



Si loin, si proche :
Impliquer l'entourage en médecine de l'addiction

***Familie, soziales Umfeld und Sucht wie können wir das Umfeld in
eine moderne Suchtmedizin mit einbeziehen***

La recherche clinique démontre que l'intégration des proches lors des entretiens améliore l'alliance thérapeutique, la satisfaction des personnes soignées, comme les résultats du traitement. Les modèles d'intervention destinés aux proches de personnes dépendantes se sont considérablement différenciés et sont aujourd'hui bien connus des réseaux professionnels concernés. Pourtant, en l'absence de véritable statut, les familles soulignent la difficulté de nos structures à garantir des réponses appropriées, lorsque les proches appellent à l'aide.

Vous trouverez dans ce numéro du Flash addiction les résumés des ateliers de notre journée annuelle sur le thème : « impliquer l'entourage ». Partant de l'expérience des familles concernées et du cadre juridique de la relation soignant-soigné, y sont développés les différentes facettes de l'intervention, depuis le travail social hors mur jusqu'aux centres spécialisés, en passant par les lieux d'aide de première ligne, et les groupes d'auto-support.

Nous remercions l'ensemble des orateurs et animateurs d'ateliers de la journée d'avoir accepté de mettre en commun leurs pratiques, et d'en redéfinir les enjeux. Une démarche qui se poursuivra lors de la 13^{ème} journée annuelle qui se tiendra à Genève, le 18 octobre 2012, au sein du programme du Troisième colloque francophone « Traitement de la dépendance aux opioïdes », sur le thème des systèmes de soins en médecine de l'addiction.

En vous souhaitant bonne lecture.

Olivier Simon
Médecin associé, Coordinateur du CoRoMA, CHUV, Lausanne

Caroline Dunand
Chargée de recherche, Centre du jeu excessif, CHUV, Lausanne

Ingrid Vogel
Secrétariat dicastère appui logistique/scientifique du CoRoMA, CHUV, Lausanne

André Kuntz
Organisateur de la XIIème Journée CoRoMA, Centre de traitement des addictions RFSM, Fribourg

Aus der klinischen Forschung wissen wir um den positiven Einfluss einer guten Einbeziehung von Angehörigen auf die therapeutische Beziehung, die Zufriedenheit der Patienten sowie auf Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnis. Heute stehen uns differenzierte Interventionsmodelle für Angehörige von Betroffenen zur Verfügung, die auch im professionellen Helfernetz weitgehend anerkannt und bekannt sind. Dennoch haben Angehörige in den heutigen Strukturen noch nicht den Status, der ihrem Bedürfnis nach adäquater Unterstützung gerecht wird, wie von Familien häufig benannt wird.

In dieser Ausgabe von Flash addiction finden Sie eine Zusammenfassung der Workshops unserer 12. Tagung, in deutscher Sprache präsentieren wir Ihnen unsere zweisprachigen Angebote, die übrigen sind in französischer Sprache gehalten. Der Fokus unserer Tagung liegt in diesem Jahr auf die Einbeziehung von Angehörigen. Dabei haben wir für Sie ein breites Angebot an unterschiedlichen Themen ausgewählt: wichtig war uns dabei, die Erfahrungen betroffener Familien zu berücksichtigen, der juristischen Rahmen der Beziehung zwischen Patient, Angehörigen und Therapeut zu beleuchten, sowie ein breites Spektrum an Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen, das von der Strassenarbeit zu spezialisierten Zentren sowie von professionellen Hilfsangeboten bis hin zu Selbsthilfegruppen reicht.

Wir danken allen Rednern und Workshopleitern für ihr Engagement und ihre Bereitschaft, ihre Erfahrungen in einen gemeinsamen Pool an Erfahrungen einfließen zu lassen, um evtl. Neues zu entwickeln. Gleichzeitig möchten wir Sie bereits jetzt zu unserer 13. Jahrestagung einladen, die am 18. Oktober 2012 im Rahmen des 3. Französischsprachigen Kolloquiums zur « Behandlung der Opiatabhängigkeit » in Genf stattfinden wird. Inhaltlicher Schwerpunkt werden « Behandlungssysteme in der Suchtmedizin » sein.

Wir wünschen Ihnen viel Spass beim Lesen und eine anregende und spannende Tagung.

Partenariat entre proches et soignant-e-s

Sabine Corzani

RFSM, Plate-forme Proches, Fribourg

Christian Follack,

RFSM, Plate-forme Proches, Fribourg

Luc Genin,

Association ProFamille, Fribourg

Anne-Michelle Demierre

Association parents-jeunes-cannabis, Villars-sur-Glâne

« Madame A. consomme des stupéfiants depuis plusieurs mois. Elle se désengage de l'école et de ses loisirs ; met ses amis à distance. Elle ne prend plus d'initiatives et subit son quotidien, jour après jour. Ce soir-là, sous l'effet de produits, elle se débat, elle crie ; dans son monde, elle est poursuivie par des personnes malveillantes qui empoisonnent la nourriture. Mme A. se méfie de sa mère qu'elle croit complice de ces ennemis, mais celle-ci s'inquiète car sa fille souffre et ne mange plus depuis plusieurs jours. Elle essaie de lui faire retrouver la raison, mais dans cette discussion, Mme A. s'agite et la menace d'une arme blanche. Apeurée, la maman s'enferme dans sa chambre et appelle la police. Elle est inquiète car la dernière fois que la police est intervenue, Mme A. s'était calmée le temps de l'audition, puis la police était repartie... »

Etat de la situation

De nouvelles orientations dans les politiques d'insertion apparaissent dans les années 90. Elles proposent de diversifier les modalités d'intervention sociale en développant le paradigme de la *participation*. Conjugué à l'essor de la psychiatrie depuis l'apparition de traitements médicamenteux et aux sollicitations des familles, ce mouvement a permis la désinstitutionnalisation et le retour à domicile de nombreux patients atteints dans leur santé mentale. Les familles ont été un moteur indéniable dans ce processus. En effet, organisés en association, le lobby des parents a porté ce mouvement de *démocratisation* de la psychiatrie et vers une société plus *intégrative*.

Le maintien à domicile et la vie en milieu ordinaire de personnes atteintes dans leur santé met néanmoins les familles et les proches en situation de stress important. En effet, les personnes malades ne disposent pas toujours des moyens suffisants pour faire face aux exigences d'une société toujours plus complexe sans recourir à une aide extérieure. Dans ce contexte, les familles continuent d'être impliquées comme aides de vie et sollicitées dans le processus de soins de leur proche malade. Selon les cantons, le manque de structures intermédiaires et l'évolution de la loi vers une attention toujours plus marquée sur l'auto-détermination du patient, placent certaines familles dans des dilemmes délicats lorsqu'une situation aiguë se présente. Souvent en première ligne lors de décompensation de la personne malade, les familles dénoncent le fait qu'elles ne sont pas pour autant reconnues et entendues comme des partenaires de choix par les organismes de santé et de premier secours (police, justice de paix, préfecture, etc.). De plus, pour faire face à l'accompagnement de leur proche malade, les familles sont souvent mal préparées et mal informées. Elles constituent dès lors un groupe à risque en termes d'épuisement et de fragilisation de leur état de santé en général.

