

Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health.

[Le document qui suit est une traduction préparée par Alco-Rétab.](#)

Note : Les numéros ⁰⁰⁰ renvoient aux notes bibliographiques qui figurent à la fin du texte.

Note linguistique : Dans son rapport original, le Surgeon General utilise l'expression **Alcohol Use Disorder (AUD)**. Nous traduisons cette expression par **Troubles de la consommation d'alcool (TCA)**.

Chapitre 5 – LE RÉTABLISSMENT : LES MULTIPLES VOIES POUR ATTEINDRE LE BIEN-ÊTRE

Section – Le soutien au rétablissement - Pages 5-7 à 5-10

Même après 1 ou 2 ans de rétablissement, à la suite d'un traitement ou par une autre voie, cela peut encore prendre de 4 à 5 années supplémentaires avant que le risque de rechute tombe en dessous de 15%, qui constitue le niveau de risque que les individus en général ont de développer un TCA au cours de leur vie.²⁹ En conséquence, tout comme dans le cas des autres maladies chroniques, une personne ayant un TCA a souvent besoin d'un suivi médical régulier et d'avoir une gestion rigoureuse de son rétablissement afin de permettre une réintervention précoce dans le cas d'une rechute.^{10,32} Les services de soutien au rétablissement font référence à un ensemble de services facilement joignables, dans la communauté entourant la personne en rétablissement, qui peuvent lui fournir un soutien émotionnel et pratique pour la continuité de son rétablissement continu ainsi qu'une routine quotidienne et des alternatives gratifiantes à proposer pour éviter un retour à la consommation d'alcool ou de substances.

Tout comme le développement d'un TCA implique de profonds changements dans le cerveau, dans le comportement et dans le fonctionnement social de la personne atteinte^{38,39}, le processus de rétablissement implique également des changements dans ces domaines et dans bien d'autres. Ces changements sont généralement marqués et favorisés par l'acquisition de nouvelles ressources de vie plus saines, parfois appelées « Capital de rétablissement ». ^{14,40,41,42} Ces avantages qui découlent du rétablissement comprennent des éléments tangibles comme le logement, l'éducation, l'emploi et des ressources sociales, aussi bien qu'une amélioration de la santé et du bien-être en général. Les services de soutien au rétablissement ont été évalués afin de connaître leur efficacité et ils sont examinés dans les sections suivantes.

Les groupes d'entraide mutuelle

Les groupes d'entraide mutuelle, tels que les groupes basés sur les 12 étapes, constituent peut-être le type de services de soutien au rétablissement (SSR) le plus connu et ils partagent entre eux un certain nombre de caractéristiques. Les membres de ces groupes partagent un problème commun ou un statut, ils attachent de la valeur au savoir expérientiel - apprendre des expériences des autres est un élément central - et ils se concentrent sur des objectifs de changement personnel. Ces groupes sont des associations volontaires qui ne demandent aucun frais d'adhésion et qui sont dirigés par leurs propres membres.⁴³

Les groupes d'entraide axés sur la consommation d'alcool ou de substances diffèrent des autres types de SSR sur des points importants. Premièrement, ces groupes existent depuis plus longtemps, ayant été créés par des Autochtones d'Amérique au 18e siècle, après l'introduction de l'alcool en Amérique du Nord par les Européens.⁴⁴ Le groupe d'entraide le plus connu aujourd'hui, les Alcooliques Anonymes, a été fondé en 1935. D'autres SSR d'instauration plus récentes doivent encore faire l'objet d'études approfondies.⁴⁵ Deuxièmement, les groupes d'entraide mutuelle proposent des parcours spécifiques vers le rétablissement contrairement aux approches plus générales proposées par les autres SSR. Les groupes d'entraide mutuelle dédiés aux problèmes liés à l'alcool ont fait l'objet de nombreuses études mais cela n'est pas encore le cas pour ceux dédiés aux drogues illicites.

À titre d'exemple des différences d'approches, un membre expérimenté des AA aidera les nouveaux membres à connaître et à intégrer l'approche spécifique des AA en matière de rétablissement.

