al.* Suicidality among chronically homeless people with alcohol problems attenuates following exposure to housing first. *Suicide Life Threat Behav* 2016 ; 46 : 655-63.

646 Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. *Lancet* 2016 ; 387 : 988-98.

COPAAH. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. *Alcoologie Addictologie* 2014 ; 36 : 335-73.

Cottencin O, Saoudi H, Karila L. Management des contingences et dépendance à l'alcool. *Alcoologie Addictologie* 2018 ; 40 : 238-44.

Creswell KG, Chung T. Treatment for alcohol use disorder: progress in predicting treatment outcome and validating nonabstinent end points. *Alcohol Clin Exp Res* 2018 ; 42 : 1874-9.

Crockford D, Fleury G, Milin R, *et al.* Formation sur les troubles d'utilisation de substances et troubles addictifs, 2^e partie : mise à jour du programme-cadre. *Canad J Psychiatry* 2015 ; 60 : 1-12.

Cunningham JA, McCambridge J. Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction* 2012 ; 107 : 6-12.

Daepfen J-B, Faouzi M, Sanchez N, *et al.* Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol* 2014 ; 49 : 457-65.

Denis C, Fatséas M, Beltran V, *et al.* Usefulness and validity of the modified addiction severity index: a focus on alcohol, drugs, tobacco, and gambling. *Subst Abuse* 2016 ; 37 : 168-75.

DiBartolo MC, Jarosinski JM. Alcohol Use disorder in older adults: challenges in assessment and treatment. *Issues Mental Health Nurs* 2017 ; 38 : 25-32.

Drummond C, Gual A, Goos C, *et al.* Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe. *Addiction* 2011 ; 106 (suppl 1) : 31-6.

Dunn KE, Harrison JA, Leoutsakos J-M, *et al.* Continuous abstinence during early alcohol treatment is significantly associated with positive treatment outcomes, independent of duration of abstinence. *Alcohol Alcohol* 2017 ; 52 : 72-9.

Dunne J, Kimergard A, Brown J, *et al.* Attempts to reduce alcohol intake and treatment needs among people with probable alcohol dependence in England: a general population survey. *Addiction* 2018 ; 113 : 1430-8.

Engel K, Schaefer M, Stickel A, *et al.* The role of psychological distress in relapse prevention of alcohol addiction. can high scores on the SCL-90-R predict alcohol relapse? *Alcohol Alcohol* 2016 ; 51 : 27-31.

Epstein EE, McCrady BS, Hallgren KA, *et al.* A randomized trial of female-specific cognitive behavior therapy for alcohol dependent women. *Psychol Addict Behav* 2018 ; 32 : 1-15.

Nilsson SF, Laursen TM, Hjorthøj C, *et al.* Homelessness as a predictor of mortality: an 11-year register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018 ; 53 : 63-75.

Fitzsimons H, Tuten M, Borsuk C, *et al.* Clinician-delivered contingency management increases engagement and attendance in drug and alcohol treatment. *Drug Alcohol Depend* 2015 ; 152 : 62-7.

Folsom DP, Hawthorne W, Lindamer L, *et al.* Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious

mental illness in a large public mental health system. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 370-6.

Friedrichs A, Silkens A, Reimer J, *et al.* Role preferences of patients with alcohol use disorders. *Addict Behav* 2018 ; 84 : 248-54.

Friend KB, Pagano ME. Smoking cessation and alcohol consumption in individuals in treatment for alcohol use disorders. *J Addict Dis* 2005 ; 24 : 61-75.

Gao J, Cao J, Guo T, *et al.* Association between alcoholic interventions and abstinence rates for alcohol use disorders: a meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2018 ; 97 : e13566.

Gaume J, Bertholet N, Daeppen JB. Readiness to change predicts drinking: findings from 12-month follow-up of alcohol use disorder outpatients. *Alcohol Alcohol* 2017 ; 52 : 65-71.

Grant S, Colaiaco B, Motala A, *et al.* Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Addict Med* 2017 ; 11 : 386-96.

Griner-Abraham V, Bodenez P. Évitement de la séparation et addiction chez le sujet âgé. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2007 ; 7 : 33-8.

Gulliver SB, Kamholz BW, *et al.* Smoking cessation and alcohol abstinence: what do the data tell us? *Alcohol Res Health* 2006 ; 29 : 208.

Hallgren KA, McCrady BS, Epstein EE. Trajectories of drinking urges and the initiation of abstinence during cognitive-behavioral alcohol treatment. *Addiction* 2016 ; 111 : 854-65.

Haug S, Castro RP, Eggli P, *et al.* Drinking goal trajectories and their association with client characteristics and outcomes among clients in outpatient alcohol treatment. *Subst Use Misuse* 2018 ; 53 : 2140-51.

Hirata ES, Almeida OP, Funari RR, Klein EL. Validity of the Michigan alcoholism screening test (MAST) for the detection of alcohol-related problems among male geriatric outpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001 ; 9 : 30-4.