Intervention

Les familles vivent au quotidien des situations très stressantes en lien avec la souffrance de leur proche; elles mettent régulièrement en évidence qu'elles se sentent mal reconnues et mal accompagnées par les soignant-e-s et les institutions de soins. Des récits d'expériences très diverses ont été recueillis dans différents cantons et

pour différents types de maladie en santé mentale (psychiatrie générale ou addiction). Depuis quelques années, des professionnels de la santé et du social développent des prestations de soutien aux proches au travers de programmes psycho-éducatifs ou de soutien individuel en apportant des informations à jour sur la maladie, ses traitements et le réseau d'aide et en travaillant des habilités pour faire face, au quotidien, à la maladie de leur proche. Des études relatives à ces programmes indiquent de manière générale qu'ils permettent non seulement une meilleure qualité de vie pour les familles, mais encore qu'ils contribuent de façon significative à la prévention de la rechute du proche malade.

Questions en perspective

Une nouvelle forme de partenariat entre proches et soignants est éprouvée positivement dans les régions qui ont développé des prestations de soutien aux proches et par là-même un rapprochement dans la collaboration. Certains cantons ont d'ailleurs renforcé les fondements de ce partenariat dans leurs concepts institutionnels. Au travers de différents témoignages de parents et de professionnels, le dialogue est ouvert pour mieux comprendre ensemble les attentes et besoins réciproques et pour construire conjointement un partenariat de qualité. Ensemble, ces partenaires produiront des recommandations pour permettre une meilleure collaboration, ceci dans le souci d'une reconnaissance des compétences mutuelles pouvant être mises au service du malade.

Bibliographie

Ausloos, G. (1995). La compétence des familles. Temps, Chaos, Processus. Paris : Erès.

Aperçu de quelques droits et devoirs des patients, proches et professionnels de la santé

4

Shirin Hatam
Pro Mente Sana, Genève

Nathalie Favre
Réseau Fribourgeois de Santé Mentale (RFSM), Marsens

Droits des patients

Les droits des patients se déclinent en deux volets, privé et institutionnel

Dans le cadre institutionnel, lorsque le patient est en relation avec un hôpital public, ses droits, en dépit des variantes cantonales, peuvent se résumer aux droits de l'homme. Garantie par des conventions internationales ainsi que par la Constitution fédérale, la liberté personnelle permet au patient d'entrer et de sortir d'un hôpital à sa guise ainsi que de choisir librement son traitement. Les lois cantonales aménagent des restrictions à ces droits, qui ne sauraient se concevoir comme absolus. Dans cette conception, le médecin représente l'autorité contre laquelle est dirigé le droit du patient. Le premier risque auquel

est confronté le patient étant de perdre son autonomie et de ne pouvoir se déterminer sur les soins, il pare à ce péril en faisant reconnaître sa volonté, même en cas d'incapacité de discernement par un représentant ou des directives anticipées.

En pratique privée, le médecin et son patient sont considérés comme des parties égales à un contrat de mandat. Aucune de ces parties n'ayant de pouvoir sur l'autre, tout est affaire d'information, de négociation et de consentement. L'influence que peut exercer « celui qui sait » sur « celui qui souffre » n'est pas prise en compte par la loi. Dans cette conception, cependant, le médecin est parfois considéré par le patient comme une personne de confiance, capable de défendre ses intérêts lorsqu'il est aux prises avec le

pouvoir : hôpital dispensant un soin autoritaire ou assureur l'obligeant à suivre un certain traitement. Le conflit entre un patient et son médecin privé étant soluble dans la fin du contrat.

Un aspect trop souvent négligé des droits des patients est celui du respect de ses droits économiques et sociaux. Bien souvent, les patients doivent renoncer au libre choix du traitement sous la menace des assurances maladie et invalidité. L'exercice d'une telle contrainte sur le patient revient à le priver du bénéfice de la liberté personnelle. Dans la foulée, les médecins traitants renoncent à prescrire sur la base de leurs connaissances et de leur expérience clinique.

Devoirs des patients

Les devoirs des patients (collaboration aux soins par exemple) ne sont, juridiquement, que des déclarations d'intention sans la moindre force obligatoire, puisqu'un patient peut, en tout temps, retirer son consentement aux soins dispensés et refuser de suivre le traitement.

Droits des proches

Les proches ont avec le patient des liens affectifs et librement consentis auxquels la loi ne confère aucun privilège. Sollicités de façon informelle, parfois culpabilisés ou responsabilisés, les proches ne sont pourtant pas reconnus dans leur fonction et ne bénéficient pratiquement d'aucun droit, sinon celui de recourir contre des mesures entravant la liberté du patient. Auxiliaires ambigus du patient, parfois amis, parfois traîtres, sans pouvoir mais non sans influence, ils souffrent d'un statut équivoque et d'une reconnaissance aléatoire.

Droits et devoirs des professionnels de la santé

Parmi les nombreux droits et devoirs qui accompagnent le médecin dans son activité quotidienne, les domaines du secret médical et de la protection des données sont abordés ci-dessous.

En préambule, il paraît utile de rappeler que les règles applicables au médecin en pratique privée sont, dans de nombreux cas, différentes de celles applicables au médecin hospitalier, ce qui parfois n'est pas sans conséquence.

Le secret médical

En matière de secret médical ou secret professionnel, les médecins en pratique privée comme hospitaliers (et leurs auxiliaires) sont soumis à l'art. 321 du Code pénal suisse (CPS). Ils ont l'obligation de garder le secret vis-à-vis de ce qui leur a été confié en vertu de leur profession ou une information dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de celle-ci. La loi prévoit toutefois trois situations dans lesquelles le médecin est autorisé à donner des renseignements à des tiers :

1. le patient a consenti à la transmission des informations médicales ;
2. à la demande du médecin, l'autorité de surveillance cantonale l'autorise à révéler certains éléments du dossier médical ;
3. une disposition légale l'autorise ou l'oblige à révéler des informations soumises au secret.

Il semble important de rappeler que le secret médical s'applique aussi dans les relations entre professionnels de la santé ; le médecin traitant d'un patient ne pourra discuter du cas de celui-ci avec un confrère que si le patient a donné son assentiment. Les médecins peuvent bien sûr évoquer des cas cliniques entre eux de manière anonyme, dans la mesure où il est impossible d'identifier le patient concerné.

Le secret médical s'applique également aux proches du patient. Avant de leur communiquer une information, le médecin doit s'assurer qu'il dispose de l'accord du patient. Le médecin sera par exemple légitimé à considérer qu'il peut donner des informations médicales au conjoint du patient si les consultations médicales ont généralement lieu en sa présence.

Pour les mineurs capables de discernement quant au traitement concerné, le médecin est également tenu au secret vis-à-vis de leurs parents.

Relativement aux cas dans lesquels le médecin est délié par la loi de son obligation de garder le secret, on peut citer la suspicion de maltraitance d'enfants (art. 363 CPS) ou encore la suspicion d'une incapacité de conduire avec sûreté un véhicule automobile (art. 14 LCR).

Les faits de notoriété publique ne sont pas couverts par le secret médical ; le médecin pourra les évoquer, même s'il en a pris connaissance lors de l'exécution de sa

profession (p. ex. la prise de drogue par un patient qui a fait la une des journaux à ce propos).

A noter que l'obligation de garder le secret perdure au-delà de la fin de l'activité professionnelle du médecin.

Enfin, bien que le consentement du patient ne soit soumis à aucune forme, il est fortement recommandé de l'obtenir sous forme écrite pour le cas où un litige surviendrait.

La protection des données

Il arrive régulièrement qu'un patient demande une copie de son dossier médical à son médecin. La loi fédérale sur la protection des données (applicable au médecin en pratique privée) et celle cantonale (applicable au médecin hospitalier) règlent de manière plus ou moins identique les droits d'accès du patient à son dossier. Elles prévoient notamment que le patient peut en tout temps demander une copie de son dossier. Cette demande se fait par écrit et le patient doit prouver son identité. Toutes les informations concernant le traitement du patient font partie du dossier médical (y compris les radiographies, les correspondances, etc.). La

consultation du dossier peut aussi se faire sur place si les deux parties y consentent.