En revanche, les coachs de rétablissement offriront plutôt une variété d'options de services et de soutien au rétablissement, où les AA pourront être l'une parmi plusieurs ressources offertes. Troisièmement, les groupes d'entraide mutuelle ont leur propre écosystème autonome qui interagit avec mais qui demeure fondamentalement indépendant des autres services de santé et services sociaux. En revanche, les autres types de SSR font souvent partie des services de santé et des services sociaux officiels.

Sous-sous-section – Les groupes d'entraide mutuelle basés sur les 12 étapes

Les groupes d'entraide mutuelle tels que les AA, Women for Sobriety, SMART Recovery et bien d'autres sont les précurseurs historiques des SSR.^{33,46} La plupart des recherches sur les groupes d'entraide mutuelle ont été menées sur les AA, parce que les AA sont la forme d'aide la plus utilisée et la plus connue pour le problème de l'alcool aux États-Unis.⁴⁶ Les recherches sur les AA comprennent des examens systématiques de leur efficacité ainsi que des études contrôlées et randomisées portant sur des interventions orientées vers AA qui font activement le lien entre des personnes atteintes de TCA et des groupes d'entraide mutuelle.^{47,53} À cet égard, les recherches suggèrent que les services de traitement professionnels qui facilitent la participation dans AA et dans NA réduisent les coûts des soins de santé en diminuant les rechutes et la nécessité de fournir des traitements supplémentaires.^{54,55}

À partir des années 1950, l'approche des AA a été adoptée par les fondateurs de Narcotiques Anonymes qui l'ont adapté aux drogues illicites. Au cours des décennies suivantes, l'approche des AA a été adaptée pour aider les personnes dépendantes de plusieurs autres drogues (par ex., Cocaïnomanes Anonymes, Marijuana Anonyme, Crystal Meth Anonyme, etc.). Les Alcooliques Anonymes et les programmes dérivés ont deux composantes principales: une fraternité (réseau social) et un programme d'action en 12 étapes qui a été formulé à partir des expériences des membres AA en matière de rétablissement de Troubles de la consommation d'alcool sévères. Ces 12 étapes sont ordonnées selon une progression logique, en commençant par accepter qu'on ne puisse pas contrôler sa consommation d'alcool ou de substances, puis en s'abstenant définitivement de consommer des substances et en transformant sa vision spirituelle, son caractère et ses relations avec les autres.

Les membres des groupes d'entraide mutuelle en 12 étapes tendent à avoir des antécédents de TCA sévères et chroniques et ils participent à ces groupes pour appuyer leur rétablissement à long terme. Environ 50 % des adultes qui commencent à participer à un programme en 12 étapes après avoir participé à un programme de traitement y participent encore 3 ans plus tard.⁵⁶ Les taux de fréquentation en continu des personnes qui débutent leur rétablissement directement dans AA, sans traitement préalable, sont également élevés: 41,6 % de ceux qui commencent par assister à des réunions y assistent encore à 9 et à 16 ans plus tard.⁵⁷

Depuis que le « Institute of Medicine » a demandé, dans son rapport de 1990 intitulé « *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems* »⁵⁸, des recherches plus rigoureuses sur les effets et les mécanismes des Alcooliques Anonymes, celles-ci sont passées d'études corrélationnelles sans groupe témoin à des essais contrôlés randomisés soigneusement menés. Les plus rigoureux de ces essais cliniques ont comparé des traitements qui associent des patients à des groupes d'entraide en 12 étapes aux mêmes traitements sans lien avec AA. La plupart de ces études ont porté exclusivement sur les AA, mais certaines ont impliqué d'autres groupes d'entraide pour les TCA considérés comme des alternatives ou des suppléments aux AA.^{52,59,60} Un corpus de recherche considérable indique que les AA constituent une ressource de rétablissement efficace^{61,62,63,64,65}; et bien que les NA ont été moins étudiés que les AA, les données recueillies sur son efficacité sont prometteuses.⁴³

Les recherches portant sur les groupes d'entraide mutuelle en 12 étapes, en particulier ceux axés sur l'alcool, ont démontré que la participation à ces groupes favorise le rétablissement des personnes :

- En renforçant les réseaux sociaux qui les soutiennent;
- En accroissant leur capacité à faire face aux contextes sociaux risqués et aux émotions négatives;
- En augmentant leur motivation à se rétablir;
- En réduisant la dépression, le désir impérieux de substance et l'impulsivité; et
- En améliorant leur bien-être psychologique et spirituel.⁶⁶⁻⁶⁷⁻⁶⁸⁻⁶⁹

