

Dr Alain Rigaud*

* Établissement public de santé mentale de la Marne, Centre d'addictologie médico-psychologique, 28 bis, rue de Courcelles, F-51100 Reims. Tél. : 33 (0)3 26 88 45 35 – Courriel : a.rigaud@epsdm-marne.fr
Reçu décembre 2013, accepté janvier 2014

Prise en charge des maladies alcooliques

Quelle stratégie aujourd'hui ?

Résumé

Contexte et méthode : cet article est une réflexion sur la stratégie de prise en charge des maladies alcooliques dans le contexte de la nouvelle classification de l'alcoolisme proposée dans le DSM-5 et de la mise à disposition de nouveaux traitements médicamenteux. **Résultats et discussion :** l'abstinence est restée longtemps l'objectif et le modèle du traitement de l'alcoolisme. Cependant, cet objectif ne correspond pas souvent aux besoins et aux attentes des patients, qui ne sont pas prêts à s'engager pour une abstinence à vie. Par ailleurs, face à des situations et profils cliniques et évolutifs très hétérogènes, se pose la question de la pertinence du modèle unique de l'abstinence immédiate, totale et définitive. C'est pourquoi les traitements orientés vers l'abstinence ont un faible taux de succès. L'objectif de réduction de la consommation d'alcool n'est pas récent et a été proposé comme objectif intermédiaire par les agences de santé ou des sociétés savantes internationales. Ce principe de réduction est accepté aussi bien par les patients que par les professionnels. Il facilite l'accès au soin et entraîne des bénéfices de santé. Il doit s'intégrer dans une stratégie de réduction des risques et des dommages, non comme une alternative à l'abstinence, mais comme une étape voire un pont vers l'abstinence.

Mots-clés

Abstinence – Alcool – Consommation – Dépendance – Sevrage.

L'objectif de réduction de la consommation d'alcool par des traitements, notamment médicamenteux, est-il acceptable ? Cette question a pris depuis quelques années une actualité nouvelle, en lien avec les promesses de molécules nouvelles ou anciennes, et parallèlement à

Summary

What strategy should be adopted for the management of alcoholism?

Background and method: this article provides a reflection on the strategy of management of alcoholic patients in the framework of the new classification of alcoholism proposed by DSM-5 and the availability of new drug treatments. **Results and discussion:** abstinence remained the objective and the model of management of alcoholism for a long time. However, this objective often does not correspond to the needs and expectations of the patient, who is not ready to accept the idea of life-long abstinence. Furthermore, in the presence of very heterogeneous situations, clinical profiles and outcomes, the unique model of immediate, total and permanent abstinence may no longer be entirely relevant, which is why treatments based on abstinence have a low success rate. The objective of decreased alcohol intake is not a recent approach, and has been proposed an intermediate objective by health agencies and international learned societies. This principle of alcohol reduction is accepted both by patients and healthcare professionals. It facilitates access to care and is associated with health benefits. It must be integrated into a risk and damage reduction strategy, not as an alternative to abstinence, but as a step or even a bridge towards abstinence.

Key words

Abstinence – Alcohol – Consumption – Dependence – Withdrawal.

l'observation des difficultés et des limites du modèle de l'abstinence, exprimées à la fois par les malades et par les soignants qui les accompagnent. Il faut également considérer le travail nosographique qui a abouti au DSM-5.

On verra dans cet article que si l'abstinence est restée longtemps l'objectif et le modèle du traitement de l'alcoolisme, la question de la consommation contrôlée ou de l'objectif de réduction de la consommation n'est en fait pas récente.

L'abstinence : objectif, modèle et idéal historique

Ivrognerie, alcoolisme et dépendance à l'alcool

La catégorie diagnostique de l'alcool-dépendance s'est dégagée progressivement avant de prendre corps au cours de la seconde moitié du 20^{ème} siècle et de se voir reconsidérée en ce 21^{ème} débutant avec le DSM-5.