Les notes personnelles du médecin ne font pas partie du dossier médical ; notion restrictive, il s'agit uniquement des notes que le médecin rédige exclusivement à des fins personnelles et qui ne servent pas au traitement proprement dit.

A noter que le médecin ne devrait pas divulguer des informations obtenues de tiers (p. ex. des proches) tant que ceux-ci n'y ont pas consenti.

Le patient est en droit de demander l'original de son dossier. Dans un tel cas, pour se protéger, le médecin devrait demander au patient de le délier par écrit de son obligation de conserver le dossier médical. Si le médecin ne peut conserver aucune copie du dossier remis en original au patient, il devrait demander au patient de renoncer par écrit à toute prétention qui découlerait du contrat thérapeutique.

Enfin, si le professionnel de la santé craint que la consultation du dossier puisse avoir des conséquences graves pour le patient (p. ex. une expertise psychiatrique), il peut demander que celle-ci ait lieu en sa présence ou auprès d'un médecin désigné par le patient.

Comorbidité psychiatrique chez la personne codépendante

George Riesen
FNA, La Chaux-de-Fonds

Jean-Pierre Vögeli
AVMCT, Yverdon-les-Bains

Le concept de la codépendance est en soit relativement jeune. Il a d'abord été lié, dans les années 80, à la description d'un comportement des proches des patients souffrant de dépendance à l'alcool uniquement. L'aspect principal de la codépendance, comprise de cette manière, consiste à s'engager constamment en prenant des responsabilités pour les autres au point de se négliger soi-même. Des questionnaires ont été développés pour discriminer les personnes souffrant d'une codépendance (Codependence Assessment Questionnaire (CAQ) ; Friel Co-dependence Assessment Inventory). Toutefois, il a été mis

en évidence qu'il y était difficile d'exclure que l'empathie des professionnels, comme les infirmières ou les médecins, ne crée un biais dans les résultats des études. Des critiques se sont élevées pour dénoncer le fait que le modèle de codépendance défavorisait les femmes (*gender bias*) et qu'il rendait responsable les innocentes victimes des abuseurs de substances. Il a été postulé qu'il existait un type de codépendance **féminin**, caractérisé par un contrôle et une responsabilité exagérés, une attitude de sauveur et une modification de ses propres valeurs, ainsi qu'un type de codépendance **masculin**, surtout caractérisé par une

exagération du contrôle et de la responsabilité.

Le concept s'est élargi par la suite. Actuellement, il décrit plutôt un style de relations dysfonctionnelles avec les autres. Dans ce sens, la codépendance se définit par exemple comme « un comportement adaptatif malsain aux situations de dépendance de l'autre ». Ceci nous a conduits à considérer deux types de fonctionnement :

- soit un trouble de la personnalité de structure dépendante (à ne pas à confondre avec une dépendance !) ;
- soit un trouble relationnel de type dépendance aux émotions extrêmes (je t'aime / hais tellement puisque tu reviens et m'a quitté déjà x fois etc.).

Les deux cas présentés ci-dessous servent d'illustration aux deux types de fonctionnement et de base pour la discussion :

Cas no 1

Jeune homme de 17 ans amené par sa mère. Elle s'inquiète parce qu'il fait des fêtes tous les week-ends avec des amis et elle a remarqué qu'il est « bizarre » les lendemains. Il est anormalement fatigué et a les yeux rouges, même encore à midi. Elle est convaincue qu'il prend des produits et, par recoupement avec d'autres parents, il semble que circulent des substances de type amphétaminiques. Elle s'inquiète également pour son apprentissage, car les lundis sont marqués par un absentéisme. Au début il se levait lorsqu'elle l'appelait ; actuellement cela n'est plus toujours le cas. Elle demande qu'on fasse des tests urinaires. Le patient commence par nier puis, mis devant l'immédiateté des tests, finit par avouer. Par contre, il banalise.

Quinze ans plus tard la situation est la suivante : le patient est sous méthadone mais va bien. Il a ouvert un magasin de chanvre et semble faire de bonnes affaires, dans la légalité. Il consomme occasionnellement de l'héroïne, du cannabis et de l'alcool, de façon contrôlée.

La mère tient un restaurant en ville qui est un lieu de rassemblement pour alcoolodépendants. Elle boit avec eux et elle est décrite comme étant plus ivre que ses clients

à certaines occasions. Le patient se sent obligé de prendre soin de sa mère et l'emmène faire des tours en voiture pour l'éloigner des risques. Ils se font du souci l'un pour l'autre. Le patient est régulièrement suivi à ma consultation. En revanche la mère n'a pas de médecin traitant et ne demande rien pour elle. Elle s'est trouvé un ami, également alcoolodépendants, avec une grave cardiomyopathie alcoolique qui lui occasionne une insuffisance cardiaque. Elle l'a envoyé consulter. Cet ami tout en sachant que ses jours sont comptés s'il continue à boire, ne change rien à sa vie. La mère et son fils passent par tous les états émotionnels possibles, du rejet à la colère, de la dépression à la lutte pour le soigner, même contre son gré.

Le père du patient est parti vivre dans un pays lointain où il est également devenu alcoolodépendant. Actuellement son état serait critique, mais il ne boit plus. Il a trouvé là-bas une douce épouse qui le soigne avec dévouement sans demander grand-chose pour elle-même.

Cas no 2

Patient de 27 ans, travaillant aux ateliers CFF, où il a fait son apprentissage. Il est décrit comme agréable et bon ouvrier. Mais, progressivement, il développe une sorte d'irritabilité qui amène des conflits au travail : il se montre convaincu d'être moins bien traité que les autres. Son attitude lui attire des remontrances, du rejet, de la solitude. Il se met à consommer de plus en plus d'héroïne pour se calmer et finit par consulter lorsque son employeur le menace de renvoi et de faire des tests d'urine. À l'examen, il est difficile de ne pas entrer en conflit ; il est méfiant, interprétatif, irritable. Malgré la prise en charge, sa santé psychique se dégrade progressivement de même que l'organisation de sa pensée. Sa famille ne veut plus le voir et il ne vient plus à la consultation.

Dans les suites, il est hospitalisé plusieurs mois dans un hôpital psychiatrique pour un délire paranoïde. Il revient en consultation environ six mois plus tard pour poursuivre sa cure de méthadone. Quelques semaines plus tard, à la suite d'une rupture sentimentale, il fait une overdose qui l'amène à être réhospitalisé en milieu psychiatrique. Après amélioration, il est décidé de le mettre dans

un foyer pour personnes psychiatriquement handicapées. Très rapidement se noue une relation sentimentale intense avec l'infirmière cheffe. Celle-ci est démise de ses fonctions

avec effet immédiat. L'infirmière et le patient emménagent ensemble et le patient décide de changer de médecin.

Bibliographie

- Bhowmick, P., Tripathi, B.M., Jhingan, H.P., & Pandey, R.M. (2001). Social support, coping resources and codependence in spouses of individuals with alcohol and drug dependence. *Indian Journal of Psychiatry*, 43, 219-224.
- Cormier, P. (1995). Decision to join a mutual aid group. *The Canadian Nurse*, 91(5), 41-5.
- Kozma, N. (2009). Co-dependency and addictions in close relationships. Theoretical review. *Psychiatria Hungarica*, 24(6), 388-413. .
- Harkness, D. & Cotrell, G. (1997). The social construction of co-dependency in the treatment of substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(5), 473-480.
- Hopkins, L. M., & Jackson, W. (2002). Revisiting the issue of co-dependency. Caring or caretaking? *Canadian Journal of Nursing Research*, 34, 35-46.
- Stafford, L. (2001). Is codependency a meaningful concept? *Issues in Mental Health Nursing*, 22(3), 273-286.
- Wright, P.H., & Wright, K.D. (1990). Measuring codependents' close relationships: A preliminary study. *Journal of Substance Abuse*, 2, 335-344.

