

FORMES D'ALCOOLISME ET EFFICACITÉ DE LA CURE DE DÉSINTOXICATION ALCOOLIQUE. CAS DES PATIENTS DU CENTRE D'ACCUEIL DE LA CROIX-BLEUE D'ABIDJAN

Dr KOUAKOU Osséi

Assistant au Département de Psychologie
Université de Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)

RESUME

L'étude examine l'efficacité de la cure de désintoxication alcoolique des patients du Centre d'Accueil de la Croix-Bleue d'Abidjan en fonction des formes d'alcoolisme.

Elle porte sur un échantillon de 84 malades alcooliques. Les entretiens cliniques, l'examen des dossiers médicaux et l'observation ont été utilisés pour mener les investigations. L'efficacité de la cure de désintoxication est mesurée par le nombre de rechutes.

Les résultats indiquent que les alcooliques réactionnels (AR) font plus de rechutes que leurs homologues alcooliques par habitude (AH). De façon plus précise, la durée de l'efficacité de la cure varie en fonction des formes d'alcoolisme : les patients AH font des rechutes plus fréquentes sur des périodes plus courtes que les patients AR. Par ailleurs, ceux qui suivent leur cure de désintoxication en interne connaissent plus de rechutes que ceux qui bénéficient du traitement ambulatoire.

Mots clés : Cure de désintoxication alcoolique, rechutes, alcoolique par habitude (AH) et alcoolique réactionnel (AR).

ABSTRACT

This study examines the effectiveness of the treatment for alcoholism of the patients of the reception centre of the Blue-Cross of Abidjan according to the forms of alcoholism.

A sample of 84 persons suffering from alcoholism has been investigated. The clinical conversations, examination of medical files and observation allowed us to conduct our investigation. The effectiveness of the treatment for alcoholism is judged by the number of relapses.

The results show that patients who have become alcoholic after a psychological shock (réactionnel alcoholic) relapse more than those who

have got an alcohol habit. However, the duration of the effectiveness of the treatment varies according to the forms of alcoholism: the alcoholics from habit relapse more frequently in a short time than the réactionnel alcoholics. Moreover, the inpatients suffer more relapses than patients who receive ambulatory treatment.

Key words : *Treatment for alcoholism, relapse, alcoholic from habit (AH), réactionnel alcoholic (RA).*

I.- POSITION DU PROBLEME

La consommation des boissons alcoolisées est une conduite d'origine lointaine dans l'histoire de l'humanité. Les hommes font usage de l'alcool pour divers motifs.

De nos jours, différentes boissons alcooliques participent aux rites religieux, notamment les baptêmes, les mariages (Adès et Lejoyeux, 2003 ; Angel, 1992 ; Brou, 1991; Douglas, 1987 ; Fouquet, 1990 ; Gache et Wenger, 2003 ; Rehfisch, 1987). L'alcool remplit ainsi des fonctions socioculturelles et ethno-anthropologiques. Ce type d'alcoolisation n'est pas souvent pathologique, dans la mesure où elle est réglementée par les normes sociales. Par contre, les motifs d'ordre personnel de consommation d'alcool (par plaisir ou en réaction à une tension psychologique) conduisent très souvent les consommateurs à la dépendance alcoolique.

En effet, la dépendance alcoolique se traduit par l'impossibilité, pour l'individu, de s'abstenir de consommer les boissons alcooliques. A cette phase de l'intoxication, l'alcoolique, privé d'alcool, ressent des signes physiques et psychiques d'un état de besoin : soif, sécheresse de la bouche, tremblement, anxiété, irritabilité, constituant un véritable syndrome de sevrage. Cet état de dépendance constitue une véritable perte de liberté vis-à-vis de l'alcool, et est généralement reconnue comme le critère essentiel de la maladie alcoolique. Un tel état psychologique a pour conséquence, la détérioration des rapports interpersonnels de l'alcoolique. Ainsi, l'on note chez l'alcoolique une désagrégation de la famille dont il a la charge, car il apparaît à son niveau des tendances égoïstes, avec diminution du sens moral et des responsabilités. Dans ces conditions, l'alcoolique manifeste une indifférence totale vis-à-vis des autres membres de la famille. En outre, l'alcoolique perd le sens de l'honneur de sorte qu'il tombe le plus souvent dans l'enfantillage. Il provoque souvent des scènes de ménage des suites de ses nombreuses

et fréquentes ivresses (Ey et al, 1974 ; Fabre-Vassas, 1989 ; Jacques, 2006 ; OMS, 2004 ; Rehm et al., 2003). Un tel individu, s'il est chef de famille, hypothèque dangereusement l'éducation des enfants.