Historiquement, on a reconnu d'abord l'ivresse et la figure de l'ivrognerie qui furent objets d'opprobre voire de sanction au regard de l'atteinte qu'elles portaient aux valeurs religieuses et sociales, que la laïcité n'avaient pas encore démêlées, et furent ainsi appréhendées dans le registre de la morale et du vice. Ce sont les méfaits des spiritueux observés par Rush (1) à la fin du 18^{ème} siècle, l'augmentation de l'espérance de vie au cours du 19^{ème} siècle et les progrès de la médecine anatomoclinique qui ont permis en 1848 d'identifier, avec Magnus Huss, l'alcool comme agent pathogène et d'introduire le terme "alcoolisme" et le modèle médical avec lui. Ce modèle médical, d'abord centré sur l'intoxication, s'est élargi à la conduite d'alcoolisation pathologique avec la notion d'alcoolomanie et à sa pathogénie avec la thèse de l'hérédité-dégénérescence et les approches psychopathologiques. Ce n'est qu'au cours des années 1930 que les notions d'addiction (2) et de dépendance ont émergé autour de la perte de contrôle de la consommation et sa poursuite malgré ses conséquences négatives. Elles ont été reconnues dans les années 1950 par les experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à partir des travaux de Jellinek (3) et, en France, de Fouquet (4, 5), qui ont également contribué à forger un modèle pathogénique plurifactoriel fondé sur les trois "piliers" de la biologie, de la psychologie et de la sociologie, d'où découle celui admis aujourd'hui pour l'addictologie.

Alcool-dépendance et approche thérapeutique

Toutefois, tout au long de cette lente émergence du concept de dépendance, les réponses apportées aux problèmes des "alcooliques" ont constamment balancé entre,

d'un côté, des approches sociale, morale et psychologique et, de l'autre, une approche médicalisée. Ces approches se sont progressivement affinées et surtout complétées autour d'un triple constat : 1) l'alcool étant l'agent pathogène et le fauteur de trouble, il faut donc l'éliminer par le sevrage autrefois appelé "cure" ; 2) l'alcoolique ayant tendance à reboire, il faut l'aider à rester abstinent ; 3) la médecine s'avérant impuissante à produire un traitement médical efficace pour aider au maintien de l'abstinence, il faut recourir à des moyens non médicaux. La résultante fut le schéma dominant d'intervention des années 1950-1990, ordonné autour de l'objectif de l'abstinence immédiate, totale et définitive à partir d'un temps de sevrage et d'un suivi médicalisé, avec l'appui d'un mouvement d'entraide, éventuellement complété par un accompagnement psychologique.

En dehors des qualités personnelles de thérapeute du médecin à susciter une alliance thérapeutique et à s'engager dans la relation avec son patient, l'efficacité médicale s'est avérée pauvre : il a fallu attendre les années 1950 pour disposer avec le disulfirame et les émétisants de produits soutenant une stratégie aversive, sinon punitive. Les années 1970-80 ont apporté les psychotropes, notamment anxiolytiques, puis les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), qui ont plus impacté les comorbidités primaires et/ou secondaires que la dépendance, sauf quand la prescription au long cours de méprobamate ou de benzodiazépines assurait ce que l'on appelait un traitement de compensation, proche dans ses objectifs et ses effets d'un traitement de substitution avant la lettre. Les années 1980-90 ont apporté les "éthyl-addictolytiques" ou réducteurs d'appétence, avec l'acamprosate issu de la recherche française, puis des antagonistes des opiacés, telle la naltrexone. L'efficacité inconstante de cette dernière, associée aux recherches génétiques, conduit à identifier des sous-types d'alcoolisme et à ouvrir la voie à une approche médicale plus personnalisée. Avec les années 2000 et la meilleure connaissance des systèmes et processus neurobiologiques, de molécules nouvelles ou anciennes sont développées, qui visent l'appétence ou le *craving* perçus comme le facteur principal de réalcoolisations et de rechutes. En 2013, une nouvelle molécule (le nalméfène) a été approuvée pour la réduction de la consommation d'alcool.

Le modèle de l'abstinence : idéal et limites

L'abstinence immédiate, totale et définitive est ainsi devenue – au croisement de l'approche morale, du *twelve-step program* des Alcooliques anonymes (AA) et de la logique

simple du modèle médical, identifiant un agent pathogène et cherchant la guérison dans son élimination – à la fois un objectif, un modèle et un idéal promettant de satisfaire tant le patient, et son espoir de se voir débarrasser miraculeusement de son alcoolisme sans avoir à faire l'effort de changer, que son entourage, également en souffrance, et la société.

