

Impliquer les proches dans le traitement des addictions : aspects transversaux

O. Simon
D. Zullino

P. Sanchez-Mazas

Mots-clés :

- systémique
- psycho-éducation
- communautaire
- addiction

Involving the family in the treatment of addictions : cross-sectional aspects

Systemic approaches and family therapies offer an important framework for the implication of significant others to the therapeutic process in addiction medicine. Other valuable concepts are also becoming available to improve the network of relatives, partners, or friends to become a resource and to promote self-help and self-change through community activities. In order to enhance family participation as soon as possible, psychoeducation and motivational interviewing provide useful tools. It remains important for therapists not only to respond to current patient explicit demands, but also to develop preventive actions.
Med Hyg 2004 ; 62 : 1794-9

Les approches systémiques et les thérapies familiales représentent aujourd'hui un cadre théorique de choix pour l'abord des problématiques d'addiction, largement utilisé par la plupart des intervenants. D'autres modèles sont actuellement développés mettant en exergue le partenariat soignant-soigné, la prise en considération de l'entourage en tant que ressource et la promotion de l'auto-sup-

port au travers d'actions de type communautaire. Pour dépasser les réticences à joindre les proches aux prises en charge le plus tôt possible, les approches motivationnelles et psycho-éducatives fournissent des outils appropriés. Il importe de se situer non seulement en tant que thérapeute répondant à des demandes explicites, mais aussi en tant qu'acteur à part entière de la prévention.

Soins adaptés aux modèles ou modèles adaptés aux soins ?

Rien n'est plus déconcertant que de se pencher sur les innombrables conceptualisations des processus addictifs, et les approches qui en découlent. Dans une récente revue à ce sujet,^{1,2} il en était cité pas moins de 140. En se limitant à celles impliquant la dimension de l'interaction avec l'entourage, il en restait une bonne vingtaine... Sans que l'énumération se prétende exhaustive. Approches dites «systémiques» pour les uns, «motivationnelles», «cognitivo-comportementales», «psycho-éducatives», ou encore «communautaires», pour les autres, pour ne citer que quelques têtes de chapitre très génériques.

Différentes hypothèses pour différentes approches

Comment systématiser les différentes conceptions des relations qui s'instaurent entre un sujet présentant un comportement addictif et ses proches, conjoint, parents, amis, intervenants socio-sanitaires, etc. ? Trois cas de figure peuvent être identifiés, selon que l'accent est mis sur l'interaction réciproque, sur les conséquences de la dépendance auprès du comportement de l'entourage, ou au contraire sur les conséquences du comportement de l'entourage sur la dépendance.³ Nous allons examiner ces trois perspectives une à une, en lien avec ce que nous suggère la recherche clinique correspondante, et les pratiques dans notre contexte romand. Nous verrons ensuite comment tenter de les combiner (tableau 1).

Approches «systémiques» et thérapies familiales «classiques»

La première perspective, «classique», eu égard

à l'importante littérature portant sur les thérapies familiales depuis les années 70, est celle de l'interaction réciproque. Chaque individu est membre d'un «système» d'interrelations étroites. Dans ces modèles, les proches sont parfois qualifiés de codépendants.⁴ Ils sont plutôt considérés comme des facteurs de résistance au changement. L'intervention qui en résulte se conçoit comme «stratégique», selon la métaphore de la boule de billard; une intervention bien choisie étant par ricochet susceptible de modifier l'ensemble.⁵

Une littérature axée sur les drogues illégales

Les thérapies familiales ou systémiques qui découlent de ces modèles ont été couramment appliquées à la thérapie des sujets souffrant de dépendance aux drogues illégales. Elles ont fait l'objet de nombreuses tentatives de validation, surtout auprès de populations de jeunes adolescents consommateurs, et ont prouvé leur supériorité contre des conditions contrôles dans de nombreuses études.⁶⁻¹⁰ Il faut toutefois souligner les limites générales de la recherche en psychothérapie: difficulté à isoler les interventions testées de toutes les autres interventions professionnelles ou non qui peuvent survenir pendant la période d'étude, hétérogénéité des groupes contrôles et des critères d'évaluation de l'efficacité des interventions.¹¹⁻¹⁴ Chez les sujets toxicodépendants, la morbidité serait en lien direct avec la qualité de l'intégration ou du soutien social;¹⁵ il existe une influence tant biologique¹⁶ que psychologique ou sociale.¹⁷ D'autres études présentent des résultats plus favorables chez les individus où l'entourage conjugal, familial ou social est soutenant et impliqué.¹⁸⁻²¹ La population toxicodépendante se singularise par l'importance des liens familiaux encore actifs à l'âge adulte, où selon les études, 60 à 80% des patients jusqu'à 35 ans, vivent encore chez leurs parents ou ont un contact quotidien avec un