Psychiatrische Komorbidität bei Co-Abhängigkeit

George Riesen
FNA, La Chaux-de-Fonds

Jean-Pierre Vögeli
AVMCT, Yverdon-les-Bains

Das Konzept der Co-Abhängigkeit noch relativ jung ist. Es wurde in den 80ern im Zusammenhang mit Angehörigen erst nur von Alkoholkranken verwendet. Die hauptsächlichsten Kriterien der Co-Abhängigkeit wie sie dabei verwendet wurden entsprechen den Zügen einer abhängigen Persönlichkeitsstörung (jemand der sich um andere Personen kümmert und sich dabei selber stark vernachlässigt)

Es wurden Fragebogen entwickelt, um Personen, die an einer Co-Abhängigkeit leiden, erkennen zu können (z.B. Codependence Assessment Questionnaire (CAQ); Friel Co-dependence Assessment Inventory). Allerdings wurde auch festgestellt, dass relativ schwierig war, bei Personen mit betreuenden, empathischen Berufen, wie Pflegende oder Ärzte, eine Verzerrung der Studienresultate auszuschließen.

Es wurden auch Kritiker laut, die geltend machten, dass das Co-Abhängigkeitsmodell Frauen benachteiligte (gender bias) und zudem die Verantwortung auf unschuldige Opfer von Substanzmissbrauchern abschiebe.

Es wird postuliert, dass es ein typisch weibliches Co-Abhängigkeitsmodell gibt, charakterisiert durch Kontrolle, übertriebene Verantwortung und Helfersyndrom und Werteüberadaptation; und ein typisch männliches Modell nur mit Kontrolle und übertriebener Verantwortung.

Das Konzept der Co-Abhängigkeit hat sich erweitert um aktuell nun eher einen dysfunktionalen Beziehungsstil zu umschreiben. In diesem Sinne definiert sich die eher als « Krankhaftes Anpassungsverhalten an die Substanzabhängigkeit eines anderen ».

Dies hat uns dazu geführt, entsprechend zwei Funktionsarten näher anzuschauen :

- die **Persönlichkeitsstörung vom Abhängigkeitstyp** (natürlich nicht mit « Abhängig » zu verwechseln) einerseits und
- eine **Beziehungsstörung vom Typ Abhängigkeit nach Extremgefühlen** (Emotionsjunkie; ich liebe/hasse dich über alles da du zurückkommst nachdem du mich schon x mal verlassen hast etc.) andererseits.

Die beiden folgenden Fallbeschreibungen dienen zur Illustration der beiden Funktionsmodelle und als Basis für die anschliessende Diskussion:

Fall Nr. 1

Ein junger Mann von 17 Jahren, der mir von seiner Mutter gebracht wird. Sie ist beunruhigt, da er jedes Wochenende mit Freunden auf Partys geht und sie hat festgestellt, dass er am nächsten Tag « komisch » ist. Er sei am nächsten Tag ungewöhnlich müde und rote Augen sogar noch am Mittag. Sie ist überzeugt, dass er irgendwelche Drogen nehme und durch Informationen über andere Eltern hat sie erfahren, dass Amphetamine im Umlauf seien. Auch für die Lehre macht sie sich sorgen, da er am Montag häufig fehle. Am Anfang sei er noch aufgestanden, wenn sie ihn angerufen habe, was nun nicht mehr immer der Fall sei. Sie würde gerne Urintest bei ihm machen lassen. Der Patient streitet zuerst alles ab, schliesslich gibt er es aufgrund der Laborresultate zu, banalisiert aber.

Fünfzehn Jahre später zeigt sich folgende Situation: Der Patient ist unter Methadon, es geht ihm aber recht gut. Er hat einen Hanfladen eröffnet und scheint damit legal gute Geschäfte zu machen. Er konsumiert noch ab und zu Heroin, Cannabis und Alkohol aber in kontrolliertem Mass.

Die Mutter führt ein Restaurant in der Stadt, ein Treffpunkt für Alkoholiker. Sie trinkt mit ihnen und es kommt vor, dass sie manchmal betrunkenener ist als ihre Kunden. Der Sohn kümmert sich nun um sie und er fühlt sich verpflichtet, sie mit seinem Auto auszuführen, um sie aus dem Risikobereich fernzuhalten. Sie machen sich gegenseitig Sorgen

umeinander. Der Sohn kommt regelmässig in die Arztpraxis.

Die Mutter hat, keinen Hausarzt und äussert auch keine Bedürfnisse dahingehend. Dagegen hat sie nun einen Freund, auch Alkoholiker, mit einer fortgeschrittenen Alkoholkardiomyopathie mit Herzinsuffizienz. Sie hat ihn zu mir in die Hausarztpraxis geschickt. Dieser, im Wissen darum, dass seine Tage gezählt sind, wenn er weiter trinkt, ändert nichts an seiner Situation. Die Mutter und der Sohn durchleben alle möglichen Zustände wegen ihm, von Ablehnung bis Wut, von Resignation bis zum Kampf, ihn womöglich gegen seinen Willen zu behandeln.

Der Vater des Patienten ist in ein fernes Land gezogen, wo er ebenfalls Alkoholiker geworden ist. Sein Zustand sei kritisch aber er habe aufgehört zu trinken. Er habe dort eine fürsorgliche Ehefrau, die ihn mit Hingabe pflegt, ohne viel für sich zu verlangen.

Fall Nr. 2

Ein 27 jähriger Patient, der im Werkhof bei den SBB arbeitet, wo er auch seine Lehre gemacht hatte. Er wird als angenehmer und guter Arbeiter beschrieben. Aber nach und nach entwickelt er eine Art Reizbarkeit, die zu Arbeitskonflikten führt: Er ist überzeugt, dass er schlechter behandelt wird als die anderen. Seine Haltung führt zu Verwarnungen, Rückweisungen und Einsamkeit. Er beginnt mehr und mehr Heroin zu konsumieren und meldet sich schliesslich aufgrund der Kündigungsdrohung des Arbeitgebers für Laborkontrollen in der Hausarztpraxis. Bei der Untersuchung ist es schwierig, mit dem Patienten nicht in Konflikt zu geraten, er ist misstrauisch, interpretierend, reizbar. Trotz der hausärztlichen Betreuung verschlechtert sich seine psychische Gesundheit, insbesondere der Organisationsgrad seiner Gedanken nimmt ab. Seine Familie will in nicht mehr sehen und er kommt schliesslich nicht mehr zur Konsultation.

Schliesslich wird er für mehrere Monate wegen Verfolgungswahn in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert. Er kommt 6 Monate später wieder in die Hausarztpraxis um seine Methadonsubstitution fortzusetzen.

Einige Wochen später, nach einem gescheiterten Verhältnis wird er aufgrund

einer Überdosis im Spital und schliesslich auf der Psychiatrie eingeliefert. Es wird entschieden, ihm im Anschluss in ein Psychiatriepflegeheim einzuweisen. Schnell entwickelt sich dort mit der bis anhin unauffälligen leitenden Pflegefachfrau eine

heftige Beziehung. Diese entscheidet sich abrupt, ihre Arbeitsstelle zu kündigen. Die beiden ziehen in einen gemeinsamen Haushalt und der Patient wechselt den Hausarzt.