Hochster A, Block-Lerner J, Marks DR, *et al.* Mindfulness buffers the effects of cue-induced craving on alcohol demand in college drinkers. *Addict Behav* 2018 ; 84 : 53-6.

Holzhauser CG, Epstein EE, Cohn AM, *et al.* Heterogeneity in pathways to abstinence among women in treatment for alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2017 ; 75 : 1-9.

Hon J. *Treating alcoholism as a chronic disease. Ensuring solutions to alcohol problems.* George Washington University Medical Center, 2003.

Hufnagel A, Frick U, Ridinger M, *et al.* Recovery from alcohol dependence: do smoking indicators predict abstinence? *Am J Addict* 2017 ; 26 : 366-73.

Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* 2014 ; 384 : 1541-7.

Jakubczyk A, Ilgen MA, Bohnert ASB, *et al.* physical pain in alcohol-dependent patients entering treatment in Poland. Prevalence and correlates. *J Stud Alcohol Drugs* 2015 ; 76 : 607-14.

Jakubczyk A, Ilgen MA, Kopera M, *et al.* Reductions in physical pain predict lower risk of relapse following alcohol treatment. *Drug Alcohol Depend* 2016 ; 158 : 167-71.

Johnson G, Chamberlain C. Homelessness and substance abuse: which comes first? *Austr Soc Work* 2008 ; 61 : 342-356.

Kelly S, Olanrewaju O, Cowan A, *et al.* Alcohol and older people: a systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. *PLoS One* 2018 ; 13 : e0191189.

Kiluk BD, Devore KA, Buck MB, *et al.* Randomized trial of computerized cognitive behavioral therapy for alcohol use disorders: efficacy as a virtual stand-alone and treatment add-on compared with standard outpatient treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2016 ; 40 : 1991-2000.

Kornreich C, Philippot P, Foisy ML, *et al.* Impaired emotional facial expression recognition is associated with interpersonal problems in alcoholism. *Alcohol Alcohol* 2002 ; 37 : 394-400.

Kouimtsidis C, Charge K-J, Moch JP, Stahl D. Abstinence preparation group intervention for dependent alcohol users. How does it work? Results of a process study. *J Subst Use* 2017 ; 22 : 149-55.

Kreusch F, Billieux J, Quertemont E. Alcohol-cue exposure decreases response inhibition towards alcohol-related stimuli in detoxified alcohol-dependent patients. *Psychiatry Res* 2017 ; 249 : 232-9.

Leickly E, Skalsky J, Angelo FA, *et al.* Perspectives on a contingency management intervention for alcohol use among consumers with serious mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2019 ; 42 : 26-31.

Li W, Howard MO, Garland EL, *et al.* Mindfulness treatment for substance misuse: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat* 2017 ; 75 : 62-96.

Loeber S, Duka T, Welzel H, *et al.* Impairment of cognitive abilities and decision making after chronic use of alcohol: the impact of multiple detoxifications. *Alcohol Alcohol* 2009 ; 44 : 372-81.

Mainerova B, Prasko J, Latalova K, *et al.* Alcohol withdrawal delirium – diagnosis, course and treatment. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2015 ; 159 : 44-52.

Mann K, Aubin HJ, Witkiewitz K. Reduced drinking in alcohol dependence treatment, what is the evidence? *Eur Addict Res* 2017 ; 23 : 219-30.

Mathias CW, Hill-Kapturczak N, Karns-Wright TE, *et al.* Translating transdermal alcohol monitoring procedures for contingency management among adults recently arrested for DWI. *Addict Behav* 2018 ; 83 : 56-63.

McKay JR, Hiller-Sturmhofel S. Treating alcoholism as a chronic disease: approaches to long-term continuing care. *Alcohol Res Health* 2011 ; 33 : 356-70.

McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000 ; 284 : 1689-95.

McPherson SM, Burduli E, Smith CL, *et al.* A review of contingency management for the treatment of substance-use disorders: adaptation for underserved populations, use of experimental technologies, and personalized optimization strategies. *Subst Abuse Rehabil* 2018 ; 9 : 43-57.

Mellentin AI, Skot L, Nielsen B, *et al.* Cue exposure therapy for the treatment of alcohol use disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2017 ; 57 : 195-207.

Menecier P, Prieur V, Arèzes C, *et al.* L'alcool et le sujet âgé en institution. *Gérontologie et Société* 2003 ; 26 : 133-49.

Miller MB, Donahue ML, Carey KB, *et al.* Insomnia treatment in the context of alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2017 ; 181 : 200-7.

Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002 ; 97 : 265-77.

Moos RH, Moos BS. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction* 2006 ; 101 : 212-22.

NIAAA (National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism). Strategic plan 2017-2021. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, April 2017 : 70 p.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence's). *Alcohol use disorders: the NICE guideline on the diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. Royal College of Psychiatrists, 2011.