Approches systémiques Thérapies familiales	Accent sur les interactions des proches avec le sujet dépendant	Proche vu comme codépendant
Approches psychoéducatives Thérapies cognitivo-comportementales	Accent sur les conséquences de la dépendance sur l'entourage	Proche vu comme cothérapeute
Approches communautaires <i>Self-help</i> et prévention par les pairs	Accent sur les conséquences du comportement des proches auprès du sujet dépendant	Proche vu comme citoyen, acteur du système de santé

Tableau 1. Principaux modèles.

parent et ce, indépendamment du milieu culturel dans lequel ils évoluent.¹⁵ La participation de la famille^{22,23} influencerait positivement l'instauration d'un bon rapport collaboratif avec le patient et montrerait un effet positif sur la motivation et la rétention des patients dans un traitement ultérieur.¹⁷ Dans une enquête réalisée dans notre programme méthadone à Lausanne (à paraître), après trois ans de suivi, 34,5% des patients considèrent leur conjoint, 17,2% leur famille et 10% leurs amis comme les personnes les ayant le plus aidé dans leurs difficultés à se sortir de leur toxicodépendance, versus 25,9% leur thérapeute.

Une bonne intégration sur le plan régional

En Suisse romande, les programmes spécialisés alcool-drogues ont pratiquement tous une offre d'orientation systémique dans la palette de soins, car des formations approfondies sont proposées sur le marché «local» depuis les années 80, et de nombreux intervenants en ont bénéficié. Inversement, aucun programme ne se réclame exclusivement de cette approche, et il n'y a en général pas de systématisation de l'implication des familles. Les choses pourraient évoluer dans les années à venir dans la mesure où les services hospitalo-universitaires de Genève et de Lausanne tentent chacun de développer des programmes spécifiques «abus de substances-adolescents». Il existe également dans chacun des deux grands centres hospitaliers une consultation spécialisée dans la désaccoutumance au tabac, ainsi qu'à Lausanne nouvellement un centre spécialisé dans la prise en charge des joueurs pathologiques. Mais comme nous le verrons plus loin, ces programmes basent l'implication des proches sur d'autres modèles que celui de la thérapie systémique.

Des proches vus comme des cothérapeutes

La deuxième perspective repose sur l'idée que la famille ou l'entourage réagit, se réorganise, au niveau des individus comme au niveau du groupe, consécutivement au développement

d'un problème d'addiction de l'un de ses membres. Cette vision est plus proche de celle développée dans les thérapies d'orientation cognitivo-comportementales, psycho-éducatives,^{a,24} ou encore motivationnelles.^{b,25} Ces thérapies ont en commun de considérer la relation thérapeutique sous l'angle d'un partenariat. Le patient, respectivement son entourage, est invité à devenir le plus rapidement possible son propre thérapeute. Le professionnel est ici plus un technicien qui propose des exercices de nature à stimuler le développement émotionnel du sujet, plutôt que des interventions stratégiques plus ou moins explicites visant à dénouer des conflits ou des automatismes. Ici, le proche est donc essentiellement considéré comme une ressource, il est sollicité en tant que cothérapeute.

Des approches typiquement transversales

Ces modèles ont été évalués également chez les sujets alcool-dépendants avec des résultats probants,²⁶⁻²⁸ chez les sujets dépendant de la nicotine avec des résultats contradictoires,²⁹ et chez des sujets dépendant des drogues illégales, avec des effets essentiellement en termes de diminution des *drop-outs*.³⁰⁻³² Ces approches sont aussi représentées dans le champ du jeu pathologique, où la thérapie cognitive a été à ce jour la seule évaluée au travers d'essais cliniques randomisés.³³ Il n'y a pas de données permettant d'affirmer la supériorité de ces modèles sur des approches systémiques classiques en termes d'efficacité proprement dite.³⁴ En revanche, même si ces interventions psycho-éducatives gagnent à être mises en œuvre par des professionnels entraînés pendant plusieurs années, elles peuvent faire l'objet de formations de base relativement rapides (quelques semaines), au contraire de thérapies familiales qui nécessitent une formation longue (deux ou trois ans). La thérapie psycho-éducative impliquant les proches tire son inspiration des modèles d'éducation à la santé développés dans le champ des maladies chroniques somatiques. A ce titre, elle s'adapte bien à la sensibilité des médecins non psychiatres.