Au regard de son indifférence affective vis-à-vis de tous ceux qui l'entourent, le sujet alcoolique est très souvent en conflit avec son milieu social. En effet, il est considéré, compte tenu de son comportement hors-norme, comme un marginal à qui l'on ne peut confier des responsabilités professionnelles ou sociales. L'alcoolique finit par perdre, par exemple son emploi, et par ricochet son statut social. Cette situation est d'autant plus irréversible que la dépendance alcoolique engendre, aussi des troubles affectifs, des troubles intellectuels, une baisse de l'attention, un déficit mnésique, une désorganisation spatio-temporelle. (Chignon, Cortes, Martin, et Chabannes, 1998 ; Fontaine, Vassault, et Nalpas, 1999 ; Paille, 2004 ; Pierucci-Lagha et Derouesne, 2003). Conséquemment, l'alcoolique finit par se déprécier et être dévalorisé par sa famille et son milieu social (Aubry, Gay, Romo et Joffre, 2004).

Dans la tentative de sortir l'alcoolique d'une situation, on le soumet à une cure de désintoxication susceptible de lui permettre de se réinsérer dans le tissu socioprofessionnel de son milieu d'appartenance. C'est la mission de la quasi-totalité des structures de soutien et de prise en charge des patients alcooliques, comme par exemple : la Croix-Bleue, la Croix d'Or et les Alcooliques Anonymes.

La Croix-Bleue, en tant que structure internationale existe en Côte d'Ivoire depuis 1930. Elle s'est dotée en 1973, d'un centre de cure de désintoxication alcoolique à Abidjan, dénommé « Centre d'Accueil de la Croix-Bleue », ce centre a pour objectifs de désintoxiquer, de rééduquer, de réinsérer sur le plan familial et social les dépendants alcooliques. Ainsi, chaque année, il reçoit de nombreux patients alcooliques dont certains, malheureusement, reviennent plusieurs fois encore pour bénéficier de la cure de désintoxication alcoolique ; c'est dire qu'après avoir suivi ou séjourné au centre pour une première cure de désintoxication alcoolique, ils connaissent des rechutes qui les y ramènent. On pourrait s'interroger utilement sur ces phénomènes de rechutes et les examiner dans une perspective différentielle d'autant plus qu'ils frappent différemment les patients désintoxiqués.

En effet, l'ensemble des alcooliques s'accorde à reconnaître que pour qu'une cure de désintoxication soit efficace, il est nécessaire de cerner au préalable les différentes caractéristiques psychologiques du sujet

alcoolique (Hoffman et Peyrot, 1996 ; Marshalle, 2000, Pelc, 2000) ainsi que la forme de sa pathologie, c'est-à-dire l'alcoolisme par habitude (AH) ou l'alcoolisme réactionnel (AR) (Besançon, 1993 ; Gomez, 1996 ; Kouakou, 2004). Il nous semble, à partir de l'observation des activités du personnel soignant et d'encadrement que la prise en compte de cette spécification de l'alcoolisme ne soit pas intégrée dans les interventions curatives. En d'autres termes et en l'état actuel de nos connaissances, les études ne nous indiquent pas la relation qui pourrait exister entre les formes d'alcoolisme et l'efficacité des cures de désintoxication alcoolique. Il importe donc de mener une étude dans ce sens. L'intérêt d'une telle étude est de fournir des éléments ou outils thérapeutiques à la fois globale et différenciée. Dans ce paradigme, les soignants des patients alcooliques disposeraient d'une base de données susceptibles de les aider à améliorer leurs approches thérapeutiques. L'objectif, est d'examiner l'ampleur des rechutes selon la forme d'alcoolisme. L'étude se fonde principalement sur l'hypothèse selon laquelle l'efficacité de la cure de désintoxication varie en fonction des formes d'alcoolismes des patients.

