

Pr Olivier Cottencin*, Dr Hugo Saoudi*, Dr Laurent Karila**

* CNRS UMR 9193, Université de Lille, Service d'addictologie, CHU Lille, 1, rue André Verhaeghe, F-59000 Lille

** Service de psychiatrie et d'addictologie, Hôpital Universitaire Paul-Brousse (AP-HP), Université Paris Sud, INSERM U1000, Villejuif, France

Correspondance : Olivier Cottencin. Courriel : olivier.cottencin@chru-lille.fr

Reçu mars 2018, accepté août 2018

Management des contingences et dépendance à l'alcool

Résumé

C'est parce que l'addiction à une substance ou un comportement peut être considérée comme un ensemble de comportements pathologiques pouvant être modifiés en s'appuyant sur les mêmes processus d'apprentissage ayant participé à son développement et à son maintien que le management des contingences a été proposé comme traitement de l'addiction ainsi constituée. 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. Cette thérapie a fait l'objet de nombreux travaux démontrant son efficacité dans le cadre de nombreuses addictions, mais bien peu dans le cadre de l'alcoolodépendance même si les études historiques ont d'abord étudié les personnes avec un usage problématique d'alcool au sens large. Après avoir rappelé succinctement les principes de cette thérapie, nous reprenons les quelques rares études centrées sur les sujets dépendants de l'alcool.

Mots-clés

Management des contingences – Alcool – Trouble d'usage de substance.

Le management des contingences (MC), intervention au cours de laquelle des incitations financières sont fournies en réponse à la preuve d'un changement de comportement, a montré son efficacité dans de nombreux troubles d'usage de substances (1). Au cours des dernières années, la littérature s'est enrichie de nombreuses études montrant son efficacité dans l'amélioration du maintien d'abstinence, dans le degré

Summary

Contingency management and alcohol dependence

Addiction can be considered as a set of pathological behaviors that have contributed to its development and maintenance. This is the reason why contingency management has been proposed as a treatment for addiction because it uses the same learning processes. Its principle is based on the use of positive reinforcement (e.g. gifts) to condition the choice of the individual, to choose a better option than only abstinence. This therapy has been frequently studied and has proven effectiveness for many addictions but rarely in the context of alcohol dependence. Yet historical studies have first studied individuals with alcohol use disorders (with or without dependence). We will first succinctly describe principles of this therapy and the few studies focused on people presenting with alcohol addiction.

Key words

Contingency management – Alcohol – Substance use disorder.

de rétention dans la prise en charge (qu'il s'agisse de la compliance ou de la participation au traitement) (2).

Cette thérapie purement comportementale fondée sur la récompense a été évaluée chez les sujets ayant des problèmes avec l'alcool et/ou les drogues, mais également dans d'autres pathologies chroniques dans lesquelles les changements comportementaux indis-

pensables sont parfois difficiles à atteindre pour des patients dont la motivation est freinée par l'ambivalence, les troubles cognitifs ou, plus prosaïquement, l'épuisement lié à la chronicité de la maladie.

De quoi parle-t-on ?

Le principe de cette thérapie repose sur la notion de conditionnement opérant. En d'autres termes, les conditionnements renforcés positivement ont plus tendance à être répétés que ceux renforcés négativement et bien évidemment que ceux sanctionnés par une punition. Il existe deux types de procédures à ce jour : la remise de "vouchers" (bons d'achat) ou la récompense variable.

Le renforcement fondé sur la remise de vouchers (bons d'achat)

Dans cette procédure, initialement développée par Higgins et Petry (3), les patients reçoivent des bons (vouchers) en échange de la remise d'échantillons biologiques (urines le plus souvent) indiquant l'absence récente d'usage de drogues. Il existe plusieurs modalités de récompense (laisser une caution que l'on récupère, des récompenses fixes, etc.), mais généralement la valeur de ces bons augmente à chaque remise d'urines négatives et diminue lorsqu'elles sont positives. Ces bons doivent permettre au patient d'initier ou de rétablir un comportement fondé sur un renforcement qui ne soit pas lié à la prise de drogues. Cette approche a démontré son efficacité dans l'initiation et dans le maintien de l'abstinence comparativement à des procédures standard.