Un développement qui tend à se généraliser

En Suisse, ces approches ont été introduites il y a à peine dix ans, avec parfois certaines difficultés dans un cadre rattaché à la psychiatrie, probablement en partie liées à la forte tradition psychanalytique et systémique. Elles ont été particulièrement soutenues dans leur développement par les programmes dépendant de la médecine interne d'une part, et par la nécessité d'adapter le contenu des soins pour les traitements de substitution par la méthadone d'autre part. Parallèlement, certains programmes ont développé des consultations adressées spécifiquement aux proches, en groupe ou en indivi-

^a **Thérapie psycho-éducative**: approche issue des modèles d'éducation à la santé développée dans le champ des maladies chroniques somatiques, visant essentiellement à transmettre les informations et compétences au patient et à son entourage pour lui permettre d'améliorer sa santé mentale. Le modèle a été développé au départ dans le champ du traitement de la psychose chronique, et a fait depuis l'objet d'adaptations pour la plupart des problématiques psychiatriques.

^b **Entretien motivationnel**: ensemble de techniques d'entretien spécifiques, d'inspiration éclectique, notamment rogerienne, visant à accompagner le sujet dans l'exploration et la résolution de son ambivalence. Par extension, on parle d'approches motivationnelles pour désigner plus largement des interventions qui visent la probabilité de changement d'un comportement-problème. Les «approches motivationnelles» incluent donc la technique de l'«entretien» motivationnel, mais également des techniques cognitivo-comportementales, familiales, expérientielles, etc.

Bibliographie

- West R. Theories of addiction. *Addiction* 2001; 96: 3-13.
- Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, et al. Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 973-9.
- Coletti M. Focus on relatives. *Eur Addict Res* 2002; 8: 107-8.
- Miller KJ. The Codependency concept: Does it offer a solution for the spouses of alcoholics? *J Subst Abuse Treat* 1994; 11: 339-45.
- Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson Don D. *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. 1967, Norton & Cie. Traduction française: *Une logique de la communication*. Paris: Editions du Seuil, 1972.
- Randall J, Cunningham PB. Multisystemic therapy: A treatment for violent substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Addict Behav* 2003; 28: 1731-9.
- Liddle HA, Dakof GA, Parker K, et al. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001; 27: 651-88.
- Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, et al. Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to post-treatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *J Psychoactive Drugs* 2004; 36: 49-63.
- Coatsworth JD, Santisteban DA, McBride CK, et al. Brief Strategic Family Therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Fam Process* 2001; 40: 313-32.
- Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ. Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Ment Health Serv Res* 1999; 1: 171-84.
- Cottrell D, Boston P. Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 573-86.
- Robbins MS, Bachrach K, Szapocznik J. Bridging the research-practice gap in adolescent substance abuse treatment: The case of brief strategic family therapy. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23: 123-32.
- Deas D, Thomas SE. An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *Am J Addict* 2001; 10: 178-89.
- Szapocznik J, Williams RA. Brief Strategic Family Therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000; 3: 117-34.
- Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couple treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull* 1997; 122: 170-91.
- Cadore RJ, Yates WR, Troughton E, et al. Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 42-52.
- Limousin F, Gordwood P, Ades J. *Alcoholism: Value of a search for family antecedents*. Presse Med 1996; 25: 1550-4.

duel. C'est dans ce cadre d'intervention psycho-éducative et cognitivo-comportementale qu'opèrent les consultations tabac, où l'implication des proches reste cependant marginale. C'est également dans ce cadre qu'intervient la consultation du jeu excessif, où environ 10% des nouveaux cas rencontrés sont des proches consultant à titre individuel, et où les conjoints et autres proches significatifs sont inclus aux prises en soins dans près de la moitié des cas. Conçue plutôt au départ pour des interventions individuelles, l'approche motivationnelle quant à elle, est en passe de se généraliser à l'ensemble des programmes, et à se décliner aussi dans des entretiens de famille ou de réseau.

