

Dr Eva Sekera*, Mme Daniela Danis*, Dr Pascal Gache**, Dr Georges Gabris*

* Clinique la Métairie, Avenue Bois-Bougy, CH-1260 Nyon. E-mail : esekera@lametairie.ch

** Unité d'alcoologie, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

Reçu décembre 2001, accepté octobre 2002

Aider les proches pour motiver les malades alcooliques à se soigner

Résumé

Environ 80 % des malades alcoolodépendants continuent leur consommation sans demander d'aide. La décision de se traiter vient souvent tardivement, quand les répercussions sur la santé et la vie sociale se sont installées. Motiver ces malades à une demande de soins plus précoce est difficile car ils sont généralement dans le déni ou l'ambivalence à l'égard d'un changement. Aider les proches de ces patients se révèle souvent utile, car ils peuvent influencer le comportement de ceux-ci et les encourager à initier une demande de soins. Une nouvelle approche issue des techniques cognitivo-comportementales faisant appel au renforcement positif dans le système familial (en anglais : *Community reinforcement and family training* ou CRAFT) se révèle une méthode efficace pour ce type de prise en charge. Nous avons mis en pratique cette méthode avec nos patients ambulatoires et présentons notre expérience.

Mots-clés

Alcoolodépendance – Motivation – Codépendance – Techniques cognitivo-comportementales – Qualité de vie.

Selon Snow et Prochaska, 80 % des malades alcoolodépendants continuent leur consommation sans demander d'aide (1). La décision de se soigner vient souvent tardivement alors que les répercussions sur la santé et la vie sociale se sont déjà installées. Les établissements médico-sociaux ne sont donc sollicités que par un cinquième des malades alcooliques, les autres n'en bénéficient pas, hormis dans les situations d'urgence. Ce sont les proches de ces malades, qui viennent alors demander "que peuvent-ils encore faire ?" pour celui ou celle qui s'alcoolise. On leur répond le plus souvent que la prise en charge ne peut se faire sans que le malade y participe. La demande du

Summary

Involvement of family and friends to motivate alcoholic patients: clinical experiences

About 80 % of alcohol-dependent patients continue their consumption without seeking help. The decision to seek treatment is often taken late in the course of the problem, when repercussions on health and social life have already occurred. It is often difficult to motivate these patients to seek treatment earlier because these patients are often in a situation of denial or ambivalence with regard to change. It is often useful to help the family and friends of these patients, because they can influence the patient's behaviour and encourage him/her to initiate a demand for care. A new approach derived from cognitive and behavioural techniques, involving community reinforcement and family training (CRAFT) appears to be an effective method for this type of management. We have applied this method in our outpatients and report our experience.

Key words

Alcohol dependence – Motivation – Co-dependence – Cognitive and behavioural therapy – Quality of life.

proche peut venir également d'une façon indirecte quand, épuisés par les échecs et piégés par les mécanismes relationnels de codépendance, ils "tombent malade" (2). Souvent, ils présentent une symptomatologie anxio-dépressive, des troubles psychosomatiques, voire une maladie aggravée par la situation de détresse psychologique et d'isolement dans laquelle ils se trouvent.

Historiquement, la situation des proches a été abordée par les soignants de différentes façons. Les premiers mouvements d'entraide qui se sont développés en France et en Suisse ont toujours

accueilli les proches en même temps que les malades, mais ils appliquaient aussi l'idée que seul le malade doit décider quand il veut se soigner. Dans ces associations, les membres soutenaient les proches qui vivaient avec un malade non encore soigné.

Dans les années 1960, les proches se regroupent dans le mouvement d'entraide Al-Anon, partant du principe qu'ils ne peuvent pas changer l'attitude de l'alcoolique mais peuvent briser leur codépendance à travers un programme spécifique adapté des 12 étapes (3). Une autre approche se développe en parallèle aux États-Unis, celle de Johnson, créant une confrontation directe de l'alcoolique avec son entourage afin qu'il entre en traitement à l'issue de cette confrontation (4). Vingt ans après, les travaux de Sisson et Azrin contribuent au changement de l'opinion des soignants en démontrant qu'un proche pris en charge d'une manière unilatérale peut induire un changement de comportement chez le malade alcoolique et favoriser son entrée en traitement (5). Le suivi se poursuit alors conjointement avec le malade alcoolique et son proche, dans le cadre de techniques cognitivo-comportementales (6). C'est ainsi que se construit progressivement une nouvelle approche appelée "renforcement positif dans le système familial" (en anglais : *community reinforcement and family training* ou CRAFT) (7).