Le renforcement de magnitude variable

Développée par Petry (3), cette technique est assez similaire à la précédente. Les patients reçoivent des tickets de valeur variable pour, par exemple, la remise d'urines indiquant l'absence de prise récente de drogues. La moitié des tickets sur lesquels est inscrit "bon travail" n'a aucune valeur monétaire, l'autre moitié correspond à des prix allant de 1 à 20 dollars avec un "super prix" de 80 à 100 dollars. Cette procédure a des résultats comparables à la précédente en termes d'initiation et de maintien d'abstinence.

Management des contingences et trouble de l'usage d'alcool

Historiquement, on retrouve des traces de ce type de thérapie dans les années 1970-80 principalement pour les patients présentant des problèmes de compliance ou des problèmes judiciaires liés à leur consommation d'alcool. Miller (4) avait constaté qu'en fournissant des renforcements tangibles – conditionnés par des éthylo-tests négatifs – aux personnes dites "alcooliques" présentant régulièrement des ivresses publiques, il était possible de réduire efficacement leur comportement d'ivresse sur la voie publique. Très concrètement, il a étudié 20 sujets connus pour ivresse publique régulière, assignant au hasard à une partie d'entre eux un programme de MC : les personnes bénéficiant du programme MC recevaient un abri, un emploi, de la nourriture et des vêtements par les services sociaux seulement lorsqu'elles demeuraient sobres ; l'autre groupe qui n'était pas inclus dans le programme MC recevait les mêmes services indépendamment de leur comportement de consommation d'alcool. Au cours de la période de traitement de deux mois, le taux d'arrestation pour ivresse publique du groupe MC est passé d'une moyenne de 1,7 arrestation à une moyenne de 0,3 arrestation (contrairement à celui du groupe témoin qui restait inchangé), avec dans le groupe MC un nombre augmenté de la moyenne d'heures d'emploi.

Par la suite, d'autres études utilisant le MC sur des populations ciblées ont montré de bons résultats. En particulier, dans le renforcement de l'abstinence chez des adolescents ayant un abus d'alcool (5) et chez les patients atteints de trouble schizophrénique dépendants de l'alcool (6). Au fur et à mesure de l'évolution des paradigmes de soins (de l'abstinence vers la réduction des dommages) et de l'évolution des populations (de l'alcoolodépendance simple à la polyconsommation voire la polydépendance), les programmes de MC ont étudié des cibles thérapeutiques différentes et des populations de plus en plus complexes. On ne retrouve que très peu d'études aujourd'hui sur des populations alcoolodépendantes seulement.

Renforcement de la compliance au traitement

En lien direct avec le maintien d'abstinence, le MC a été historiquement utilisé dans le cadre du renfor-

cement de la compliance aux traitements tels que le disulfiram. L'effet antabuse bien connu de ce traitement étant lié à un défaut de compliance majeure, Liebson et al. (7) ont randomisé 23 patients dépendants de l'alcool qui prenaient également de la méthadone pour leur dépendance à l'héroïne. Dans le groupe MC, chaque patient qui ne prenait pas les doses de disulfiram prescrites avait sa dose quotidienne de méthadone diminuée jusqu'à zéro et était sorti du programme de soins jusqu'à ce qu'il reprenne le disulfiram. Dans le groupe contrôle, le disulfiram était recommandé mais pas obligatoire et son absence de prise n'avait aucune conséquence sur les doses de méthadone délivrées. Sur les six mois de l'étude, les patients du groupe MC ont bu en moyenne 2 % du nombre total de jours contre 21 % dans le groupe contrôle. De plus, une prescription supervisée de disulfiram a montré son efficacité en termes d'abstinence sur le lieu de travail contrairement à la prescription libre et non supervisée (8).

En revanche, une autre étude similaire conduite avec des patients "alcooliques violents" (i.e. auteurs d'agression sous l'emprise de l'alcool) n'a pas montré d'effet positif (9). En pratique, 84 patients auteurs de violences et d'ivresses sur la voie publique ont été randomisés en quatre groupes. Le premier était un groupe de thérapie obligatoire, le deuxième un groupe de thérapie obligatoire avec surveillance de la prise de disulfiram, le troisième groupe était seulement surveillé dans sa prise de disulfiram et le quatrième groupe n'avait aucune obligation et n'avait que la recommandation de prendre le disulfiram. Aucune différence n'était notée dans les quatre groupes. Ce résultat n'est pas étonnant si l'on se place d'un point de vue comportementaliste et de la récompense. En réalité, il n'y a aucun MC dans cette étude puisqu'il n'y a pas de conditionnement opérant avec un renforcement positif : on ne propose que de l'obligation ou de la surveillance que l'on oppose à une recommandation. Même si l'obligation de soins a pu faire ses preuves aux États-Unis dans le cadre des *drug courts* où le juge fait office de *case manager* (10), on comprend que c'est l'obligation adjointe au renforcement qui va être efficace et non la seule obligation ou supervision. Un défaut majeur de ces études est peut-être également l'absence d'évaluation des troubles cognitifs.