Des approches dites «communautaires» ...

La troisième et dernière perspective est celle de la recherche de facteurs potentiellement causaux dans les comportements des parents, voire de la communauté dans son ensemble. Le proche n'est plus sollicité comme cothérapeute ou comme codépendant mais plutôt comme citoyen-acteur de la santé de son entourage, au même titre que le patient lui-même.

Des approches encore plus difficiles à étudier

Ce dernier point de vue a été exploré dans le domaine de la dépendance à l'alcool et de la dépendance à la nicotine pour ce qui est des comportements parentaux à risque,^{35,36} ainsi que dans le champ des drogues illégales.³⁷ Mais il faut toutefois préciser que la recherche établit ici surtout des corrélations. Il est très difficile de démontrer ensuite de manière expérimentale l'efficacité d'une intervention ciblant le comportement parental et suggérant par là un lien de causalité proprement dit. Quelques résultats expérimentaux sont rapportés dans des interventions de prévention primaire visant les parents d'élève, avec une incidence moins élevée de la consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis au follow-up chez les enfants de probants par rapport aux contrôles.³⁸⁻⁴¹ Mais de telles observations ponctuelles demandent à être répliquées, systématisées et généralisées. Dans le champ des drogues illégales, cette vision a été élargie bien au-delà des parents, et prend toute sa place dans les concepts de prévention dits de «réduction des méfaits». Différents programmes ont approfondi cette idée d'impliquer les associations d'utilisateurs, de parents, de voisins, avec des résultats sur le terrain enthousiasmants en termes de satisfaction des usagers.^{42,43} Mais il est méthodologiquement très difficile d'établir l'efficacité proprement dite de ces programmes en termes scientifiques. Les pairs des patients sont encouragés à être intégrés dans la prise en

charge par exemple par le biais d'un travail sur la réduction des risques ou la gestion du quotidien.

Un développement probablement insuffisant

Les disparités de fréquentation dans les groupes de *self-help* (AA, NA, ALANON, NARANON...) en fonction des cultures et des pays sont patentées et posent d'importantes questions sur l'organisation et l'implémentation des dispositifs communautaires de soins. Ces approches communautaires concernent notamment l'accompagnement et les interventions réalisées au sein de dispositifs «seuil bas» ou dans les espaces «d'accueil» ou «de santé», avec ou sans possibilité de consommation ou d'injection. L'existence de tels dispositifs contribue, outre leur mission première de santé publique, à amener le patient dépendant et sa problématique au sein même de la communauté.

En Suisse romande, il est frustrant de constater que, si nous bénéficions d'un dispositif addictologique particulièrement bien doté et différencié, nous n'avons développé ces approches qu'à un niveau modeste, alors que dans d'autres contextes, notamment anglo-saxons, les associations de malades et de parents sont légion. Dans le contexte romand, il faut souligner le travail réalisé par l'association de parents de toxicodépendants de Genève, qui a su développer depuis bientôt dix ans des liens particulièrement fonctionnels avec les professionnels, via l'organisation de conférences en commun, la participation à des sessions de formation interprofessionnelle ouvertes également aux bénévoles, la participation à des entretiens de réseaux... De tels partenariats sont naturellement un atout de tout premier plan pour aider la population à dépasser des incompréhensions réciproques qui bloquent parfois le processus politique.

Construire l'intervention dans la pratique

Contextualiser la demande

Les sollicitations d'interventions de l'entourage, comme souvent d'un membre de la famille ou de l'entourage immédiat d'une personne dépendante, auprès du médecin sont fréquentes. Elles représentent en soi des situations de crise où le seuil de tolérance des proches impliqués est la plupart du temps dépassé et pour lesquelles le thérapeute est largement pris à parti. Ceci est particulièrement vrai par exemple dans le cas d'un adolescent. Ces contextes se présentent souvent très chargés émotionnellement, révélant «en vrac» des représentations extrêmes de la dépendance pour lesquelles il est demandé des réponses immédiates ou radi-

18 Galanter M, Keller DS. *Network therapy for substance abuse: A therapist's manual from the National Institute on Drug Abuse*. New York: NYU Medical Center, Department of Psychiatry, 1994.

19 Rumpf JH, Bishof G, Hapke U, et al. *The role of family and partnership in recovery from alcohol dependence: Comparison of individuals remitting with and without formal help*. *Eur Addict Res* 2002; 8: 122-7.