Renforcement positif dans le système familial (CRAFT)

Cette nouvelle approche qui se fonde sur des concepts cognitivo-comportementaux fait l'hypothèse que le proche peut motiver l'alcoolodépendant ambivalent à initier un changement (8). L'intervenant formé à cette technique suit dans un premier temps le proche seul ; 12 séances en six mois sont d'habitude préconisées (phase 1). En cas d'entrée du malade d'alcool en traitement, celui-ci se poursuit avec le malade et son proche sur le long terme (phase 2).

Phase 1

Principes travaillés avec le proche lors de cette phase 1 :

- Favoriser chez le dépendant la prise de conscience des conséquences négatives de son alcoolisme et des bénéfices potentiels du traitement ; dans ce sens, le proche apprend à ne pas réitérer des attitudes de "surprotection" et à ne se limiter qu'à écarter le danger vital en demandant une aide extérieure si nécessaire (médecin, ambulance...). Pour le reste, le malade se devra d'assumer les conséquences de ses alcoolisations.
- Repérer des situations répétitives dans le couple qui finissent par des réalcoolisations et rechercher des solutions alternatives à ces situations, favorisant la sobriété. Planifier des activités qui vont interférer avec les périodes d'alcoolisation.
- Maîtriser les bases d'une communication constructive en utilisant les stratégies de résolution des problèmes, sans monter en symétrie ou accuser l'autre.

- Encourager le malade au traitement, tout en se montrant confiant en ses capacités de réussite et en le soutenant dès qu'il a commencé son traitement.

Les changements chez le proche devraient ainsi favoriser les changements chez l'alcoolique (*windows of opportunities*), initiant ainsi la phase 2 (9).

Phase 2

Principes travaillés avec le malade et son proche lors de la phase 2 :

- Assurer une réponse rapide des soignants à toute situation de demande d'aide de la part du patient.
- Renforcer la motivation personnelle et fixer des objectifs réalistes et adaptés à la situation individuelle.
- Initier une atmosphère de confiance entre le malade et le proche. Le proche valorise toute démarche de sobriété. Des éventuelles réalcoolisations ne sont discutées qu'en présence du thérapeute.
- Apprendre à résumer régulièrement ce qui est positif dans le couple, en relation avec la sobriété ; il s'agit du renforcement positif, un point fort du CRAFT.

Ainsi, Miller a comparé dans une étude contrôlée randomisée cette intervention CRAFT à deux interventions traditionnelles, celle dite de Johnson et celle impliquant une participation aux Al-Anon (10). Les proches ont été recrutés par les médias locaux. L'équipe formée aux trois interventions a suivi ces proches après leur randomisation pendant une période de six mois. Le critère de jugement était la comptabilisation d'une démarche de soins initiée par les malades alcooliques pendant cette période de suivi. L'intérêt principal de cette étude était de savoir quelle était l'intervention qui permettrait de motiver le plus grand nombre de malades alcooliques (de ces proches en suivi) à demander de l'aide. La méthode CRAFT s'est montrée la plus efficace avec 64 % de patients qui ont fait une demande d'aide, contre 30 % avec la méthode de Johnson et 13 % avec Al-Anon. Les trois interventions ont apporté aux proches la satisfaction de pouvoir faire quelque chose d'utile et 94 % ont accompli le suivi.

Notre observation clinique pour illustrer la méthode CRAFT

Inspirées par les études citées et s'appuyant sur leurs expériences de longue date avec l'intégration des proches dans la prise en charge des malades alcooliques, nos équipes ont mis en pratique une possibilité de suivi ambulatoire des proches des malades qui sont en phase de déni de leur problème d'alcool (11). Certains proches sont repérés parmi les patient(e)s hospitalisé(e)s dans l'unité de psychiatrie pour un trouble psychique. L'évolution est souvent favorable en milieu hospitalier, mais, au retour à domicile, le trouble a tendance à réapparaître si rien ne change pour

le proche. C'est à ce moment que la méthode CRAFT est proposée et en voici un exemple.

Il s'agit d'une patiente de 44 ans, hospitalisée dans notre unité psychiatrique en raison d'un état anxio-dépressif avec des idées noires et une somatisation sous forme de nausées. L'anamnèse montre que cette femme a cessé son activité professionnelle après son mariage pour rester au foyer. Ce qui frappe lors de l'entretien, c'est une anxiété importante accompagnée d'un sentiment de dévalorisation. La patiente se sent moins performante que son époux et n'arrive pas à assumer l'éducation de leur fils qui rencontre des difficultés scolaires. L'évolution est rapidement favorable dans le cadre hospitalier mais, au moment où l'on propose à la patiente un retour à domicile, l'anxiété réapparaît. C'est à ce moment qu'elle nous confie avec réticence que son époux s'alcoolise depuis le début de leur relation. Elle se montre peu critique vis-à-vis de ces alcoolisations et se demande même si son époux n'a pas augmenté sa consommation à cause d'elle. Craignant en permanence un accident, elle vérifie qu'il ne prenne pas sa voiture lorsqu'il est alcoolisé ; ce contrôle est mal vécu par l'époux et leur relation se dégrade continuellement. Ce fonctionnement de codépendance est à l'origine de la réapparition de l'anxiété de la patiente lorsqu'on évoque son retour à domicile. Afin de faciliter celui-ci, nous lui proposons un suivi ambulatoire selon les principes de la méthode CRAFT.