Literaturangaben

- Bhowmick, P., Tripathi, B.M., Jhingan, H.P., & Pandey, R.M. (2001). Social support, coping resources and codependence in spouses of individuals with alcohol and drug dependence. *Indian Journal of Psychiatry*, 43, 219-224.
- Cormier, P. (1995). Decision to join a mutual aid group. *The Canadian Nurse*, 91(5), 41-5.
- Kozma, N. (2009). Co-dependency and addictions in close relationships. Theoretical review. *Psychiatria Hungarica*, 24(6), 388-413. .
- Harkness, D. & Cotrell, G. (1997). The social construction of co-dependency in the treatment of substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(5), 473-480.
- Hopkins, L. M., & Jackson, W. (2002). Revisiting the issue of co-dependency. Caring or caretaking? *Canadian Journal of Nursing Research*, 34, 35-46.
- Stafford, L. (2001). Is codependency a meaningful concept? *Issues in Mental Health Nursing*, 22(3), 273-286.
- Wright, P.H., & Wright, K.D. (1990). Measuring codependents' close relationships: A preliminary study. *Journal of Substance Abuse*, 2, 335-344.

Interagir avec le conjoint au cabinet médical

Charly Cungi
Clinique Belmont, Genève

Alain Perroud
Clinique Belmont, Genève

Christian Junet
GPMA, Genève

Le traitement des problèmes de dépendance doit tenir compte du milieu dans lequel vit et a vécu un patient, au niveau du couple, de la famille et des proches, du travail, des activités extra-professionnelles et extra-familiales. Sans cela, le risque d'échec des thérapies est très important.

Comprendre une addiction nécessite le plus souvent de bien comprendre les interactions entre le sujet et les autres au moins à trois niveaux :

1. les **phénomènes de codépendance** et de quelles manières ceux-ci participent au maintien du problème ;
2. **comment engager l'entourage**, pour aider à la **résolution des problèmes** qui se posent dans la thérapie ;
3. comment « utiliser » l'entourage pour **développer un nouveau mode de vie** sans le comportement addictif.

Les familles, particulièrement les conjoints, sont la plupart du temps prêts à aider les patients mais sont fréquemment découragés car ce qu'ils ont fait jusqu'à présent n'a pas eu de résultats, ou parce qu'ils sont « pris » dans le phénomène de dépendance, avec la crainte d'aggraver le problème ou de faire souffrir les patients, ou encore car ils sont devenus agressifs et moralistes et ne savent pas comment s'y prendre.

Il n'est pas rare, dans ce contexte, que les conjoints contactent spontanément les soignants pour expliquer ce qu'ils vivent et pour avoir des conseils. Il serait dommage de ne pas en profiter pour mieux comprendre le problème et explorer les possibilités de participation de ces personnes dans le processus thérapeutique. Si le conjoint ou la famille proche ne prennent pas contact avec

les soignants, il serait également dommage que ces derniers ne le fassent pas. Dans les deux cas de figure, ce serait se priver d'informations souvent très utiles pour la thérapie et d'une aide le plus fréquemment très efficace.

Dans le cas d'un couple, une bonne alliance thérapeutique avec le patient et le conjoint, suivie d'une analyse fonctionnelle centrée sur les interactions, permet le plus souvent de mettre en évidence, d'une part les éventuels facteurs actuels de maintien et d'aggravation du problème, comme les phénomènes de codépendance et, d'autre part, l'histoire de ces facteurs au fur et à mesure que l'addiction s'est installée. Cette analyse fonctionnelle permet de définir les objectifs du traitement et dans un second temps les stratégies thérapeutiques, les moyens pour les mettre en œuvre, y compris la participation et l'aide du conjoint.

L'analyse fonctionnelle, quand elle est menée en collaboration avec les deux membres du couple, est particulièrement utile pour prendre en compte la souffrance du patient et du conjoint, pour réduire les résistances et les réactances au processus de la thérapie ainsi que pour optimiser les ressources disponibles pour plus d'efficacité. Il s'agit de mettre en mouvement un esprit d'équipe avec comme but le changement de vie nécessaire pour sortir de l'abstinence et maintenir les résultats particulièrement de prévenir les rechutes.

Pour cela les soignants doivent faire preuve de pédagogie, savoir mener des entretiens individuels et de couple et savoir déjouer les pièges relationnels avec des techniques spécifiques.

Bibliographie

Cungi, C. (2009). *Faire Face aux dépendances*. Paris : Editions Retz.
Cungi, C. (2009). *L'alliance thérapeutique*. Paris : Editions Retz.

Groupes thérapeutiques de proches

Daniela Dunker Scheuner

Section d'addictologie, Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne

Daniel Alhadeff

Consultation d'alcoologie, Service de médecine de premier recours, HUG, Genève

Nos objectifs, pour cet atelier, sont de souligner l'intérêt de travailler avec les proches de personnes dépendantes dans le contexte d'un groupe, de présenter l'approche CRAFT (Commitment Reinforcement and Family Training), développée pour la prise en charge unilatérale du proche dépendant, et l'application de cette approche dans un format de groupe, ainsi que de s'exercer sous la forme de mises en situation.

Plusieurs raisons justifient la prise en charge thérapeutique des proches de personnes dépendantes de produits psychotropes : pour améliorer la qualité de vie du proche et pour favoriser le changement, ou le maintien du changement, chez la personne dépendante.

En effet, les proches peuvent avoir une influence sur le comportement de la personne dépendante, sans pour autant en être responsables. Par ailleurs, les proches de personnes dépendantes ont aussi besoin d'aide, étant souvent victimes de violences et de problèmes relationnels, favorisant entre autres dépression et anxiété.

Nous avons identifié trois approches de type unilatéral : l'approche qui se base sur les douze étapes (Al-Anon), l'approche proposée par le Johnson Institut (Johnson, 1986), et l'approche CRAFT (Community Reinforcement and Family Training), conçue par Smith et Meyers (Meyer & Wolfe, B.2004 ; Smith & Meyers, 2004). Nous développons

cette dernière approche dans nos institutions (CHUV à Lausanne et HUG à Genève).

CRAFT est une approche *thérapeutique* qui vise à aider et orienter le proche d'une personne dépendante à adopter des comportements qui vont favoriser la personne dépendante à entrer en traitement, à réduire l'abus de substances et à améliorer sa qualité de vie. L'idée de base de cette approche part du constat que les proches contribuent déjà de manière importante au traitement d'une personne dépendante et qu'ils peuvent jouer un rôle déterminant dans la décision de cette personne à rentrer en traitement et à maintenir un projet. Dans les études menées sur l'approche CRAFT, il ressort que les proches qui bénéficient de ce traitement apprennent à influencer favorablement une personne dépendante et en retirent des bénéfices pour eux-mêmes, en devenant plus indépendants, moins déprimés et anxieux, même si leur proche dépendant ne rentre pas en traitement à la fin du programme (Miller, Meyers, & Tonigan, 1999 ; Roozen, de Waart, & van der Kroft, 2010).

CRAFT est une approche *unilatérale* puisque nous travaillons uniquement avec le proche d'une personne dépendante. Elle est

également une approche basée sur *les principes de la thérapie comportementale* puisqu'elle met l'accent sur l'apprentissage de nouvelles compétences pour faire face aux problèmes. Ces compétences incluent l'entraînement à une communication plus efficace (affirmation de soi), l'apprentissage de l'utilisation de renforçateurs positifs en cas de non-consommation et à éliminer ou diminuer le renforcement positif lié à la consommation de produits. CRAFT est également une approche *motivationnelle* puisque le proche apprend à mettre en balance les avantages et inconvénients du comportement de la personne dépendante en évitant le jugement et la confrontation.