Ainsi, à l'exception peut-être de la spiritualité, bon nombre des mêmes mécanismes de changement de comportement qui sont censés fonctionner dans les services de traitements professionnels semblent également offrir des avantages importants en lien avec la participation dans AA.⁷⁰

Une force de la recherche menée sur les groupes d'entraide mutuelle en 12 étapes est qu'elle comprend de nombreuses études impliquant des personnes de diverses origines raciales, ainsi que des études exclusivement consacrées aux femmes.⁴⁵ Par exemple, des groupes d'Autochtones d'Amérique et d'Alaska ont adapté les principes et pratiques AA afin d'intégrer leur spiritualité et de permettre la présence de familles entières lors des réunions. Ces groupes ne limitent pas le temps de parole et ils intègrent leurs traditions culturelles et leurs langues.⁷¹ Une de ces variantes culturellement adaptées des AA⁷² comprend le texte « The Red Road to Wellbriety », une adaptation autochtone du texte de base des AA.¹⁸

De façon similaire, des adaptations des AA ont été faites par des immigrants Latinos qui incorporent des langues et des styles d'interaction propres aux pays d'origine des membres.^{73,74} Des chapitres (districts AA) axent aussi leurs services sur leurs participants Noirs ou Afro-américains ou gays et lesbiennes en adaptant également les réunions à un style qui correspond à la culture des participants.^{46,75} Cette adaptabilité culturelle, combinée au fait que les groupes en 12 étapes sont facilement disponibles, qu'ils sont gratuits et qu'il n'y a aucune démarche administrative à effectuer ni documentation à compléter en lien avec les compagnies d'assurance, contribue à expliquer pourquoi ces groupes attirent un public extrêmement diversifié.⁷⁶

Même si les groupes d'entraide mutuelle sont gérés par des pairs, les professionnels du traitement peuvent et doivent jouer un rôle important pour aider leurs patients à s'y engager et à y participer. Plusieurs essais cliniques ont démontré que plusieurs procédures cliniques différentes sont efficaces pour augmenter la participation aux groupes d'entraide mutuelle et pour augmenter les chances de rémission et de rétablissement prolongés. Les professionnels de la santé qui aident leurs patients à faire le lien avec des membres d'un groupe d'entraide mutuelle peuvent augmenter considérablement les chances de ces derniers à participer à ce groupe.^{50,52,59,77,78} En outre, plus les professionnels de la santé passent de temps à présenter, à expliquer, à discuter et à encourager la participation de leurs patients à ces groupes d'entraide mutuelle pendant la période où ils sont sous traitement, plus les patients sont susceptibles de s'y engager, de rester impliqués et d'en tirer profit.^{47,48,49,51,53,79,80,81}

Les réunions des groupes qui ne sont pas basés sur les 12 étapes sont beaucoup moins nombreuses que les réunions des groupes basés sur les 12 étapes.⁴³ Ceci souligne la nécessité qu'il y a de créer davantage de ces groupes destinés à ceux qui ne sont pas à l'aise avec l'approche des groupes basés sur les 12 étapes⁸², ainsi que la nécessité d'effectuer des études pour évaluer l'efficacité de ces groupes.

Références:

Chapitre 5

10. Kelly, J. F., & White, W. L. (2010). *Addiction recovery management: Theory, research and practice*. New York, NY: Springer Science & Business Media.