En effet, les troubles de l'attention, de la mémoire de travail et les fonctions exécutives sont fréquents chez les sujets dépendants des substances psychoactives en général et de l'alcool en particulier, et ils constituent un frein majeur à l'efficacité des prises en charge. La remédiation

cognitive (RC), en plein essor, est une solution majeure dans l'aide à apporter à ces patients. Néanmoins, la capacité de ces programmes à améliorer ces déficits est en partie entravée par les niveaux d'engagement dans la formation en RC, qui peuvent être inadéquats pour obtenir des résultats.

Kiluk et al. (11), dans une étude pilote, ont voulu améliorer l'efficacité des programmes de RC en augmentant l'engagement des patients au moyen de programmes de MC. Les participants étaient des patients traités en ambulatoire dans le cadre de leur dépendance aux substances, présentant une déficience cognitive légère et plus de 30 jours d'abstinence d'alcool et de drogues. Ils ont été randomisés les uns dans un groupe de traitement cognitif standard (RC-S, n = 21) et les autres dans un groupe de traitement cognitif renforcé au moyen d'un programme de MC (RC-MC, n = 19). Le programme de RC comprenait des séances d'une heure, trois fois par semaine pendant quatre semaines (12 séances). Une batterie d'évaluation neuropsychologique a été administrée avant et après l'intervention de quatre semaines. Les deux groupes présentaient des taux élevés de participation aux séances de RC (moyenne RC-S = 11,7, RC-MC = 10,9 séances). Les performances de huit des neuf tâches de RC se sont significativement améliorées au fil du temps dans les deux conditions, la condition RC-MC montrant une amélioration plus importante sur une tâche de rappel séquentiel. Une amélioration significative était également retrouvée dans quatre des neuf mesures d'évaluation neuropsychologique, la condition RC-MC montrant une amélioration significative dans le *Trail making test* – Partie B par rapport au groupe RC-S. Ainsi, les auteurs nous montrent au moyen de cette étude pilote la faisabilité de l'utilisation de procédures de MC pour améliorer l'engagement des patients à l'égard d'un programme de RC.

Renforcement de la participation au traitement

Le MC a été également utilisé pour encourager les patients à participer aux sessions thérapeutiques. Très tôt, Gallant en 1968 a comparé deux groupes, l'un chez qui le rendez-vous de consultation était dans le cadre d'une obligation de soins, l'autre chez qui il n'était que recommandé (3). Chez les patients qui étaient en soins obligés, ceux qui ne venaient en consultation étaient renvoyés en prison pour poursuivre leur peine. Après

six mois, 90 % des patients de ce groupe venaient en consultation et 70 % après un an étaient toujours abstinents. Alors que dans le groupe contrôle, après un an, 78 % des patients avaient rechuté ou étaient à nouveau emprisonnés. L'obligation avec renforcement (récompense ou sanction) semble donc plus efficace. Gérer les contingences est bien un outil du domaine du conditionnement.

Dans une autre application du MC dans le cadre du système judiciaire, Ersner-Hershfield et al. (12) ont évalué l'utilisation du MC pour promouvoir le maintien dans le traitement des sujets arrêtés pour conduite sous l'influence d'alcool ou de substances psychoactives. Dans cette étude, 67 délinquants routiers ont été randomisés soit vers un programme d'autocontrôle comportemental, soit vers un programme associant éducation à l'alcool, entraînement à la relaxation et ré-évaluations encadrées des situations associées à l'alcool au volant. La moitié des participants ont déposé 50 dollars de caution à la première session et recevaient 5 dollars d'indemnité pour chaque session à laquelle ils participaient jusqu'à remboursement intégral. Les deux programmes étaient aussi efficaces l'un que l'autre, toutefois, les sujets qui avaient déposé une caution avaient moins d'absences non excusées que ceux n'avaient pas déposé de caution. Il n'y a pas de récompense à proprement parler lorsque l'on récupère sa mise, sinon que l'on est plus motivé à ne pas la perdre et que l'on finit par trouver du sens à son implication.