Les avantages que nous avons rencontrés avec cette approche en groupe sont le partage des expériences de vie, la confiance qui se développe entre les participants, le fait que les participants peuvent être des partenaires dans les jeux de rôle, la richesse dans le « brain storming » ; le fait d'être valorisé par des pairs semble être plus renforçateur que d'être valorisé par des professionnels ; et finalement, le poids que les différentes expériences apportent au feed-back, permettant également un apprentissage par modèle.

Bibliographie

- Johnson, V. E. (1986). *Intervention: How to help those who don't want help*. Minneapolis: Johnson Institute.
- Meyer, R. J. & Wolfe, B. L.. (2004). *Get your loved one sober: Alternatives to nagging, pleading and threatening*. Center City, MN : Hazelden Publications.
- Miller, W.R., Meyers, R.J., & Tonigan, J.S. (1999, October). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol*,67(5), 688-697.
- Roozen, H.G., de Waart, R., & van der Kroft, P. (2010 October). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105(10), 1729-1738. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x. Review. Erratum in: *Addiction*. 2010; Nov;105(11):2040.
- Smith, J.E. & Meyers, J.R. (2004). *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment*. The New York : Guildford Press.

De la rue à la salle d'attente et vis-versa

Les travailleurs sociaux hors murs (TSHM)

Jean-Charles Beaud
REPER, Fribourg

Cédric Perriard
Centre St-Martin, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne

« JP est sorti de prison récemment. Il décide de refaire sa vie à Lausanne, principalement pour fuir des anciens problèmes et des sollicitations liées à ses consommations. Son changement de lieu de vie est précipité et peu construit. Il rechute malgré sa motivation à stopper les consommations. Sans logement et ne connaissant que peu de monde, il est en plus sans ressources financières car il ne s'est pas présenté auprès du service de patronage. Il vit de la débrouille et du deal. Il fréquente tous les jours les lieux publics où se réunissent les autres consommateurs. De fil en aiguille, il rencontre un éducateur de rue avec qui il crée un début de relation de confiance et lui exprime son souhait de changer. Il décrit aussi ses peurs face aux institutions. Il n'a plus eu de suivi médical en dehors de ses séjours en prison, ou lors de consultations sporadiques aux urgences. Son dernier suivi en cabinet remonte à quelques années, avec le médecin de famille. Cela c'était assez mal passé, les comportements de JP (agressivité, retards, rendez-vous manqués, etc.), et le fait que le médecin était aussi celui de ses parents, avaient ruiné la confiance minimale indispensable à la prise en charge. L'éducateur de rue va travailler avec JP pour faire émerger une demande et lui expliquer les exigences de la prise en charge, notamment dans un centre spécialisé ou chez un médecin en cabinet. »

Il semble exister de nombreuses similitudes entre la salle d'attente d'une institution, comme le Centre St-Martin, et la rue. Premièrement, ce sont des lieux de passage, de transition. On y attend quelqu'un, un rendez-vous, une occasion. Cette attente est publique, elle permet des contacts et des partages informels avec l'autre. C'est ainsi qu'il faut lire les rassemblements dans des lieux spécifiques de la ville. «Les gares et les centres commerciaux constituent des points d'attraction dans l'investissement global de

l'espace de la rue qui permettent la rencontre de divers groupes et individualités.» (Panuzzi, 2000, p. 91).

La rue et la salle d'attente sont des lieux de mise en scène de soi (Goffman, 1973). Ces espaces, moins cachés que les appartements, induisent des formes de comportements liés aux phénomènes de groupe. La rue n'est pas un lieu privé, caché, mais de visibilité. Le terme d'« espace publique » qualifie mieux cet espace de visibilité, « espace de coprésences et de tensions » (Kokoreff, 1993, cité dans Panunzi-Roger, 2000, p. 90) qu'est la rue mais également la salle d'attente.

La fréquentation de lieux publics implique l'appropriation de règles minimales de comportement. Comme personne ne vit entièrement hors de la société, personne ne peut vivre hors des contraintes minimales imposées par le vivre ensemble. La simple participation au « groupe » de toxico-dépendants implique aussi de respecter certaines règles minimales ; la survie du groupe en dépend. « Les structures institutionnalisées ont à la fois une fonction instrumentale (lieu-ressource, information) et une fonction de sociabilité (rencontre, contact). »(Panuzzi, 2000, p. 90). Dans la salle d'attente et dans la rue, le rôle des pairs, des « anciens » est primordial. Il se passe une transmission informelle de savoirs : règles, combines, tuyaux pour se soigner, connaissance des traitements, etc. Les « anciens » sont parfois les porteurs du sens, de la culture du lieu qu'ils transmettent. Il s'agit autant de compétences de survie que de socialisation.

Ces entre-deux, l'utilisateur ne s'y vit pas entièrement comme un patient. Ces lieux permettent d'exprimer des non-dits difficiles à exprimer là où les enjeux sont plus forts

(cabinets médicaux, bureau de l'assistant social, bureau du juge...)

Les enjeux de contrôle social ne sont pas absents car, par sa seule présence, renforcée par son statut et sa fonction, le professionnel représente les institutions, avec parfois le risque d'être instrumentalisé pour « jouer la police ». Il s'agit d'être conscient du pouvoir associé au statut face au patient.

Autant la rue que la salle d'attente sont utiles à la prise en charge globale. Par exemple, l'observation de syndrome « bas bruit », ces patients qui ne vont pas bien mais qui ne formulent aucune demande. Les informations ainsi recueillies doivent enrichir la prise en charge, bien sûr en respectant les cadres légaux et éthiques.

Dans le cabinet du médecin

« Nous le considérons comme un patient parmi les autres, sans le stigmatiser ni lui donner des passe-droits. Il importe qu'il puisse se retrouver dans une salle d'attente parmi le « tout venant ». Ce sera souvent son premier lieu de réinsertion sociale ! De même, il faut clairement lui signifier que nous attendons de lui le respect d'un cadre minimal : respect des horaires, participation financière (fût-elle symbolique), calme de la salle d'attente, etc. Poser ce cadre, c'est déjà en soi thérapeutique pour ces patients chez qui la notion de limites a depuis longtemps disparu (le « tout, tout de suite »). Un des corollaires est de ne pas suivre un nombre excessif de patients toxicodépendants de front : la salle d'attente deviendrait

rapidement ingérable. » (Lacroix & Baudouin, 2004, p.17).

Avoir un médecin de famille, c'est établir une relation de soins « comme tout le monde » et c'est une étape dans la trajectoire vers le rétablissement. Cela permet aussi de s'émanciper des lieux spécifiques (risque de ghettoïsation).

A retenir

- Soigner l'accueil sur un mode empathique et non jugeant favorise l'alliance thérapeutique. L'approche centrée sur la personne de Carl R. Rogers peut servir d'inspiration à ce type d'accueil. Il s'agit de concevoir l'attente comme faisant partie intégrante de la consultation.
- Nécessité d'une bonne connaissance du réseau socio-sanitaire et des rôles de chacun, seule possibilité d'offrir un suivi global. S'appuyer sur les institutions spécialisées, y compris les TSHM (travailleurs sociaux hors murs). Ne pas se priver de la richesse des observations de la rue ou de la salle d'attente.
- Outils possibles : travail en réseau, consultations accompagnées, travail de liaison et soutien aux médecins en cabinet, de la part des institutions spécialisées ou des travailleurs sociaux hors murs, directives anticipées sous forme de contrats permettant d'intégrer le travailleur social hors murs dans la prise en charge, périodes de « reprise » du patient dans la consultation spécialisée.