II.- METHODOLOGIE

Le Centre d'Accueil de la Croix-Bleue d'Abidjan est une structure de cure de désintoxication alcoolique fondée sur une approche médico-psychosocial. Ainsi, la prise en charge du patient alcoolique consiste, d'une part en un traitement chimio-thérapeutique, et d'autre part en un soutien psychologique en vue de lui permettre de se réinsérer socialement. Il existe au sein du centre deux régimes l'un interne et l'autre externe. Lorsque le patient est en régime interne, il est hospitalisé au sein du centre et reçoit un traitement médical et psychologique durant la durée de son hospitalisation. Selon l'évolution de la pathologie, le patient peut séjourner au centre en moyenne entre 12 jours à 1 mois. Le patient pris en charge au niveau externe, se rend régulièrement au centre pour recevoir son traitement médical et rencontrer l'équipe soignante pour le soutien psychologique : c'est le traitement ambulatoire.

Les patients alcooliques reçus au centre se présentent généralement sous deux catégories principales : les alcooliques par habitude (AH) et les alcooliques réactionnels (AR).

A.- Sujets

Les sujets sont tous des patients alcooliques qui ont suivi plus d'une cure de désintoxication alcoolique au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue de 2006 à 2008. Ce sont des patients qui ont connu une

ou deux rechute (s) au cours du traitement. Il s'agit des patients qui relèvent à la fois du régime interne et du régime ambulatoire. Nous n'avons pas pris en compte ceux qui ont plus de deux rechutes, ces cas étant très rares. Au cours de la période de l'étude, le centre a accueilli quatre vingt quatre (84) patients. Leur âge est compris entre 29 et 58 ans. En fonction du régime, l'on note que ceux qui ont suivi le traitement ambulatoire (externes) sont au nombre de 33 contre 51 qui ont bénéficié de l'hospitalisation (internes). Il importe de préciser que pour éviter des biais méthodologiques, nous n'avons retenu que ceux qui ont été enregistrés sous le même régime chaque fois qu'ils ont connu une rechute.

B.- Matériel de recherche

Les investigations sont effectuées par le biais des entretiens, de l'examen des dossiers médicaux et de l'observation.

1.- Entretien clinique

Nous avons travaillé à partir de l'entretien semi-directif, car ce type d'entretien permet au chercheur, tout en suggérant les questions au sujet, de lui laisser la possibilité d'évoquer ce qui le préoccupe. De cette manière, il est possible d'accéder à l'histoire personnelle du sujet et à sa pathologie. Ces entretiens cliniques se déroulent avec les malades eux-mêmes d'une part, et avec leurs parents qui les accompagnent au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue d'autre part. Nous associons les parents, parce que nous estimons que, vivant avec les sujets, ils pourraient disposer d'informations utiles et précises sur l'histoire de la maladie. Les entretiens nous ont donc permis d'apporter d'une part un soutien psychologique aux patients et d'autre part de déterminer la forme d'alcoolisme : la forme d'alcoolisme par habitude (AH) et la forme d'alcoolisme réactionnel (AR).

2.- Dossiers médicaux

Les dossiers médicaux contiennent des informations relatives au diagnostic médical arrêté par le médecin neuropsychiatre du centre. Ils contiennent également les résumés des entretiens effectués, soit par l'équipe médicale (infirmier, médecin), soit par l'assistant social et l'éducateur spécialisé. En somme, nous retenons que les dossiers médicaux nous renseignent de façon précise sur les différentes formes d'alcoolisme. Ils nous aident à conforter la catégorisation des alcooliques en fonction des deux formes d'alcoolisme.

3.- L'observation

Deux types d'observations sont possibles : l'observation occasionnelle qui se fait sans idées préconçues et l'observation organisée au cours de laquelle le chercheur s'intéresse expressément à certains comportements. Puisque nous visons à rapprocher les informations tirées de deux sources (entretiens et dossiers médicaux), nous avons fondé notre activité d'observation sur ces deux types.

III.- RÉSULTATS

Nous rappelons que l'étude cherche à vérifier l'idée selon laquelle les rechutes varient en fonction des formes d'alcoolisme. Secondairement, nous avons étudié d'autres relations concernant la pathologie alcoolique et les conditions de son traitement. C'est en fonction de ces relations que les résultats qui suivent sont présentés. Ils sont regroupés dans trois (03) tableaux.