20 Epstein EE, McCrady BS. *Behavioral couples treatment of alcohol and drug disorders: Current status and innovations*. *Clin Psychol Rev* 1998; 18: 689-711.

21 Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. *Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members*. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 688-97.

22 Danis D, D'Espagnier C, Udry C. *Pression de l'entourage et motivation des patients alcooliques et toxicomanes pour entreprendre un traitement*. *Rev Med Suisse Romande* 1997; 117: 913-8.

23 Cunningham JA. *Alcohol and drug abuser's reasons for seeking treatment*. *Addict Behav* 1994; 19: 691-6.

24 Deleu G, Lalonde P. *Thérapie psycho-éducative*. In: Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, eds. *Psychiatrie clinique, une approche bio-psycho-sociale: tome 2: spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d'intérêts*. Montréal [etc.]: G. Morin, 2001; 1342-62.

25 Miller W, Rollnick R. *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press, 2002.

26 Hurcom C, Copello A, Orford J. *The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualizations of spouses over recent decades*. *Subst Use Misuse* 2000; 35: 473-502.

27 O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. *Family-involved alcoholism treatment: An update*. *Recent Dev Alcohol* 2001; 15: 329-56.

28 McCrady BS, Epstein EE, Hirsch LS. *Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: Outcomes at 6 months*. *Addiction* 1999; 94: 1381-96.

29 Park E, Schultz JK, Tudiver F, et al. *Enhancing partner support to improve smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 1: CD002928.

30 Stanton MD. *Getting reluctant substance abusers to engage in treatment/self-help: A review of outcomes and clinical options*. *J Marital Fam Ther* 2004; 30: 165-82.

31 Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, et al. *Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders*. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1706-13.

32 Fals-Stewart W, O'Farrell TJ. *Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid-dependent patients*. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 432-42.

33 Oakley-Browne MA, Adams P, Moberley PM. *Interventions for pathological gambling*. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2: CD001521.

34 Meyers RJ, Miller WR, Smith JE, et al. *A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned signifi-*

cales. Si l'écoute attentive et le soutien s'avèrent ici précieux, souscrire dans l'urgence à une solution de décharge, par exemple, peut s'avérer par contre très improductif. De fait, hormis lorsque la situation présente une réelle menace vitale (qu'il convient bien sûr d'écarter soigneusement), les réponses en urgence sont potentiellement très délétères en termes d'alliance. Une attitude neutre de type *debriefing* ou évaluative, centrée sur les préoccupations propres des personnes impliquées, peut permettre de préserver le lien ultérieur avec le patient. A ce stade d'intervention et d'accrochage, il peut s'avérer particulièrement important de tenir compte des obstacles à la communication, aux clivages ou disqualifications mutuelles, autant de facteurs pouvant peser sur la qualité du rapport collaboratif avec ces familles.

Ces interventions familiales ou avec l'entourage impliqué d'un patient dites «unilatérales», parce qu'en l'absence de la personne «concernée», peuvent être efficaces tant dans leur contribution à la connaissance du contexte dans lequel évolue le patient, que dans les chances à obtenir son accrochage thérapeutique ultérieur. Motiver les proches à prendre et à clarifier une position vis-à-vis de la dépendance d'un patient peut également permettre d'éviter les vicissitudes des rapports de codépendance. Nous n'aborderons pas ici l'analyse détaillée des problématiques familiales (dislocations des rôles parentaux, absence ou disqualification du père, alliances transgénérationnelles, deuil non fait d'une figure familiale ou du lieu d'origine, surinvestissement de la fonction protectrice de la mère) et des différentes figures décrites d'un point de vue anthropologique, de «victime sacrificielle», «bouc-émissaire», «mouton noir», etc., autour desquelles peut se construire la dynamique familiale en pareil cas.⁴⁴

Soutenir l'entourage

Un point important qui mérite d'être évoqué, particulièrement encore en rapport à la problématique de l'adolescent, est l'attention à porter aux possibles disqualifications du patient, aux attentes parentales ou de son environnement parfois trop exigeantes ou rigides à son égard ainsi qu'à l'incidence des discours culpabilisants, pessimistes ou négatifs auxquels il est souvent confronté durant son traitement. De ce fait, le patient ne parvient pas à s'encourager ou s'approprier une quelconque démarche. De tels discours construits souvent légitimement sur les expériences décourageantes que peut avoir enduré l'entourage peuvent également trouver racine dans les insatisfactions ou difficultés propres aux personnes impliquées. Un travail de soutien face à ce désarroi, particulièrement pour des parents souvent en «crise de milieu de vie» à ces moments-là, s'avère ici encore crucial. Le *join-in* de ces parents dans un groupe de pairs

s'avère ici très complémentaire, voire essentiel; il peut contribuer au développement de nouvelles compétences parentales et à l'ajustement des rôles et des responsabilités respectives de chacun.