14. Kelly, J. F., & Hoepfner, B. (2015). A biaxial formulation of the recovery construct. *Addiction Research and Theory*, 23(1), 5-9. **Kelly 2014-5**
29. White, W. L. (2012). *Recovery/remission from substance use disorders: An analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868-2011*. Philadelphia, PA: Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services.
32. Dennis, M., & Scott, C. K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science and Clinical Practice*, 4(1), 45-55. **Dennis 2007**
33. White, W. L., Kelly, J. F., & Roth, J. D. (2012). New addiction-recovery support institutions: Mobilizing support beyond professional addiction treatment and recovery mutual aid. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 7(2-4), 297-317. **Kelly 2012-4**
38. Edwards, G. (1982). Cannabis and the question of dependence. Advisory Council on the Misuse of Drugs. Report of the Expert Group on the Effects of Cannabis Use. (pp. 34-49). London, UK: Home Office.
39. Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal Publishing Group*, 1(6017), 1058-1061. **Edwards 1076**
40. Granfield, R., & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York, NY: New York University Press.
41. Granfield, R., & Cloud, W. (2004). The elephant that no one sees: Natural recovery among middle-class addicts. In J. Inciardi & K. McElrath (Eds.), *The American drug scene: An anthology*. (4th ed.). Los Angeles, CA: H.W. Roxbury Publishing.
42. Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The assessment of recovery capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 187- 194. 43. Humphreys, K. (2004). *Circles of recovery: Self-help organizations for addictions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
44. Coyhis, D., & White, W. L. (2002a). Alcohol problems in Native America: Changing paradigms and clinical practices. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 20(3-4), 157-165.
45. Laudet, A. B., & Humphreys, K. (2013). Promoting recovery in an evolving policy context: What do we know and what do we need to know about recovery support services? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(1), 126-133. **Humphreys 2013-2**
46. Humphreys, K. (2004). Tale telling in an alcohol mutual help organization. *New Directions in Alcohol Studies*, 29, 33-44.
47. Allen, J. P., Mattson, M. E., Miller, W. R., Tonigan, J. S., Connors, G. J., Rychtarik, R. G., . . . Litt, M. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29. **Project MATCH 1997**
48. Kaskutas, L. A., Ye, Y., Greenfield, T. K., Witbrodt, J., & Bond, J. (2008). Epidemiology of Alcoholics Anonymous participation. In M. Galanter & L. A. Kaskutas (Eds.), *Recent developments in alcoholism: Research on Alcoholics Anonymous and spiritual aspects in addiction recovery*. (Vol. 18, pp. 261-282). New York, NY: Springer. **Kaskutas 2008-1**
49. Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. (2007). Changing network support for drinking: Initial findings from the network support project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 542-555.
50. Timko, C., & DeBenedetti, A. (2007). A randomized controlled trial of intensive referral to 12- step self-help groups: One-year outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 90(2), 270-279. **Timko 2007**
51. Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2009). Changing network support for drinking: Network support project 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 229-242. **Litt 2009**
52. Timko, C., DeBenedetti, A., & Billow, R. (2006). Intensive referral to 12-Step self-help groups and 6-month substance use disorder outcomes. *Addiction*, 101(5), 678-688.
53. Walitzer, K. S., Dermen, K. H., & Barrick, C. (2009). Facilitating involvement in Alcoholics Anonymous during out-patient treatment: A randomized clinical trial. *Addiction*, 104(3), 391-401. **Walitzer 2009**
54. Humphreys, K., & Moos, R. (2001). Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health care? A quasi-experimental study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(5), 711-716.