Ainsi, dès les premières études, l'efficacité du MC a été démontrée dans la réduction de la consommation d'alcool et l'augmentation de l'observance du traitement autant chez les alcoolodépendants que chez les buveurs excessifs. Quant aux études rapportant de mauvais résultats, elles présentaient toutes soit un *monitoring* insuffisant soit une application des contingences de mauvaise qualité, c'est-à-dire ne respectant à proprement parler l'esprit du renforcement (positif ou négatif) indispensable dans une thérapie fondée sur la récompense.

Réduction des dommages ou abstinence

Ainsi, la plupart des programmes de MC sont associés à des objectifs d'abstinence (drogues et alcool) (13). Considérant l'évolution de la population et des paradigmes thérapeutiques récents, les études qui

s'intéressent à la réduction de la fréquence des comportements nocifs sont de plus en plus fréquentes (14). D'ailleurs, ces approches de non-abstinence sont souvent mieux considérées par les patients et les cliniciens (13). Toutefois, les résultats de ces études sur le MC en réduction des dommages montrent que les patients ont des devenir similaires à ceux qui visent l'abstinence (15).

Nécessité des mesures objectives

Par ailleurs, les contingences sont fondées sur une vérification objective de l'abstinence. C'est pourquoi la plupart des études utilisant la gestion des contingences se sont concentrées sur des drogues dont les métabolites sont facilement mesurés et qui ont une grande fenêtre de détection, comme le cannabis, la nicotine, la cocaïne et les opioïdes. Or, la fenêtre de détection de l'alcool est beaucoup plus courte que celle des autres substances consommées, ce qui nécessite une surveillance fréquente des biomarqueurs de l'haleine, du sang ou de l'urine. Récemment, les programmes de MC ont utilisé des technologies permettant un suivi continu de la consommation d'alcool, telles que la surveillance transdermique de l'alcoolémie (16)... un outil intéressant autant dans un objectif d'abstinence que dans un objectif de réduction de consommation. Dougherty et al. ont d'ailleurs démontré que les contingences financières pour renforcer les sujets à maintenir leur concentration d'alcool transdermique en dessous de 0,03 g/dl ont réussi à réduire la consommation d'alcool au cours d'une période d'un mois (16) avec un effet qui perdure même après l'arrêt du programme de MC.

Avec de tels outils, les perspectives de traitement peuvent s'intéresser à d'autres populations de patients présentant des problématiques addictives. Dougherty et al. (13) ont montré l'intérêt d'un programme de MC dans une approche de réduction des dommages qui encourage les buveurs à modifier leur comportement de consommation d'alcool pour réduire la probabilité de conséquences liées à l'alcool. Ils ont choisi une population de "gros buveurs" (*heavy drinkers*) : des consommateurs ponctuels de plus de trois verres pour les femmes ou quatre verres pour les hommes en une journée (17), non demandeurs de soins et non dépendants de l'alcool. Ils ont utilisé comme facteur renforçateur l'étude de leur alcoolémie transdermale en plus de leur autodéclaration de consommation. Ainsi, 80 "gros buveurs" ont participé à l'étude qui comportait