Tableau 1 : Formes d'alcoolisme et rechutes

		Nombre de rechutes		Totaux
		I	II	
F o r m e s d'alcoolisme	AH	16	20	36
	AR	38	10	48
	Totaux	54	30	84

A un (1) degré de liberté $\chi^2 = 10,78 > \chi^2_{th} = 3,84$ au seuil de probabilité de 0,05. C'est dire qu'il y a une différence significative entre les formes d'alcoolismes et le nombre des rechutes. Les formes d'alcoolisme font donc varier le nombre des rechutes. Les alcooliques réactionnels font plus de rechutes que les alcooliques par habitude. Quel sens psychologique pouvons-nous donner à un tel état de fait ? L'alcoolique réactionnel se présente comme une personne qui est submergée par des problèmes existentiels. En effet, nous avons rencontré des alcooliques AR qui ont été conduits à l'alcoolisme à la suite soit d'un dysfonctionnement sexuel irréversible, soit d'un deuil (la perte d'un être cher), soit d'un licenciement (la perte d'un emploi). Ils se réfugient ainsi dans l'alcool pour dissiper illusoirement leurs soucis. Dans ces conditions, nous pensons qu'après la cure de désintoxication, malgré le soutien psychologique, s'ils ne retrouvent pas leur état psychique et ou leur statut social d'avant l'alcoolisme, ils présentent plus de risque

de rechute que les alcooliques par habitude.

Tableau 2 : Durée des rechutes et forme d'alcoolisme

		Formes d'alcoolisme		Totaux
		AH	AR	
Durée de la rechute	Moins de 5 ans	23	16	39
	Plus de 5ans	13	32	45
	Totaux	36	48	84

A un (1) degré de liberté $\chi^2 = 7,73 > \chi^2_{th} = 3,84$ au seuil de probabilité de 0,05. Nous pouvons donc dire qu'il existe une différence significative entre la durée des rechutes et les formes d'alcoolisme. Les données nous indiquent que les formes d'alcoolisme AH connaissent plus fréquemment des rechutes sur des périodes courtes contrairement aux alcooliques AR qui ont des rechutes à long terme. Les alcooliques AH, sont des sujets qui ont pris l'habitude de consommer exagérément de l'alcool jusqu'en devenir dépendant. De tels individus éprouvent du plaisir à consommer l'alcool généralement en compagnie d'amis de cabaret, de service, de quartier... Ils consomment rarement l'alcool en solitaire. Leurs problèmes se trouvent donc dans leurs milieux de vie. De plus, nous avons pu constater qu'ils sont très facilement influençables. Après leurs cures de désintoxication, s'ils retournent dans le même environnement, ils s'exposent à des rechutes fréquentes. A l'opposé, les AR étant donné que leur pathologie est survenue à la suite d'une frustration, ils semblent plus disposés à résister pendant longtemps dans l'espoir de trouver une solution à leurs problèmes. Mais à la suite de cette longue période si rien n'est fait dans le sens de rétablir leurs équilibres psychologiques, ils sombrent à nouveau dans la dépendance alcoolique.

Tableau 3 : Régime des patients et rechutes

		Nombre de rechutes		Totaux
		I	II	
Régime des patients	Interne	37	14	51
	Externe	17	16	33
	Totaux	54	30	84

A un (1) degré de liberté $\chi^2_{c=3,85} > \chi^2_{th=3,84}$ au seuil de probabilité de 0,05. C'est dire qu'il y a une différence significative entre le régime des patients et le nombre de rechutes. En d'autres termes, les patients internes tendent à faire plus de rechutes que les patients qui suivent un traitement ambulatoire. Une telle situation peut paraître paradoxale, car les patients hospitalisés, durant leur séjour reçoivent une attention particulière de la part de l'équipe soignante. Ils bénéficient d'un traitement très rapproché constitué d'entretien d'aide, de groupe et d'activités collectives. Ils devraient donc être disposés à réussir leur cure de désintoxication plus que les patients traités en externe. Les patients externes ne viennent au centre que pour recevoir leurs médicaments. C'est à cette occasion qu'ils bénéficient du soutien psychologique de l'équipe soignante à travers des conseils. Les patients externes ne quittent donc pas leur environnement socio-familial pour suivre le traitement. Dans ces conditions, ils mettent en œuvre des mécanismes de défenses assez forts pour résister à consommer à nouveau de l'alcool. Le fait de côtoyer le milieu alcoologène et continuer leur cure est une conduite très efficace pour mesurer leur degré de motivation à renoncer à consommer l'alcool. A l'opposé, les patients hospitalisés sont privés temporairement de l'environnement alcoologène. A leur sortie, lorsqu'ils se retrouvent face à l'alcool, ils ne disposent pas de force mentale nécessaire pour y renoncer.