Mais l'idéal n'est pas de ce monde. Souvenons-nous de l'avertissement de Cocteau dans son livre *Opium* (6) paru en 1929 : *“Après la désintoxication. Le pire moment, le pire danger. La santé avec ce trou et une tristesse immense. Les docteurs vous confient loyalement au suicide”*. Et pour échapper au suicide, les “malades alcooliques” reboivent et rechutent. Une étude conduite à Nancy par Barrucand, publiée en 1983 dans les *Annales Médico-Psychologiques* (7), avait démontré la surmortalité des malades alcooliques devenus abstinents, notamment parmi ceux qui n'étaient pas suivis. L'étude multicentrique EVA pilotée de 1985 à 1988 par Favre et ses collaborateurs, pour évaluer le suivi de 1 043 patients hospitalisés pour sevrage, avait montré un important taux de perdus de vue, de l'ordre de 53 % à un an et 64 % à deux ans (8).

En vérité, même s'ils savent qu'il leur faut moins boire et même ne plus boire, la plupart des alcooliques ne sont pas prêts à une abstinence à vie. Ils sont dans l'ambivalence quant à vouloir s'arrêter ou non de boire. D'un côté, ils sont devenus en difficulté de par la souffrance vécue, les crises et dommages induits par leur consommation, ainsi que par la pression de l'entourage familial ou social et, de l'autre, ils ont aussi fait l'expérience de vécus positifs, l'alcool les a aidés à vivre ou du moins à tenir face aux difficultés. Ils gardent la croyance que l'alcool pourra encore les aider et que s'ils n'ont pas jusqu'à présent réussi à contrôler leur consommation, ils y parviendront plus tard et pourront “boire comme tout le monde”. Ils doutent en même temps que l'arrêt définitif soit la solution et, souvent, ils ont peur du sevrage et de son cortège de représentations aversives autour de la “cure”. Ils ont également beaucoup de difficultés à imaginer la vie sans boire, car boire soutient leur quotidien, leurs plaisirs, leurs relations. Rompre avec l'alcool leur apparaît comme une rupture avec ce qui a fait leur vie et, plus fondamentalement, comme une rupture avec soi. Ils nous disent leur souhait d'aller mieux sans rompre avec l'alcool et pense y parvenir en réduisant progressivement leur consommation. Bien des demandes de prescription de baclofène expriment ce souhait. L'efficacité et la sécurité du baclofène à forte dose dans cette indication font actuellement l'objet d'une évaluation dans des études cliniques randomisées en double aveugle.

Beaucoup de ceux qui s'engagent dans l'abstinence ressentent qu'elle n'est pas “confortable”, qu'il n'y trouve pas tout de suite l'équilibre promis. Certains disent le *craving*, le manque, la lutte obsédante de la volonté opposée à la compulsion et vivent une torture. Beaucoup d'autres font part du fait que depuis l'arrêt de l'alcool, ils n'ont pas d'activité ni de passe-temps, qu'ils ne rencontrent personne et n'ont plus de relations sociales de type amical (leurs amis étaient des “amis de boissons”) et éprouvent de la solitude. L'alcool était le support, le supplément qui leur permettait de vivre et d'investir la vie et le monde “comme tout le monde”. L'arrêt de l'alcool a entraîné l'arrêt de ces activités. Citons encore Cocteau : *“Certains organismes naissent pour devenir la proie des drogues. Ils exigent un correctif sans lequel ils ne peuvent prendre contact avec l'extérieur. Ils flottent. Ils végètent entre chiens et loups. Le monde reste fantôme avant qu'une substance lui donne corps”*.

L'abstinence exige de rompre avec tout ce qui a été vécu avec l'alcool comme viatique, ainsi qu'avec les normes sociales occidentales de l'alcoolisation dite “modérée” (9) qui supportaient un sentiment d'appartenance sociale et l'idéal d'“être comme tout le monde”, auquel tous les alcooliques aspirent et qui signale en creux leur insécurité interne. Alors, dit encore Cocteau : *“Je me suis donc réintoxiqué parce que les médecins qui désintoxiquent [...] ne cherchent pas à guérir les troubles premiers qui motivent l'intoxication, que je retrouvais mon déséquilibre nerveux et que je préférerais un équilibre artificiel à pas d'équilibre du tout”*.

D'ailleurs, l'abstinence et son maintien ne sauraient être considérés comme la guérison – *“Guérir un malade, dit alcoolique, est autre chose que lui donner la possibilité de ne boire que de l'eau”* rappelaient Fouquet et Ropert (4) – et ne sont pas la garantie d'un nouvel équilibre qui reste généralement à reconstruire, comme il arrive à ceux qui ont été confrontés ou ont vécu une catastrophe existentielle.