La phase 1 permet à cette patiente de comprendre que l'alcoolisme de son époux est une maladie dont elle ne porte pas la responsabilité et qu'elle pourra mieux l'aider si elle change son propre comportement. L'anamnèse permet d'objectiver au sein du couple les situations répétitives et conflictuelles en lien avec les alcoolisations du mari. Malheureusement, notre patiente n'a jamais exprimé devant son époux le changement de comportement de celui-ci sous l'effet de l'alcool. Aussi, le mari ne comprend pas qu'elle essaie sans cesse de le contrôler afin de prévenir une prochaine alcoolisation. Ces attitudes de l'épouse qui tente de se libérer de son anxiété et de sa culpabilité sont la plupart du temps inadéquates et vont aggraver le conflit conjugal et renforcer les alcoolisations du mari. Nous encourageons alors notre patiente dire à son époux qu'elle se sent anxieuse dans leur relation et à partager avec lui le pourquoi. Son époux se montre finalement assez préoccupé par l'état de sa femme et il accepte de se rendre à la consultation qui se poursuivra en couple à partir de ce moment ; il s'agit de la phase 2.

Les alcoolisations sont évoquées sans qu'aucun jugement ne soit porté. L'époux admet que son médecin lui a déjà conseillé une diminution de l'alcool en raison d'une hypertension artérielle. Il nous permet de faire une évaluation. Le questionnaire standardisé que nous utilisons dans ce but (*Alcohol use disorders identification test*) est en faveur d'une alcoolodépendance (12) ; le marqueur CDT est à 6,0 % (norme < 3 %). Quand cet époux prend conscience que sa consommation crée une anxiété chez son épouse, il entreprend une démarche d'abstinence. Après neuf mois de suivi de ce couple, nous n'avons pas objectivé de réalcoolisations chez

l'époux dont la CDT s'est par ailleurs normalisée à 2,3 %. Notre patiente a repris son activité professionnelle. Le couple retrouve une meilleure harmonie et leur fils s'implique mieux à l'école.

Conclusion

En tenant compte des résultats des études citées et en se basant sur notre propre expérience clinique, nous concluons que :

- les proches peuvent aider les alcoolodépendants indécis à prendre la décision de se soigner ;
- l'attitude du proche est un élément-clé pour la motivation du malade alcoolique ;
- la méthode cognitivo-comportementale du renforcement positif dans le système familial (CRAFT) semble être efficace pour une intervention auprès des proches qui souhaitent aider celui ou celle de leur entourage qui est devenu alcoolodépendant. ■

E. Sekera, D. Danis, P. Gache, G. Gabris

Aider les proches pour motiver les malades alcooliques à se soigner

Alcoolologie et Addictologie 2003 ; 25 (1) : 47-49

Références bibliographiques

- 1 - Snow MG, Prochaska JO, Rossi JS. Stages of change for smoking cessation among former problem drinkers: a cross-sectional analysis. *Journal of Substance Abuse* 1992 ; 4 : 107-116.
- 2 - Danis D. Codépendance en miroir. La problématique de l'entourage des personnes dépendantes. *Der informierte Arzt/Gazette Médicale* 1998 ; 16 : 766-768.
- 3 - Al-Anon Family Groups. Al-Anon faces alcoholism. New York : Al-Anon, 1984.
- 4 - Johnson VE. Intervention: how to help those who don't help. Minneapolis (MN) : Johnson Institute, 1986.
- 5 - Sisson RW, Azrin NH. Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry* 1986 ; 17 (1) : 15-21.
- 6 - O'Farell TJ, Fals-Stewart W. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000 ; 18 : 51-54.
- 7 - Kirby KC, Marlowe DB, Festinger DS, Garvey KA, La Monaca V. Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: a unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 1999 ; 56 : 85-96.
- 8 - Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS. Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of substance abuse* 1999 ; 3 : 291-308.
- 9 - Marlowe DB, Kirby KC, Bonjeskie LM, Glass DJ, Dodds Husband SD, Platt JJ, Festinger DS. Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 1996 ; 42 : 77-84.
- 10 - Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999 ; 67 (5) : 688-697.
- 11 - D'Epagnier C, Udry C. Traitement de malades dépendants selon le modèle de Minnesota dans une clinique psychiatrique suisse. *Alcoolologie et Addictologie* 2000 ; 22 (3) : 239-246.
- 12 - Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Addiction* 1993 ; 88 : 791-804.