Nous rapportons dans le tableau 2, les difficultés communément rencontrées dans les familles vulnérables à l'émergence de comportements addictifs.

Le tableau 3 rapporte en corollaire les différents niveaux sur lesquels il peut s'avérer utile d'amener le travail avec ces familles.

Intégrer la dimension communautaire


L'émergence de groupes de proches constitués en associations se réalise de façon erratique suivant les vicissitudes des préoccupations de la vie sociale et communautaire, souvent suite à l'engagement charismatique d'un proche pour cette cause. Ces groupes peuvent prendre une fonction importante de soutien communautaire, une base de partage des difficultés, de réflexion, d'échange d'informations ou un rôle d'interlocuteurs face aux institutions médico-sociales ou politiques. Souvent mobilisés au départ en tant

- Isolement familial
- Marginalisation d'un enfant défini comme problème
- Défaut d'ajustement de l'autorité:
 - Diminution de l'autocritique parentale
 - Assignation rigide à un projet de vie
 - Mauvaise discrimination des conduites adéquates /inadéquates
 - Manque de limites ou limites floues
- Haut taux d'émotionnalité exprimée
- Non-valorisation des conduites positives
- Désinformation
- Violences sans autorité (intrusion, invasivité, contrôle)

Tableau 2. Vulnérabilités familiales chez le toxicodépendant.

• Epistémé	Travail sur les représentations
• Coopération	Engagement de la famille
• Hiérarchies	Modulation des rôles, renforcement des frontières, construction des limites
• Autonomie	Encouragement et soutien à l'autonomie
• Références, processus décisionnels	Modélisation d'un mode de vie Décentrage vis-à-vis des comportements délétères Valorisation des comportements positifs

Tableau 3. Objectifs des interventions systémiques.

- cant others. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 1182-5.
- 35 Roseby R, Waters E, Polnay A, et al. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD001746.
- 36 Vitaro F, Tremblay RE, Zocillo M. Alcoholic father, adolescent drug abuse and protective factors. *Can J Psychiatry* 1999; 44: 901-8.
- 37 Barnard M, McKeganey N. The impact of parental problem drug use on children: What is the problem and what can be done to help? *Addiction* 2004; 99: 552-9.
- 38 Spoth RL, Redmond C, Shin C. Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 627-42.
- 39 Loveland-Cherry CJ, Ross LT, Kaufman SR. Effects of a home-based family intervention on adolescent alcohol use and misuse. *J Stud Alcohol* 1999; 13 (Suppl.): 94-102.
- 40 Kumpfer KL, Alvarado R, Tait C, et al. Effectiveness of school-based family and children's skills training for substance abuse prevention among 6-8-year-old rural children. *Psychol Addict Behav* 2002; 16 (Suppl. 4): S65-S71.
- 41 McGillicuddy NB, Rychtarik RG, Duquette JA, et al. Development of a skill training program for parents of substance-abusing adolescents. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20: 59-68.
- 42 Jason LA, Davis MI, Ferrari JR, et al. Oxford house: A review of research and implications for substance abuse recovery and community research. *J Drug Educ* 2001; 31: 1-27.
- 43 Keller DS, Galanter M. Technology transfer of Network Therapy to community-based addiction counselors. *J Subst Abuse Treat* 1999; 16: 183-9.
- 44  Cirillo S, Berrini R, Cambiaso G, et al. La famille du toxicomane. Paris: ESF éditeur, 1997.