trois phases : une phase d'observation (quatre semaines) où les participants buvaient normalement ; une phase de MC (12 semaines) durant laquelle les participants ont été payés 50 dollars par semaine pour ne pas dépasser les faibles niveaux de consommation d'alcool mesurés par les concentrations d'alcool transdermique (< 0,03 g/dl) et une phase de suivi (12 semaines) au cours de laquelle les participants (n = 66) sont retournés tous les mois pendant trois mois pour déclarer eux-mêmes leur consommation d'alcool et mesurer l'alcoolémie transdermique sans récompense. En moyenne, 42,3 % des participants ont répondu aux critères des contingences et ont reçu en moyenne 222 dollars au cours de la phase de MC, avec une rémunération moyenne totale de 1 998 dollars tout au long de l'étude. Par rapport à la phase d'observation, le pourcentage de journées de consommation d'alcool autodéclarées a considérablement diminué, passant de 59,9 % à 40,0 % pendant la phase de MC et à 32,0 % dans les phases de suivi. Le pourcentage de journées de consommation excessive d'alcool autodéclarées a également diminué considérablement, passant de 42,4 % dans la phase d'observation à 19,7 % dans la phase de gestion des contingences, ce qui s'est accompagné d'une augmentation significative du pourcentage d'abstinence (de 40,1 % à 60,0 %) et de faible niveau de consommation d'alcool (de 9,9 % à 15,4 %). Les réductions autodéclarées de la consommation d'alcool ont persisté ou sont devenues plus prononcées au cours de la phase de suivi. Ainsi, le MC peut être associé à une réduction des épisodes autodéclarés de consommation excessive d'alcool chez les gros buveurs qui ne recherchaient pas de traitement. Ces effets ont persisté même après l'élimination des incitations, ce qui indique l'utilité potentielle de la gestion des contingences en tant qu'intervention thérapeutique pour réduire les habitudes de consommation nocives.

Globalement, ces programmes sont efficaces quelles que soient les substances et même en cas de polyconsommation, comme l'ont démontré Davis et al. (18) dans leur revue systématique de la littérature sur les interventions de MC pour les troubles liés à la consommation de substances (SUD). Ils ont colligé et classé les études en plusieurs tendances de recherche : extension du programme de MC à des populations spéciales, extension du MC aux soins communautaires, combinaison du MC avec traitement pharmacologique, intégration de nouvelles technologies dans le programme de MC, étude des résultats à long terme, etc. Leurs résultats montrent que 86 % des études (soit 59 études sur 69) ont rapporté des effets significatifs

pendant le traitement et que parmi les études (47 % : 28/59) qui ont inclus au moins une visite de suivi après l'arrêt du programme de MC, 29 % (8/28) d'entre elles ont signalé des effets significatifs. La taille moyenne de l'effet au cours du traitement était de 0,62 (IC à 95 % : 0,54, 0,70) et après le traitement de 0,26 (IC à 95 % : 0,11, 0,41). Ainsi, dans l'ensemble, la littérature sur les programmes de MC rapporte une efficacité élevée de ce type de traitement, avec des effets modérés à importants au cours du traitement, qui s'affaiblissent mais qui restent présents après la fin du traitement, et ce, sur un ensemble varié de populations et de substances. Quant à retrouver des résultats spécifiques sur les sujets alcoolodépendants, on ne retrouve que des études incluant au mieux l'alcool dans le cadre d'une polyconsommation de substances illicites... un cadre assez compatible avec une population clinique de plus en plus complexe.

En l'absence de données formelles, on est en droit de se poser la question de savoir si les populations sont véritablement comparables. En d'autres termes, est-ce que le MC serait aussi efficace sur une population plus simple (monodépendance), mieux insérée et en moins grande difficulté sociale. Une piste de réponse est l'efficacité des programmes de MC chez les patients tabagiques, dont on sait que la complexité est plus liée au fort pouvoir addictogène de la substance per se qu'aux conditions environnementales.

Si la qualité de récompense entre en ligne de compte, il serait intéressant de savoir si des programmes de MC à faible récompense sont aussi efficaces que des programmes dont les récompenses ont proportionnellement une importance plus vitale pour une population précaire. L'étude de Fitzsimons et al. (19) a examiné l'impact d'un programme de MC sur la participation au traitement dans un programme ambulatoire. Les auteurs ont utilisé un modèle pré-post-test pour comparer des patients dépendants des drogues illicites recevant un traitement par renforcement avec un programme MC de faible coût (n = 130, TR + MC) à des patients recevant un traitement par renforcement seulement (n = 132, TR) . Les participants au programme TR + MC ont reçu une prime de 10 dollars pour retourner au traitement le jour suivant l'évaluation initiale (le premier jour) et une prime de 15 dollars pour suivre le traitement le cinquième jour suivant l'admission. Les sujets contrôles (TR) ont reçu une intervention de soins standard sans prime. Les groupes ont été comparés sur la proportion de participants qui sont retournés au traitement le premier jour, le nombre de jours moyens de

traitement, le nombre de séances individuelles suivies et l'utilisation du traitement pendant la première semaine et le premier mois suivant l'inclusion.