DISCUSSION

L'étude nous a conduit à éprouver trois (03) hypothèses opérationnelles par le biais de la technique statistique qu'est le χ^2 . Il ressort de ce traitement statistique qu'elles sont toutes confirmées. C'est donc dire que globalement la relation que nous établissons entre l'efficacité de la cure de désintoxication et les formes d'alcoolisme se vérifie.

En effet, l'étude indique qu'il y a une différence significative entre les formes d'alcoolisme et le nombre des rechutes des patients alcooliques au cours de leur traitement. De façon précise, l'on retient que les patients AR font plus de rechutes que leurs pairs AH. Nous expliquions ce fait par la survivance de l'objet de frustration après la cure de désintoxication. D'autres auteurs, sans toutefois orienter leurs études dans le sens de nos préoccupations, ont pu montrer que plusieurs facteurs pourraient permettre de comprendre cet état de fait (Folly, Hautekeete, Graziani et Gibour, 2001 ; Hoffman et Peyrot,

1996 ; Hamdani et Gorwood, 1999 ; Marshall, 2000; Pelc, 1997). Il s'agit principalement des facteurs individuels, biologiques ou psychologiques et des déterminants environnementaux, familiaux ou communautaires. Autrement dit, selon ces études, la prévention des rechutes chez des patients nécessite une bonne identification de leurs problèmes afin d'apporter une réponse efficiente.

En ce qui concerne la relation entre la durée des rechutes et les formes d'alcoolisme, il apparaît que les rechutes des alcooliques AR surviennent sur des périodes relativement plus longues que celles des alcooliques AH. Une telle situation semble surprenante à priori. Mais à l'analyse, l'on doit comprendre que les deux formes d'alcoolisme ne se développent pas sur les mêmes personnalités. Les alcooliques AH peuvent être considérés comme des personnes qui sont guidées par le principe de plaisir. Dans ces conditions, elles sont enclines à rechercher la satisfaction immédiate de leur pulsion (Freud, 1990). Elles sont donc susceptibles de connaître plus tôt les rechutes. Par contre, les alcoolique AR en raison de la faiblesse de leur moi s'adonnent à l'alcool en réaction à une situation de frustration (Kouakou, 2004). De ce fait, ils sont susceptibles de résister aussi longtemps qu'ils seront épargnés de l'écueil. Ce sont donc les événements de la vie qui influencent la rechute ou non des alcooliques AR. Si après la désintoxication, les événements qui se succèdent lui sont favorables, alors il a des chances d'éviter la (re)alcoolisation sur une longue période.

En ce qui concerne l'impact des régimes des patients de la Croix-Bleue sur le nombre des rechutes, nous avons observé que les patients internes sont exposés à plus de rechutes que ceux qui suivent un traitement ambulatoire. Adès et Lejoyeux (2003, p. 104) corroborent ces résultats en ces termes « La prévalence de l'alcoolisme et autres addictions est, par ailleurs, plus élevée chez les malades déjà prises en charge et notamment chez ceux qui sont hospitalisés, qu'en population générale ». Cependant, nous jugeons ces résultats paradoxaux dans la mesure où les patients hospitalisés sont supposés bénéficier d'une attention particulière du personnel soignant. De ce fait, ils résisteraient mieux à des (re) alcoolisations. Mais, cela n'est pas le cas comme le montre notre étude. L'explication que nous avons donnée nous permet d'aller dans le même sens que Jacques (2006) et Van Den Brink & Haasen (2006) qui soutiennent que la motivation joue un rôle important dans la réussite d'une cure de désintoxication alcoolique.