55. [Humphreys, K., & Moos, R. H. \(2007\). Encouraging posttreatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: Two-year clinical and utilization outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31\(1\), 64-68. **Humphreys 2007**](#)
56. [Kelly, J. F., Stout, R., Zywiak, W., & Schneider, R. \(2006\). A 3-year study of addiction mutual- help group participation following intensive outpatient treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30\(8\), 1381-1392.](#)
57. [Moos, R. H., & Moos, B. S. \(2005\). Paths of entry into Alcoholics Anonymous: Consequences for participation and remission. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29\(10\), 1858-1868. **Moos 2005**](#)
58. [Institute of Medicine Division of Mental Health and Behavioral Medicine. \(1990\). Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington, DC: National Academy of Sciences. **Ins Med 1990**](#)
59. [Donovan, D. M., Daley, D. C., Brigham, G. S., Hodgkins, C. C., Perl, H. I., Garrett, S., . . . Zammarelli, L. \(2013\). Stimulant abuser groups to engage in 12-step \(STAGE-12\): A multisite trial in the NIDA clinical trials network. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44\(1\), 103-114.](#)
60. [Weiss, R. D., Griffin, M. L., Gallop, R. J., Najavits, L. M., Frank, A., Crits-Christoph, P., . . . Luborsky, L. \(2005\). The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 77\(2\), 177-184.](#)
61. [Emrick, C. D., Tonigan, J. S., Montgomery, H., & Little, L. \(1993\). Alcoholics Anonymous: What is currently known? In B. McCrady & W. Miller \(Eds.\), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*. \(pp. 41-77\). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.](#)
62. [Kelly, J. F., & Yeterian, J. D. \(2008\). Mutual-help groups. In W. O'Donohue & J. R. Cunningham \(Eds.\), *Evidence-based adjunctive treatments*. \(pp. 61-106\). New York, NY: Elsevier. **Kelly 2008-3**](#)
63. [Humphreys, K., Blodgett, J. C., & Wagner, T. H. \(2014\). Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias: An instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38\(11\), 2688-2694. **Humphreys 2014-1**](#)
64. [Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. \(2006\). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3\(3\). **Cochrane 2009**](#)
65. [Kaskutas, L. A. \(2009\). Alcoholics Anonymous effectiveness: Faith meets science. *Journal of Addictive Diseases*, 28\(2\), 145-157. **Kaskutas 2009-3**](#)
66. [Kelly, J. F., Hoepfner, B., Stout, R. L., & Pagano, M. \(2012\). Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous: A multiple mediator analysis. *Addiction*, 107\(2\), 289-299. **Kelly 2012-1**](#)
67. [Morgenstern, J., Labouvie, E., McCrady, B. S., Kahler, C. W., & Frey, R. M. \(1997\). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65\(5\), 768-777. **Morgenstern 1997**](#)
68. [Kelly, J. F., & Yeterian, J. D. \(2013\). Mutual-help groups for alcohol and other substance use disorders. In B. S. McCrady & E. E. Epstein \(Eds.\), *Addictions: A comprehensive guidebook*. \(2nd ed.\). New York, NY: Oxford University Press.](#)
69. [Christo, G., & Franey, C. \(1995\). Drug users' spiritual beliefs, locus of control and the disease concept in relation to Narcotics Anonymous attendance and six-month outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 38\(1\), 51-56.](#)
70. [Kelly, J. F., Magill, M., & Stout, R. L. \(2009\). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory*, 17\(3\), 236-259. **Kelly 2009**](#)
71. [Jilek-Aall, L. \(1981\). Acculturation, alcoholism and Indian-style Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol* \(Suppl 9\), 143-158.](#)
73. [Garcia, A., Anderson, B., & Humphreys, K. \(2015\). Fourth and fifth step groups: A new and growing self-help organization for underserved Latinos with substance use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 33\(2\), 235-243.](#)
74. [Hoffman, F. \(1994\). Cultural adaptations of Alcoholics Anonymous to serve Hispanic populations. *International Journal of the Addictions*, 29\(4\), 445-460.](#)

[75. Hudson, H. L. \(1985\). How and why Alcoholics Anonymous works for Blacks. Alcoholism Treatment Quarterly, 2\(3-4\), 11-30.](#)

76. McCrady, B. S., & Miller, W. R. (Eds.). (1993). Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

[77. Sisson, R. W., & Mallams, J. H. \(1981\). The use of systematic encouragement and community access procedures to increase attendance at Alcoholic Anonymous and AI-Anon meetings. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 8\(3\), 371-376.](#)

[78. Manning, V., Best, D., Faulkner, N., Titherington, E., Morinan, A., Keaney, F., . . . Strang, J. \(2012\). Does active referral by a doctor or 12-Step peer improve 12-Step meeting attendance? Results from a pilot randomised control trial. Drug and Alcohol Dependence, 126\(1\), 131-137. FINDINGS 2012](#)

[79. Donovan, D. M., Ingalsbe, M. H., Benbow, J., & Daley, D. C. \(2013\). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: An overview. Social Work in Public Health, 28\(3-4\), 313-332. Donovan 2013](#)

[80. Kelly, J. F., & Moos, R. \(2003\). Dropout from 12-step self-help groups: Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences. Journal of Substance Abuse Treatment, 24\(3\), 241-250. Kelly 2003](#)

[81. Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., . . . Beck, A. T. \(1999\). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Archives of General Psychiatry, 56\(6\), 493-502.](#)

[82. Kelly, J. F., & White, W. L. \(2012\). Broadening the base of addiction mutual-help organizations. Journal of Groups in Addiction & Recovery, 7\(2-4\), 82-101. Kelly 2012-3](#)