Bibliographie

- Lacroix, S. & Baudouin, D. (2004). Rôle du médecin généraliste dans les problématiques de toxicomanie. *Education du patient et enjeux de santé*, 22, 15-18.
- Goffman, E. (1973). *La Mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Minit.
- Panunzi-Roger, N. (2000). *Le toxicomane et sa tribu*. Paris : Desclée de Brouwers.

Suivre les enfants de parents alcoolodépendants

Corine Kibora
Addiction Info Suisse

Georg Kling
Integrierte Suchthilfe, Winterthur

Patrick Haemmerle
RFSM, Marsens

La réalité des enfants vivant dans des familles ayant un problème d'alcool a été prise en compte relativement tard par la communauté scientifique. C'est en effet dans les années 80 que les premiers modèles théoriques de l'alcoolodépendance, le décrivant comme une maladie familiale, voient le jour.

Addiction Info Suisse estime qu'il y a en Suisse 250'000 personnes alcoolodépendantes. Sur cette même base, on peut affirmer que des dizaines de milliers d'enfants vivent dans une famille ayant un problème d'alcool. Environ 30% des enfants concernés vont développer à leur tour des problèmes de dépendance à l'âge adulte (Klein, 2008). Ils ont aussi un risque plus élevé de connaître des difficultés psychiques, telles que troubles anxieux ou dépression. Ces enfants constituent le plus grand groupe connu à risque de développer des problèmes de dépendance. Au bénéfice de facteurs protecteurs suffisants, ces enfants sont cependant en mesure de développer une personnalité autonome et saine, notamment lorsqu'ils sont en mesure de dépasser l'isolement, en reconnaissant et en confiant leur situation, et lorsqu'ils ne portent pas la responsabilité et la culpabilité de la maladie de leur parent.

Les programmes ayant fait leurs preuves comprennent les éléments suivants (Emshoff, 1999) :

- information sur l'alcool et l'alcoolisme ;
- renforcement des ressources : apprendre à composer avec des sentiments négatifs ou des situations stressantes et à obtenir de l'aide à l'extérieur ;
- renforcement des compétences sociales : il s'agit notamment de

l'estime de soi, du sentiment d'efficacité personnelle, des aptitudes relationnelles, de la capacité à exprimer des sentiments et élaborer des stratégies de résolution des conflits ;

- activités alternatives (sport, jeux, vacances).

Dans l'ensemble, fin 2010, on dénombrait 14 offres spécifiques en Suisse dans 10 cantons. Cependant, force est de constater que les projets existants, que ce soit en Allemagne ou en Suisse, sont rarement évalués scientifiquement (Arenz-Greiving, 2007). Les rapports à disposition portent sur la structure ou les processus, rarement sur les résultats et l'efficacité.

Deux projets ont été à ce jour accompagnés scientifiquement : il s'agit d'un programme de thérapie individuelle à Winterthur et d'un programme impliquant les parents en Argovie. A Winterthur, les résultats ont montré une évolution positive significative des enfants. En Argovie, le projet a impliqué dès le départ un large réseau de professionnels ainsi que les parents. La phase préparatoire comportait notamment une enquête auprès des parents à l'aide d'un questionnaire dans les centres de conseil ambulatoire dont voici les résultats principaux :

- plus de 70% des parents souhaitent un groupe de parole pour leurs enfants ;
- plus de 60% des parents souhaitent un cours sur les questions d'éducation.

Des cours pour parents ainsi qu'un groupe de parole pour enfants ont démarré en 2010 ; une évaluation sera disponible en 2013. Dans les deux cas, l'importance accordée au réseau est primordiale : c'est en effet en sensibilisant les professionnels à même de

leur adresser des enfants que ces offres sont susceptibles d'atteindre leur public.

Le plus grand défi consiste en effet à repérer de manière précoce ces enfants et à leur offrir une aide adéquate. Ils sont en effet doublement victimes : pour les parents concernés, il est déjà malaisé de reconnaître la dépendance et il leur est encore plus difficile d'admettre la souffrance de l'enfant, sans compter la peur d'être mal jugé. Pour les thérapeutes, parler de parentalité avec les adultes touchés par la dépendance revêt un enjeu fort. De plus, tous les enfants ayant un parent alcoolodépendant ne nécessitent pas un accompagnement spécifique.

Pour améliorer le repérage et l'intervention, on peut préconiser les pistes suivantes :

- sensibilisation de l'opinion publique et des différents groupes de professionnels ;

Bibliographie

- Arenz-Greiving, I. & Kober, M. (2007). Metastudie. Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern. Münster: Trialog.
- Emshoff, J.G. & Price, A.W. (1999). Prevention and intervention strategies with children of alcoholics. *Pediatrics*, 103, 1112-1121.
- Klein, M. (2008). *Kinder und Suchtgefahren: Risiken – Prävention – Hilfen*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

- offres à bas seuil (site internet, ligne téléphonique). Addiction Info Suisse a ouvert un site dédié en avril 2010 : www.papaboit.ch www.mamanboit.ch offrant des informations et un espace de discussion supervisé ;
- soutien et accompagnement des parents dans leur rôle éducatif.

Addiction Info Suisse s'engage depuis 2003 sur cette thématique. La fondation coordonne, sur mandat de l'OFSP, une plateforme d'échanges nationale réunissant les professionnels ayant des offres pour les enfants. Elle soutient la mise sur pied de projets novateurs et poursuit son travail de sensibilisation auprès du grand public et des professionnels.

Kinder von alkoholbelasteten Eltern Unterstützung geben

Corine Kibora
Addiction Info Suisse

Georg Kling
Integrierte Suchthilfe, Winterthur

Patrick Haemmerle
RFSM, Marsens

Die Wissenschaft schenkte den Kindern in Familien mit einem Alkoholproblem relativ spät Beachtung: erst, Erst in den 80er Jahren als erste theoretische Modelle entwickelt wurden, wurde die Alkoholabhängigkeit im familiären Kontext als eine Familienkrankheit beschrieben.

Gemäss einer Schätzung von Sucht Info Schweiz sind in der Schweiz rund 250.000 Menschen von einer Alkoholabhängigkeit betroffen. Mehrere zehntausend Kinder wachsen schätzungsweise in einer alkoholbelasteten Familie auf. Ca. 30% der Kinder aus suchtbelasteten Familien entwickeln im Erwachsenenalter selbst eine Abhängigkeits-

erkrankung (Klein, 2008). Darüber hinaus haben sie ein deutlich erhöhtes Risiko für andere psychische Erkrankungen wie etwa Depressionen oder Angststörungen.

Obschon diese Kinder als grösste Risikogruppe für die Entwicklung von Abhängigkeits-erkrankungen gelten, können sie unter günstigen Bedingungen dennoch eine autonome und gesunde Persönlichkeit entwickeln, vor allem wenn es ihnen gelingt, ihre Isolation zu überwinden, Vertrauen zu fassen, ihre Situation anzunehmen ohne dabei die gesamte Verantwortung für die Situation ihrer Eltern und die damit verbundenen Schuldgefühle zu tragen.

Programme, die sich in diesem Kontext bewährt haben, beinhalten vor allem folgende Elemente (Emshoff 1999) :

- Information über Alkohol und Alkoholabhängigkeit
- Ressourcenförderung: Erlernen des Umgangs mit negativen Emotionen und stressbeladenen Situationen sowie der Suche nach externer Unterstützung
- Stärkung der Sozialkompetenzen wie Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Beziehungsfähigkeit sowie die Fähigkeit, seine Gefühle auszudrücken und Konfliktlösungsstrategien zu entwickeln
- Alternative Aktivitäten (Sport, Spiel, Ferien...)