Il faut également considérer les besoins et l'attente des patients quand ils viennent consulter. Que demandent les patients ? L'abstinence que l'on attend d'eux ? Arrêter une consommation problématique et les ennuis qui en découlent ? Aller mieux et reboire “comme avant” et “comme tout le monde” quand ça allait bien ? Dans bien des cas, ils viennent quand ils sont au plus mal et pour solliciter une aide à la résolution des crises. Ils veulent de l'aide, mais pas pour longtemps, comme s'ils craignaient de s'engager dans un traitement et d'établir une alliance thérapeutique, témoignant ainsi d'un souci de leur indépendance. La dépendance à une substance – une puissance étrangère – est généralement le signe d'un idéal d'indépendance (10).

Cette demande d'aide ne s'accorde pas avec l'attente des soignants, préparés par leur fonction sinon leurs théories à proposer des interventions de plusieurs mois avec la conviction que c'est la durée du traitement qui compte dans l'amélioration du sujet.

Une autre limite du modèle d'abstinence est à constater sur le versant médical. L'abstinence est en effet soutenue et prescrite comme la solution unique et univoque à toute personne en difficulté avec l'alcool. Or, il faut constater que les personnes dont on parle en général sous la dénomination "les alcooliques" ou encore les "malades alcooliques" forment en réalité une population hétérogène. Les profils sont très variés du point de vue des modalités d'alcoolisation, dont le spectre va des conduites compulsives et épisodiques jusqu'aux graves états de dépendance avec troubles mentaux concomitants et inadaptation sociale, ils se distribuent sur un continuum de degrés de sévérité clinique et s'appuient sur des profils de vulnérabilités différents sur les plans de la constitution génétique (génotypes), de l'histoire personnelle et du profil psychologique, du parcours de vie et des trajectoires évolutives, des dommages déjà induits, du moment de recours aux soins, et également sur le plan des facteurs non cliniques (statut civil, statut d'emploi, réseau social...).

Il y a donc différentes formes cliniques d'alcoolodépendance avec différents degrés de sévérité de la dépendance, différentes formes évolutives avec différents degrés de gravité des dommages induits. Face à des situations et profils cliniques si différents, la question de la pertinence du modèle unique de l'abstinence totale et définitive doit donc se poser.

La "consommation contrôlée" ou réduction de consommation

Émergence de la stratégie de "consommation contrôlée" ou de réduction de la consommation

La question dite de la consommation contrôlée – formulation paradoxale puisque c'est la perte de contrôle qui définit la dépendance – ou plus exactement l'objectif de réduction de la consommation ne sont en fait pas récents (11). La Société française d'alcoologie avait déjà abordé la question lors de ses journées des 8 et 9 mars 2000 avec la présentation du programme québécois Alcochoix® et un éditorial documenté d'Aubin (12).

La question a émergé aux États-Unis dans les années 1970-80 sous la forme de la "grande controverse sur la consommation contrôlée", avec notamment un éditorial du JAMA en 1976 (13), puis un article de Stockwell en 1988 (14). Beaucoup de travaux ont été publiés depuis – dont la cohorte NESARC aux États-Unis (15) et celle de Gual et collaborateurs sur 20 ans en Catalogne (16), qui ont étudié les trajectoires avec et sans suivi médical – et ont montré l'absence de profil évolutif unique, la capacité de 10 à 25 % des patients à maintenir une consommation non problématique sur plusieurs années, également le poids des facteurs sociaux non cliniques, mais aussi la difficulté de savoir quels seront ceux qui parviendront à boire de façon réduite sinon maîtrisée. L'étude NESARC a montré qu'il y a deux types de rémission, avec ou sans abstinence, et qu'elles sont associées à trois ans à une amélioration à peu près équivalente de la qualité de vie pour les composantes psychologiques et à une meilleure amélioration de la composante physique pour les patients réducteurs de leur consommation (17, 18).

Aucune réponse formelle ne s'est dégagée sur la stratégie à recommander sinon le constat, fait également par bien des alcoologues, que certains patients réussissent à réduire leur consommation sans traitement, notamment à l'occasion d'événements de vie positifs, d'autres après un court suivi, d'autres encore au long d'un accompagnement. Ils connaissent aussi les patients abstinentes qui consomment de temps à autre sans rechuter ni compromettre leur qualité de vie. Une étude a montré à cinq ans que 49 % des patients (sur 4 500 environ) étaient perdus de vue, que 25 % étaient toujours dépendants, 18 % abstinentes et 18 % en consommation contrôlée (19).