Les résultats ont montré que les participants des deux groupes (TR + MC et TR) sont revenus à la clinique pour le premier jour d'évaluation de façon massive (95 % contre 89 %). Mais les participants du groupe TR n'assistaient qu'à l'évaluation initiale (c'est-à-dire qu'ils ne venaient qu'à l'évaluation initiale) contrairement aux participants du groupe TR + MC. De plus, les participants du groupe TR + MC ont assisté à beaucoup plus de jours de traitement, ont assisté à plus de séances de *counseling* individuel et ont eu des taux plus élevés d'utilisation globale du traitement comparativement aux participants du groupe TR pendant la semaine et le mois suivant l'inclusion.

Dans cet échantillon majoritairement masculin, célibataire et sans emploi, les substances consommées (abus ou dépendance non précisé) étaient l'alcool (58 %), les opioïdes (45 %), la cocaïne (35 %), le cannabis (23 %) et les benzodiazépines (19 %) avec 57 % de polyconsommation (y compris l'alcool). Les groupes TR et TR + MC étaient semblables sur les caractéristiques démographiques et psychosociales.

Ainsi, les résultats confirment la faisabilité et l'efficacité d'un programme de MC à faible coût, démontrant ainsi que ce n'est pas tant le montant de la récompense qui est important dans cette thérapie, mais le principe de récompense dans le renforcement positif de la participation aux soins.

Pour conclure

La procédure de MC n'est pas qu'une piste parmi d'autres pour aider les patients à se libérer de leur addiction. Au contraire, elle semble bien être aujourd'hui une technique thérapeutique efficace et pourtant sous-employée. Est-ce parce qu'elle est encore décriée de nos jours en ce qu'elle n'offre qu'une vision comportementale pour ne pas dire seulement pécuniaire de l'approche addictologique ? Toujours est-il que fonder une thérapie sur la récompense, chez des sujets qui ont un trouble de leur système de récompense, semble plutôt adapté. Certes, fonder un travail thérapeutique sur la récompense pourrait poser des questions éthiques, mais l'éthique (la juste place de chaque chose pour paraphraser Jean Bernard) n'est-elle pas d'abord d'assurer

une promotion de la santé à une population en grand danger ? L'éthique n'est-elle pas respectée lorsqu'entre dans la balance l'efficacité sur le court et le long termes, pendant et après le programme et de surcroît avec des patients complexes (polyconsommateurs, précaires, isolés et souffrant de troubles cognitifs...) ? Perd-on réellement son libre arbitre à répondre au renforcement positif, alors que l'addiction (l'esclavage du produit ou du comportement) nous a justement fait perdre ce libre arbitre ? Enfin, une thérapie comportementale n'a jamais interdit l'association d'autres abords psychothérapeutiques ni même pharmacologiques dans une approche intégrative et pragmatique.

La thérapie de la récompense qui ferait perdre son libre arbitre semble être un moindre mal face à l'esclavage de l'addiction, surtout lorsqu'elle permet d'accéder à une meilleure santé en respectant les souffrances qui ont mené nos patients à ces consommations et comportements devenus pathologiques. Une vision intégrative, pluridisciplinaire, adaptée à chaque sujet semble donc aujourd'hui la voie à suivre pour permettre à tous d'accéder au changement. ■

Liens d'intérêt. – O. Cottencin a été orateur pour des symposia organisés par les laboratoires Bouchara Recordati, Lundbeck, Otsuka, Indivior, Janssen-Cilag, Abbvie et Celgène. Il a réalisé des essais cliniques pour les laboratoires Lundbeck et Ethypharm. Il a reçu des fonds publics (MILDECA et DGOS) et des fonds privés (IREB, Fondation Castellotti) pour la réalisation d'études cliniques. H. Saoudi a été orateur pour des symposia organisés par les laboratoires Indivior. Il a reçu des fonds privés (Fondation Castellotti) pour la réalisation d'études cliniques. L. Karila déclare avoir participé à des interventions ponctuelles (conférences, actions de formations) pour les laboratoires Bristol-Myers-Squibb, Otsuka, Euthérapie, Astra Zeneca, Lundbeck, Gilead, D&A Pharma, Bouchara-Recordati, Janssen-Cilag, Indivior et Ethypharm.