Adresse des auteurs :

Dr Olivier Simon
Centre du Jeu Excessif, Service
de psychiatrie communautaire
Dr Pablo Sanchez-Mazas
Division d'abus de substances
Département universitaire de
psychiatrie adulte-Lausanne
Centre St. Martin
Rue St. Martin, 7
1003 Lausanne
Olivier.Simon@hospvd.ch
Pablo.Sanchez-
Mazas@hospvd.ch

Dr Daniele Zullino
Division d'abus de substances
Département universitaire de
psychiatrie adulte-Lausanne
La Calypso
Site de Cery
1008 Prilly
Daniele.Zullino@hospvd.ch

que parents de jeunes adolescents en difficultés, très impliqués et volontaristes, ils peuvent se constituer progressivement en partenaires compétents et d'une extrême efficacité d'appui dans le réseau. Dans ce sens, l'option de certaines associations d'établir des «contrats» de parrainage d'un patient avec un proche ou un pair aîné apparaît intéressante. Il conviendra également d'engager dans le réseau, toute autre personne significative et porteuse de représentations incidentes dans l'entourage du patient (médecin de famille, assistant social, responsable d'apprentissage, patron, directeur d'école ou professeur).

L'intégration du réseau social et des intervenants extérieurs permet d'éviter l'écueil du cliquage, évitant au patient d'avoir à jouer tour à tour de multiples rôles, par exemple, celui de montrer qu'il veut être aidé au travailleur social, de se montrer malade au médecin, défiant par rapport à sa famille ou complaisant, capable de maîtrise ou d'audace face au produit avec ses pairs, etc.

Collaborer avec les intervenants judiciaires ou tutélaires

La collaboration avec un intervenant judiciaire ou tuteur à la base de la demande de prise en charge ou venant rejoindre cette dernière (sur dénonciation des parents par exemple) est un autre cas de figure fréquent. Elle complexifie les niveaux et les enjeux de la relation avec le patient et sa famille, interrogeant le «crédit de confiance» que ces derniers peuvent accorder au thérapeute.

L'emploi de mesures judiciaires ou tutélaires (placement, examens de situation avec le juge des mineurs, réalisation de rapports...) doit être considéré au cas par cas mais peut parfois s'avérer utile. Ces mesures devront tenir compte non seulement de l'ampleur de la prise de risques que le patient réalise mais également de la qualité des alternatives possibles offertes à ce type de prise en charge en termes d'encadre-

ment et de ressources institutionnelles (infrastructure socio-éducative) ou thérapeutiques. Il faut aussi considérer le risque d'exclusion ou de perte des investissements sociaux naturels qu'une telle mesure peut avoir. La mesure de placement peut s'avérer pertinente également dans le sens de la création d'une distance thérapeutique du patient d'avec son environnement ou sa famille. Nous rappellerons en pareil cas les situations embarrassantes où la famille, souvent demandeuse d'une telle mesure dans un premier temps, fait ensuite, par culpabilité ou sentiment de disqualification, une complète volte-face et entre en conflit avec les instances médico-sociales. Il s'agit donc de bien évaluer l'impact potentiel de ce type de mesures.

Conclusions

Dans le champ des addictions, il apparaît utile, mais non indispensable, d'avoir une formation de systémicien à part entière pour rencontrer un patient en présence de ses proches et définir avec eux une compréhension commune d'une situation. Le statut de parent, de conjoint, de proche, au même titre que celui de professionnel gagne à être défini en termes de projet commun à atteindre dans lequel chaque partie peut s'intégrer en partenaire. Ainsi, les proches se révèlent des acteurs essentiels dans le réseau de soins d'un patient, voire dans l'organisation même des services de soins. Il apparaît en tous les cas profitable d'anticiper et d'aller au devant des difficultés interpersonnelles du patient avec son entourage en offrant rapidement une place aux proches dans ces prises en charge. Sur un plan éthique également, il est intéressant de se situer non seulement en tant que thérapeute, mais aussi en tant qu'agent de prévention. Les démarches à caractère associatif sont de précieux compléments à l'action institutionnelle dans une perspective de santé communautaire. ■

Implications pratiques

- Encourager la mise en réseau précoce de l'entourage du patient, professionnel et non professionnel, le plus tôt possible dans la prise en soins
- En l'absence de formation approfondie en thérapie systémique, privilégier les interventions participatives, axées sur le partage d'information et la recherche de synergies au sein du réseau naturel du patient
- Encourager les démarches au niveau individuel et familial, d'une part, mais également au niveau associatif et communautaire d'autre part
- Considérer son implication de professionnel de santé auprès d'un patient et de son entourage non seulement dans la fonction de thérapeute, mais aussi dans celle d'agent de prévention