Plusieurs recommandations officielles de pays étrangers et de *guidelines* élaborées par des sociétés savantes internationales (20-22) en sont venues à proposer des schémas de prise en charge diversifiés où, à côté de l'objectif d'abstinence qui demeure l'objectif central, des stratégies de réduction de la consommation sont envisagées. Ces stratégies s'intègrent aux approches de réduction des dommages et s'appuient sur le fait que lorsqu'un patient souhaite seulement réduire sa consommation, l'accepter peut être un moyen de le faire entrer dans des soins. Les recommandations australiennes se fondent sur des travaux montrant que le succès de la prise en charge est accru lorsque le patient fixe lui-même les objectifs autour d'un schéma de soin comprenant l'option à mettre en œuvre en cas d'échec de l'objectif initial (23).

Le débat aujourd'hui au niveau international n'est plus de savoir s'il faut intégrer ces stratégies de réduction de la consommation dans la prise en charge, mais de déterminer dans quelles situations et pour quels patients elles doivent être proposées ou mises en œuvre.

Intérêt de la stratégie de réduction de la consommation

La stratégie de réduction de la consommation partage avec l'abstinence plusieurs avantages : la réduction des dommages sanitaires et sociaux au plan individuel et, en termes collectifs, de santé publique.

En termes de santé publique

On observe d'une manière générale en Europe un nombre faible de patients pris en charge au regard de la prévalence de l'alcoolodépendance. En France, 8 % seulement des patients présentant un usage problématique sont soignés (24), parce que tous ne ressentent pas le besoin d'un traitement, mais aussi du fait des délais de rendez-vous et également parce que les faibles taux de succès des chimiothérapies et des psychothérapies ne soulèvent pas l'enthousiasme des patients, dont les promesses du baclofène montre qu'il existe.

La pratique clinique permet par ailleurs d'observer que des abstinentes présentent des alcoolisations intercurrentes sans rechuter pour autant. Elle invite à considérer la dépendance comme une maladie chronique et à adopter une démarche pragmatique et éducative avec le patient. Environ la moitié des patients préfèrent en première intention un objectif de réduction de la consommation (25). Le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) recommande en 2005 : *“L'objectif le plus sûr est l'abstinence et ce devrait être la recommandation habituelle. Il est meilleur de déterminer des objectifs individualisés avec le patient. Certains patients ne peuvent supporter l'abstinence comme un but, du moins au début. Si un patient dépendant accepte de réduire sa consommation significativement, c'est meilleur de l'engager sur ce but tout en continuant d'indiquer l'abstinence reste l'objectif optimal”* (20).

Cet objectif de réduction de la consommation est intéressant en termes de bénéfices individuels et collectifs. La méta-analyse réalisée par Rehm montre que réduire la consommation de 14 à 11 consommations diminue le risque de mortalité d'environ dix fois, autant que réduire de trois verres à zéro, et que diminuer la consommation au niveau des repères des experts de l'OMS (30 g/j) est

aussi efficace que l'abstinence (26). La réduction de la consommation est dans tous les cas un bénéfice, et réduire le plus est le mieux.

En termes de démarche individuelle

Beaucoup de patients attendent simplement d'aller mieux pour reboire “comme avant” et “comme tout le monde”, en pensant pouvoir et vouloir contrôler leur consommation pour ne pas retomber dans la dépendance nocive. Face à cette position, si elle est clairement énoncée et discutée, notamment en envisageant sa difficulté et l'éventualité de son échec, l'on peut proposer un accompagnement autour de l'objectif de réduire la consommation. Cette proposition peut donner au patient le sentiment d'être compris et de rester maître de sa décision, ce qui favorise son adhésion à la proposition de suivi et l'alliance thérapeutique. Le patient attend aussi des aides, tant pour ses difficultés personnelles, familiales et sociales, que pour mieux contrôler sa consommation et la réduire, ce qui appelle des aides éducatives, psychologiques et médicamenteuses.