Notre étude en s'intéressant aux rechutes des patients alcooliques,

nous permet d'examiner les techniques thérapeutiques utilisées au Centre d'Accueil de la Croix-Bleue. S'agit-il de l'approche dynamico-comportementale ou cognitivo-comportementale ou neuro-cognitive tel qu'évoqué par Pelc (2000) ? Les praticiens du centre utilisent-ils des antidépresseurs de type SSRI (Rossinfosse et al. 2000) ? En effet, selon ces auteurs, les antidépresseurs de type SSRI sont susceptibles de réduire considérablement l'envie de boire, le goût pour l'alcool. Par conséquent, ils réduisent la fréquence et la sévérité des rechutes. Il apparaît que les praticiens du centre n'utilisent exclusivement aucune de ces approches. Ils se fondent sur le principe selon lequel la désintoxication fait appel presque exclusivement à la volonté du patient. De ce fait, après avoir corrigé les déficits nutritionnels (carence alimentaire, carence en vitamine B1...) qui accompagnent l'alcoolisme, ils sensibilisent les patients sur les effets désagréables du syndrome du sevrage afin d'être prêts à les supporter. Le soutien psychologique se fait durant toute la période de la prise en charge et vise à renforcer la capacité de résistance des patients à la tentation de consommer à nouveau l'alcool. Malgré cela, l'on note des rechutes au sein des patients traités par le centre comme notre étude permet de le constater. Il s'agit ainsi des insuffisances du centre.

Cependant, l'étude de Hilaire (2001) nous amène à relativiser les conclusions. En effet, cet auteur soutient à travers son étude que les rechutes peuvent acquérir une vertu thérapeutique identifiable par la décision, s'étayant sur un désir et résultant d'un travail mental, de cesser les conduites d'alcoolisation. Mais, elle précise que cela n'est pas systématique, car la prise de conscience du processus de déclenchement de la rechute et l'action du thérapeute sont nécessaires.

En nous fondant sur cette étude de Hilaire (op. cit) nous sommes amené à nous demander quelle doit être l'attitude de l'alcoolologue à l'égard des rechutes des patients alcooliques. Les rechutes doivent-elles être considérées comme des indicateurs des limites des traitements proposés ou doivent-elles être encouragées pour espérer des guérisons définitives ultérieures ?

Les résultats auxquels nous sommes parvenu peuvent présenter des faiblesses à certains niveaux. En effet, nous sommes conscient que tous les malades alcooliques qui connaissent les rechutes ne se présentent pas pour suivre à nouveau des cures de désintoxication ; cela a contribué à réduire la taille de l'échantillon. De plus, la différenciation n'est pas souvent aussi nette entre les deux formes d'alcoolisme identifiées grâce

aux entretiens cliniques, les dossiers médicaux et l'observation. Il est donc possible que certains patients combinent ces deux formes. De ce fait, des biais ont pu s'introduire dans l'étude et ont pu influencer les résultats dans un sens ou dans l'autre. Il importe d'en tenir compte dans l'usage qu'on pourrait en faire.

CONCLUSION

L'étude a permis de relever que les patients alcooliques du Centre d'accueil de la Croix-Bleue sont sujets à plusieurs rechutes. Leur guérison n'est donc pas rectiligne et immédiate. Elle varie en fonction des formes d'alcoolisme et les régimes sous lesquels les cures de désintoxication sont faites. Les alcooliques par habitude (AH) font moins de rechutes que les alcooliques réactionnels (AR). Spécifiquement, nous retenons que la durée de l'efficacité de la cure de désintoxication varie aussi en fonction des formes d'alcoolisme. Par ailleurs, les patients hospitalisés sont enclins à faire plus de rechutes que les patients qui reçoivent les soins ambulatoires.