Norström T, Skog OJ. Alcohol and mortality: methodological and analytical issues in aggregate analyses. *Addiction* 2001 ; 96 (suppl 1) : S5-17.

O'Daly OG, Trick L, Scaife J, *et al.* Withdrawal-associated increases and decreases in functional neural connectivity associated with altered emotional regulation in alcoholism. *Neuropsychopharmacology* 2012 ; 37 : 2267-76.

Paille F. Personnes âgées et consommation d'alcool. Groupe de travail de la SFA et de la SFGG. *Alcoologie Addictologie* 2013 ; 36 : 61-72.

Pang TY, Hannan AJ, Lawrence AJ. Novel approaches to alcohol rehabilitation: modification of stress-responsive brain regions through environmental enrichment. *Neuropharmacology* 2019 ; 145 : 25-36.

Paulus DJ, Gallagher MW, Raines AM, *et al.* Intraindividual change in anxiety sensitivity and alcohol use severity 12-months following smoking cessation treatment. *Behav Res Ther* 2019 ; 116 : 10-8.

Pelletier S, Alarcon R, Ewert V, *et al.* Comparison of the MoCA and BEARNI tests for detection of cognitive impairment in in-patients with alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend* 2018 ; 187 : 249-53.

Petit G, Luminet O, Cordovil de Sousa Uva M, *et al.* Gender Differences in affects and craving in alcohol-dependence: a study during alcohol detoxification. *Alcohol Clin Exp Res* 2017 ; 41 : 421-31.

Probst C, Manthey J, Rehm J. Understanding the prevalence of lifetime abstinence from alcohol: an ecological study. *Drug Alcohol Depend* 2017 ; 178 : 126-9.

Ray LA, Bujarski S, Grodin E, *et al.* State-of-the-art behavioral and pharmacological treatments for alcohol use disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2019 ; 45 : 124-40.

Rehm J, Anderson P, Manthey J, *et al.* Alcohol use disorders in primary health care: what do we know and where do we go? *Alcohol Alcohol* 2016 ; 51 : 422-7.

Rettie HC, Hogan LM, Cox WM. Negative attentional bias for positive recovery-related words as a predictor of treatment success among individuals with an alcohol use disorder. *Addict Behav* 2018 ; 84 : 86-91.

Rinck M, Wiers RW, Becker ES, Lindenmeyer J. Relapse prevention in abstinent alcoholics by cognitive bias modification: clinical effects of combining approach bias modification and attention bias modification. *J Consult Clin Psychol* 2018 ; 86 : 1005-16.

Rupp CI, Derntl B, Osthau F, *et al.* Impact of social cognition on alcohol dependence treatment outcome: poorer facial emotion recognition predicts relapse/dropout. *Alcohol Clin Exp Res* 2017 ; 41 : 2197-206.

Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 : 150 p (disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr).

Savic M. Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2017 ; 12 : 1-12.

SFA (Société Française d'Alcoologie). Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie Addictologie* 2015 ; 37 : 5-84.

Shelton KH, Taylor PJ, Bonner A, van den Bree M. Risk factors for homelessness: evidence from a population-based study. *Psychiatr Serv* 2009 ; 60 : 465-72.

Spinelli C, Thyer BA. Is recovery from alcoholism without treatment possible? a review of the literature. *Alcohol Treat Quart* 2017 ; 35 : 426-44.

Stephan RA, Alhassoon OM, Allen KE, *et al.* Meta-analyses of clinical neuropsychological tests of executive dysfunction and impulsivity in alcohol use disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017 ; 43 : 24-43.

Subbaraman MS, Metrik J, Patterson D, *et al.* Cannabis use during treatment for alcohol use disorders predicts alcohol treatment outcomes. *Addiction* 2017 ; 112 : 685-94.

Sundström C. High-intensity therapist-guided internet-based cognitive behavior therapy for alcohol use disorder: a pilot study. *BMC Psychiatry* 2017 ; 17 : 197.

Sundström C, Gajecki M, Johansson M, *et al.* Guided and unguided internet-based treatment for problematic alcohol use – a randomized controlled pilot trial. *PLoS One* 2016 ; 11 : e0157817.

USDHHS (US Department of Health and Human Services). Facing addiction in America: the Surgeon General's Report on alcohol, drugs, and health. Washington : US Department of Health and Human Services, 2016.

Vabret F, Lannuzel C, Cabe N, *et al.* Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage. *Presse Med* 2016 ; 45.

Verhulst B, Neale MC, Kendler KS. The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Med* 2015 ; 45 : 1061-72.

Wallace J. Modern disease models of alcoholism and other chemical dependencies: the new biopsychosocial models. *Drugs Society* 1993 ; 8 : 69-87.

White W, Boyle M, Loveland D. Alcoholism/addiction as a chronic disease. *Alcohol Treat Quart* 2002 ; 20 : 107-29.

World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva : World Health Organization, 2014.