L'objectif de réduction de la consommation, et particulièrement des consommations les plus importantes, s'intègre dans une stratégie de réduction des risques et des dommages. Suivant les cas, il peut s'agir soit d'une réduction durable de la consommation d'alcool, soit d'une étape vers l'abstinence complète. Laisser les sujets expérimenter la possibilité du contrôle de leur consommation permet de faciliter l'accès aux soins à des patients peu convaincus de leur capacité à obtenir une abstinence complète. Parvenir à réduire leur consommation augmente leur sentiment d'efficacité personnelle. À l'inverse, ceux qui échouent après avoir tenté cette expérience du contrôle adhèrent plus facilement dans un second temps à l'objectif d'abstinence. Cette stratégie permet une amélioration globale de la qualité de vie (27). La stratégie de réduction des risques va privilégier une clinique du lien pour établir une alliance thérapeutique forte, en respectant les choix propres du patient, pour soutenir le processus de changement, pour éclairer la compréhension de sa problématique d'usage, de ses rapports à lui-même et au monde avec et sans produits, de ses prises de risque liées aux consommations, et pour susciter le souci de lui-même et de sa santé.

Les guidelines

Les recommandations sur l'alcoolodépendance sont nombreuses aujourd'hui à envisager, à côté de l'abstinence qui reste l'objectif central de la prise en charge, des stratégies de réduction de la consommation.

Après celles du NIAAA en 2005, mises à jour en 2007 (20), l'European Medicines Agency (EMA) retient comme objectif intermédiaire la réduction de la consommation et des dommages, ainsi que de viser l'abstinence aussi vite que le patient est prêt (21). En 2011, le National Institute Health and Clinical Excellence (NICE) considère la réduction comme un but du traitement : *“Si un patient préfère un but de modération, le traitement ne doit pas être refusé”* (22). Des enquêtes indiquent que cet objectif de réduction est de plus en plus accepté (28-31), sauf aux États-Unis (32) où la médicalisation est moindre et l'abstinence prônée par les AA.

Conclusion

De nombreuses personnes dépendantes de l'alcool restent en dehors du système de soins car elles rejettent, craignent ou ne sont pas prêtes à l'idée d'abstinence et au projet de soin proposé par les dispositifs à seuil élevé. Ce faible accès aux soins et nombre de cas traités est dommageables en termes individuels et de santé publique. Offrir des approches thérapeutiques moins exigeantes, à seuil abaissé, constitue une option complémentaire utile pour permettre à un plus grand nombre de personnes en difficulté avec l'alcool de rechercher de l'aide auprès du système de soins.

Proposer comme but du traitement la réduction de la consommation est une façon de rencontrer les patients là où ils se trouvent, là où ils en sont pour les amener à réduire leurs dommages en réduisant leur consommation, et de travailler à partir de là en privilégiant une clinique du lien pour établir une alliance thérapeutique forte et viser secondairement l'abstinence. L'objectif de réduire la consommation est un pont vers l'abstinence.

La réduction de la consommation est bénéfique pour ceux qui s'y engagent ; elle est également un bénéfice en termes de santé publique. ■

Remerciements. – L'auteur remercie les Laboratoires Lundbeck et la société GreyHealthCare, Paris, pour son assistance éditoriale.

Conflits d'intérêt. – L'auteur déclare avoir participé au comité scientifique des Laboratoires Lundbeck et au comité scientifique de l'essai Alpadir des Laboratoires Éthypharm.

A. Rigaud

Prise en charge des maladies alcooliques. Quelle stratégie aujourd'hui ?