BIBLIOGRAPHIE

- Adès (J.), Lejoyeux (M.), *Alcoolisme et Psychiatrie. Données actuelles et perspectives*, Paris, Masson, collection : Médecine et psychothérapie, 2003.
- Aubry (C.), Gay (M.-C.), Romo (L.), Joffre (S.), « L'image de soi de l'alcoolodépendant à travers l'échelle Tennessee du concept de soi : Etude comparative entre hommes et femmes » in *L'Encéphale*, 30 (1, 2004), p. 24-32.
- Besançon (G.), *Manuel de psychopathologie*, Paris, Dunod, 1993.
- Chignon (J. M.), Cortes (M. J.), Martin (P.), Chabannes (J. P.), « Tentative de suicide et dépendance alcoolique : résultats d'une enquête épidémiologique » in *L'Encephale*, 24, (4, 1998), p. 347-354.
- Douglas (M.), *Constructive Drinking, Perspectives on Drink from Anthropology*, edited by M. D., Cambridge University Press et Paris, Maison des sciences de l'homme, 1987.
- Fabre-Vassas (Cl.). « L'énigme de la petite cafetière ou le café à l'ail » in *Cuisine, alimentation, manières de table dans le Sud-Ouest, XIX^e-XX^e siècles, Toulouse, Centre des cultures régionales*, (1983), p. 145-153.
- Fabre-Vassas (C.), « La boisson des ethnologues. Terrain » in *Revue d'ethnologie de l'Europe* (13, 1989).
- Folly (F.), Hautekeete (M.), Graziani (P.) et Gibour (B.), « Le modèle cognitivo-comportemental de l'alcoolodépendance. Elargissement dans une perspective familiale » in *Alcoologie et addictologie*, 23, (3, 2001), p. 419-427.
- Fontaine (H.), Vassault (A.) et Nalpas (B.) « Alcool et foie » in *Pathologie et biologie*, Paris, 47 (9, 1999), p. 945-957.

- Gache (P.), Wenger (O.), « La transmission familiale de l'alcoolisme : Mythe ou réalité ? » in *Hépatogastro*, Montrouge, 10 (5, 2003), p. 361-368.
- Gomez (H.), *La personne alcoolique*, Paris, Dunod, 1996.
- Hamdani (N.), Gorwood (P.) « Génétique et alcoolisme : intérêt pratique en clinique ? : Alcoolisme » in *Perspectives psychiatriques*, 38 (5, 1999), p. 346-352.
- Hilaire (N.), « Intérêt thérapeutique de la rechute » in *Alcoolologie et addictologie*, 23 (4, 2001), p. 533-538.
- Hoffman (F.), Peyrot (M.), « Alcohol and drug use and treatment » in *International Journal of sociology and social policy*, 16 (5-6, 1996), p. 131-155.
- Jacques (D.), « La prise en charge de l'alcoolisme » in *Journal de pharmacie de Belgique (J. pharm. Belg.)*, 61 (1, 2006), p. 30-36.
- Kouakou (O.), *Caractéristiques psychologiques, contextes socio-culturels et catégories professionnelles des patients du Centre d'Accueil de la Croix-Bleue souffrant de diverses formes d'alcoolisme*, Thèse de Doctorat de 3^{ème} cycle de psychologie, Côte d'Ivoire, Université de Cocody Abidjan, 2004, Inédit.
- Marshall (J.), « TCC et système britannique de traitement de la maladie alcoolique » in *Alcoolologie et addictologie*, 22 (4, 2000), p. 391-395.
- OMS, *Global status report on alcohol*, (Genève, 2004).
- Paille (F.), « Les principales complications somatiques de l'alcoolisation chronique (en dehors des complications hépatogastroentérologiques) » in *La lettre de l'hépatogastroentérologue*, 7 (2, 2004), p. 72-77.
- Pelc (I.), « Thérapie cognitivo-comportementale de l'alcoolisme : Evolution des concepts et des pratiques » in *Alcoolologie et addictologie*, 22 (4, 2000), p. 375-382.
- Pelc (I.), « Alcoolisme : Prévention des rechutes » in *Revue médicale de Bruxelles*, 18 (4, 1997), p. 272-276.
- Pierucci-Lagha (A.), et Derouesne (C.), « Alcool et vieillissement. 2. Démence alcoolique ou déficit cognitif alcoolique ? » in *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 1 (4, 2003), p. 237-249.
- Rehfish (F.), « Competitive Beer Drinking among the Mambila » in *Douglas* (1987), p. 135-145.
- Rehm (J.) et al., « The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease : an overview » in *Addiction*, 98, (2003), p. 1209-1228.
- Van Den Brink (W.) et Haasen (C.), « Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients » in *The Canadian journal of journal of psychiatry*, 51 (10, 2006), p. 635-645.