O. Cottencin, H. Saoudi, L. Karila
 Management des contingences et dépendance à l'alcool
Alcoologie et Addictologie. 2018 ; 40 (3) : 238-244

Références bibliographiques

- 1 - Higgins ST, Silverman K, Heil SH. Contingency management in substance abuse treatment. New York : The Guilford Press ; 2008.
- 2 - Plebani Lussier J, Heil SH, Mongeon JA, Badger GJ, Higgins ST. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*. 2006 ; 101 (2) : 192-203. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01311.x>.
- 3 - Higgins ST, Petry NM. Contingency management. Incentives for sobriety. *Alcohol Research & Health*. 1999 ; 23 (2) : 122-7.
- 4 - Miller PM. A behavioral intervention program for chronic public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry*. 1975 ; 32 (7) : 915-8.
- 5 - Brigham SL, Rekers GA, Rosen AC, Swihart JJ, Pfrimmer G, Ferguson LN. Contingency management in the treatment of adolescent alcohol drinking problems. *The Journal of Psychology*. 1981 ; 109 (1st Half) : 73-85. <https://doi.org/10.1080/00223980.1981.9915289>.
- 6 - Peniston EG. Evaluation of long-term therapeutic efficacy of behavior modification program with chronic male psychiatric inpatients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1988 ; 19 (2) : 95-101.
- 7 - Liebson IA, Tommasello A, Bigelow GE. A Behavioral treatment of alcoholic methadone patients. *Annals of Internal Medicine*. 1978 ; 89 (3) : 342-4.
- 8 - Robichaud C, Strickler D, Bigelow G, Liebson I. Disulfiram maintenance employee alcoholism treatment: a three-phase evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. 1979 ; 17 (6) : 618-21.
- 9 - Gallant DM, Bishop MP, Faulkner MA, Simpson L, Cooper A, Lathrop D, Brisolaro AM, Bossetta JR. A Comparative evaluation of compulsory (group therapy and/or antabuse) and voluntary treatment of the chronic alcoholic municipal court offender. *Psychosomatics*. 1968 ; 9 (6) : 306-10.
- 10 - Mitchell O, Wilson DB, Eggers A, MacKenzie DL. Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: a meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*. 2012 ; 40 (1) : 60-71.
- 11 - Kiluk BD, Buck MB, Devore KA, Babuscio TA, Nich C, Carroll KM. Performance-based contingency management in cognitive remediation training: a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2017 ; 72 : 80-8. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.08.003>.
- 12 - Ersner-Hershfield SM, Connors GJ, Maisto SA. Clinical and experimental utility of refundable deposits. *Behaviour Research and Therapy*. 1981 ; 19 (5) : 455-7.
- 13 - Dougherty DM, Lake SL, Hill-Kapturczak N, Liang Y, Karns TE, Mullen J, Roache JD. Using contingency management procedures to reduce at-risk drinking in heavy drinkers. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 2015 ; 39 (4) : 743-51. <https://doi.org/10.1111/acer.12687>.
- 14 - Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm Reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment". *Addictive Behaviors*. 2002 ; 27 (6) : 867-86.
- 15 - Kline-Simon AH, Falk DE, Litten RZ, Mertens JR, Fertig J, Ryan M, Weisner CM. Posttreatment low-risk drinking as a predictor of future drinking and problem outcomes among individuals with alcohol use disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 2013 ; 37 (Suppl. 1) : E373-80. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01908.x>.
- 16 - Dougherty DM, Hill-Kapturczak N, Liang Y, Karns TE, Cates SE, Lake SL, Mullen J, Roache JD. Use of continuous transdermal alcohol monitoring during a contingency management procedure to reduce excessive alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014 ; 142 (september) : 301-6. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.039>.
- 17 - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rethinking drinking: alcohol and your health. NIH Pub. No. 13-3770. Rockville, MD : National Institutes of Health ; 2010. Revised May 2016.

- 18 - Davis DR, Kurti AN, Skelly JM, Redner R, White TJ, Higgins ST. A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Preventive Medicine*. 2016 ; 92 (november) : 36-46. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.008>.
- 19 - Fitzsimons H, Tuten M, Borsuk C, Lookatch S, Hanks L. Clinician-delivered contingency management increases engagement and attendance in drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015 ; 152 (july) : 62-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.021>.