Alcoologie et Addictologie 2014 ; 36 (1) : 27-33

Références bibliographiques

- 1 - Rush B. Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains. Avec un compte rendu sur les moyens de les prévenir et les remèdes pour les soigner. Traduction : Levivier M, Gira E. *Psychotropes*. 2011 ; 17 : 179-212.
- 2 - Jacquet MM, Rigaud A. Émergence de la notion d'addiction : des approches psychanalytiques aux classifications psychiatriques. in : Le Poulichet S. Les addictions. Monographies de psychopathologie. Paris : PUF ; 2000. p. 11-79.
- 3 - Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Haven : Hillhouse Press ; 1960.
- 4 - Fouquet P, Ropert R. Thérapeutiques de l'alcoolisme et notion d'abstinence. *Ann Méd Psychol*. 1952 ; 110 (1-2) : 232-5.
- 5 - Fouquet P. Névroses alcooliques. *EMC Psychiatrie*. 1955 ; 2 : 37380-C10 et C20.
- 6 - Cocteau J. Opium. Journal d'une désintoxication. Paris : Stock ; 1930.
- 7 - Baille N, Paille F, Gillet C, Legras B, Patris A, Barrucand D. Contrôle de l'efficacité et du suivi du malade alcoolique : à propos de 430 patients avec un recul moyen de 37 mois. *Ann Méd Psychol*. 1983 ; 141 (6) : 682-97.
- 8 - Favre JD, Gillet C, Patris A. Apport épidémiologique d'une étude de suivi de malades alcoolodépendants. *Alcoologie*. 1989 ; 3 : 162-71.
- 9 - Noden L, Taleghani M, Rainaut J, François EM, Noden G. Les obstacles à l'abstinence. *Bulletin de la Société Française d'Alcoologie*. 1983 ; 4 : 46-8.
- 10 - Vera Ocampo E. L'envers de la toxicomanie. Un idéal d'indépendance. Paris : Denoël, L'espace analytique ; 1989.
- 11 - Rolland B, Bence C, Cottencin O. L'abstinence ? Oui... mais avec modération. *Le Courrier des addictions*. 2013 ; 15 (3) : 9-10.
- 12 - Aubin HJ. L'abstinence à tout prix ? *Alcoologie et Addictologie*. 2000 ; 4 : 279-80.
- 13 - Fox V. Editorial: the controlled drinking controversy. *JAMA*. 1976 ; 236 : 863.
- 14 - Stockwell T. Can severely dependent drinkers learn controlled-drinking? Summing up the debate. *Br J Addict*. 1988 ; 83 : 149-52.
- 15 - US Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. National epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). Bethesda : NIAAA ; 2006. <http://aspe.hhs.gov/hsp/06/catalog-ai-an-na/nesarc.htm>.
- 16 - Gual A, Lligoña A, Colom J. Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol Alcohol*. 1999 ; 34 (2) : 183-92.
- 17 - Dawson DA, Li TK, Chou SP, Grant BF. Transitions in and out of alcohol use disorders: their associations with conditional changes in quality of life over a 3-year follow-up interval. *Alcohol Alcohol*. 2009 ; 44 (1) : 84-92.
- 18 - Chick J. Clinical data supporting the benefit of a patient-centred approach in the treatment of alcohol dependence. Symposium Lundbeck ; 14^{ème} ESBRA ; 9 septembre 2013 ; Varsovie.
- 19 - Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*. 2005 ; 100 (3) : 281-92.
- 20 - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much. Clinician guideline. Bethesda : NIAAA ; 2005. Updated in 2007. <http://www.niaaa.nih.gov/>.
- 21 - European Medicines Agency. Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence. Londres : EMA ; 2010. http://www.ema.europa.eu/ema/pages/includes/document/open_document.jsp?webContentId=WC500074898.
- 22 - National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guidelines. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Londres : NICE ; 2011. [http://publications.nice.org.uk/alcohol-use-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-and-alcohol-cg115](http://publications.nice.org.uk/alcohol-use-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-and-alcohol-dependence-and-alcohol-cg115).
- 23 - National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra : NHMRC ; 2009. <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/ds10>.
- 24 - Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESE-MeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004 ; 420 : 47-54.
- 25 - Heather N, Adamson SJ, Raistrick D, Slegg GP, UKATT Research Team. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. *Alcohol Alcohol*. 2010 ; 45 (2) : 128-35.
- 26 - Rehm J. Treatment decreases mortality in alcohol dependent patients. EUFAS symposium ; 14^{ème} ESBRA ; 9 septembre 2013 ; Varsovie.
- 27 - Ladouceur R. Controlled gambling for pathological gamblers. *J Gamb Stud*. 2005 ; 21 (1) : 49-59.
- 28 - Donovan M, Heather N. Acceptability of the controlled-drinking goal among alcohol treatment agencies in New South Wales, Australia. *J Stud Alcohol*. 1997 ; 58 (3) : 253-6.
- 29 - Klingemann H, Rosenberg H. Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programmes. *Eur Addict Res*. 2009 ; 15 (3) : 121-7.
- 30 - Rosenberg H, Devine EG, Rothrock N. Acceptance of moderate drinking by alcoholism treatment services in Canada. *J Stud Alcohol*. 1996 ; 57 (5) : 559-62.
- 31 - Luquiers A, Reynaud M, Aubin HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol Alcohol*. 2011 ; 46 (5) : 586-91.
- 32 - Rosenberg H, Davis LA. Acceptance of moderate drinking by alcohol treatment services in the United States. *J Stud Alcohol*. 1994 ; 55 (2) : 167-72.