Ende 2010 existierten in der Schweiz in 10 Kantonen insgesamt 14 Unterstützungsangebote für Kinder von abhängigen Eltern. Analog zu Deutschland (Arenz-Greiving, 2007) werden auch in der Schweiz nur wenige dieser Angebote -wissenschaftlich evaluiert. Die bisherigen Berichte fokussieren vor allem auf Struktur- oder Prozessanalysen, berücksichtigen jedoch weniger die Wirksamkeit oder den Nutzen für die Betroffenen. In der Schweiz wurden bislang zwei Programme wissenschaftlich begleitet: ein Programm der integrierten Suchthilfe Winterthur sowie eines im Kanton Aargau. Die Ergebnisse aus Winterthur belegen insgesamt eine positive Entwicklung der Kinder.

Das Projekt im Kanton Aargau hat von Beginn an die Eltern sowie ein recht grosses Helfernetz miteinbezogen. In der Vorbereitungsphase wurden die Eltern der am Programm teilnehmenden Kinder auf den Beratungsstellen mit Hilfe eines Fragebogens befragt. Die Umfrage zeigte folgende Ergebnisse :

- Mehr als 70% der Eltern wünschen sich eine Therapiegruppe für ihre Kinder
- Mehr als 70% der Eltern wünschen sich einen Kurs zur Stärkung ihrer eigenen erzieherischen Fähigkeiten

2010 startete die erste Therapiegruppe, mit ersten Evaluationsergebnissen ist voraussichtlich 2013 zu rechnen.

Literaturangaben

- Arenz-Greiving, I. & Kober, M. (2007). Metastudie. Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern. Münster: Trialog.
- Emshoff, J.G. & Price, A.W. (1999). Prevention and intervention strategies with children of alcoholics. *Pediatrics*, 103, 1112-1121.

In beiden Fällen zeigt sich die Bedeutung einer guten Netzwerkarbeit: Durch eine Sensibilisierung auch des professionellen Helfernetzes für die Problematik der Kinder und die kontinuierliche Arbeit im Rahmen dieser Programme ist es möglich, diese Programme auch einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Die grösste Herausforderung ist indes das frühzeitige Erkennen der Problematik bei den betroffenen Kindern und damit verbunden eine frühzeitige Intervention. Die Kinder sind oft in doppelter Weise betroffen: den Eltern fällt es häufig bereits schwer, ihre eigene Abhängigkeitsproblematik zu akzeptieren; sich auch noch das Leid ihrer Kinder einzugestehen ist für viele doppelt schwierig. Hinzu kommen noch Ängste vor Verurteilung durch andere. Das Ansprechen der Elternrolle bei abhängigen Eltern ist für Therapeuten und Therapeutinnen eine besondere Herausforderung. Ausserdem benötigen auch nicht alle Kinder von Eltern mit einer Suchtproblematik eine spezifische Unterstützung.

Um die Unterstützungs- und Interventionsmöglichkeiten zu verbessern, haben sich vor allem folgende Strategien bewährt :

- Sensibilisierung der Öffentlichkeit und des professionellen Helfernetzes
- Niederschwellige Angebote (Internetseiten, telefonische Unterstützung). (Sucht Info Schweiz bietet seit 2010 zwei Internetforen an :www.papatrinkt.ch, und www.mamatrinkt.ch)
- Unterstützung und Begleitung der Eltern in ihrer Erziehungsrolle

Sucht Info Schweiz engagiert sich seit 2003 für Kinder von abhängigen Eltern. Die Stiftung koordiniert im Auftrag des BAG eine nationale Plattform für Leitende von Unterstützungsangeboten für Kinder von suchtkranken Eltern, fördert die Entwicklung neuer innovativer Projekte und setzt sich für die Sensibilisierung der Öffentlichkeit sowie der in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen ein.

HCV et HIV : Généralités et incidence pour les proches

Laurence Clivaz Mariotti
RFSM, Marsens

Christian Chuard
HFR, Fribourg

« L'un de vos patients a entendu parler de l'hépatite C et souhaite votre avis quant à un dépistage et ses conséquences, que lui répondre ? »

Aujourd'hui, chaque médecin généraliste se trouve confronté à une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) chez plusieurs de ses patients. En effet, on estime en Suisse qu'environ 70'000 personnes sont contaminées à l'heure actuelle, soit environ 1% de la population, mais que seulement la moitié de ces cas sont diagnostiqués. Près des 2/3 des nouvelles infections concernent des personnes consommatrices de drogues par voie intraveineuse (OFSP, n.d.). Plusieurs campagnes ont permis de sensibiliser le personnel soignant et les patients au dépistage et à la prise en charge de cette pathologie, notamment la campagne nationale « Hepatitis C » d'Infodrog, débutée en 2009 (Menzi, Monterrubio Leu, & Galgano, 2008).

Une fois l'infection contractée, 15 à 40% des patients vont guérir spontanément durant la phase aiguë de la maladie. Les autres resteront porteurs chroniques du virus et développeront, pour environ 14 -19% d'entre eux, une cirrhose après 20 ans d'évolution (Thein, Yi, Dore, et al., 2008). Il existe des facteurs favorisant la progression vers la cirrhose. Certains de ces facteurs sont sensibles à la prévention, comme l'alcool, l'obésité, le tabagisme chronique, et d'autres non, tels que l'âge avancé lors de l'infection, le sexe masculin, une co-infection par le HIV ou l'hépatite B, le diabète (Missiha, Ostrowski, & Heathcote, 2008). On estime qu'un pic de cirrhoses décompensées et de carcinomes hépato-cellulaires, qui repré-

sentent les complications les plus redoutées du VHC, est à attendre d'ici dix ans.

A l'heure actuelle, le traitement de base du VHC consiste en une association d'interféron en injection hebdomadaire et de ribavirine en comprimés pris quotidiennement. Les effets secondaires principaux de ce traitement sont l'anémie, la neutropénie, la thrombopénie, la fatigue et les symptômes grippaux. La vaccination systématique contre les hépatites A et B ne doit pas être oubliée. Cette année, deux nouveaux médicaments (le bocéprévir et le télaprévir) sont apparus sur le marché, en complément du traitement de base, pour les infections à génotype 1 (Goossens & Negro, 2011). Cela va permettre d'augmenter les chances de guérison à 70% pour les porteurs de ce génotype (contre 45% actuellement). Par contre, hormis les exigences liées à la prise de ces nouveaux médicaments (trois prises quotidiennes à des intervalles fixes, régime riche en lipides avant les prises de télaprévir), des effets secondaires supplémentaires (hémato-logiques, cutanés, prurit anal...) viennent se rajouter à ceux du traitement de base, ce qui complique la prise en charge. Cela rend la collaboration entre le médecin généraliste et le spécialiste encore plus indispensable afin de déterminer au mieux les patients candidats à ces nouveaux traitements et optimiser leur suivi.

Qu'il s'agisse de l'hépatite C ou du HIV, une bonne compréhension de ces maladies et de leur mode de transmission pourrait permettre aux proches de personnes infectées de se protéger d'une éventuelle contamination d'une part et, d'autre part, de les accompagner plus activement dans leur démarche de traitement.

Bibliographie

- Goossens, N. & Negro, F. (2011). Nouveaux traitements de l'hépatite C : quelles cibles, quel calendrier? *Revue Médicale Suisse*, 7, 1683-1688
- Menzi, P., Cristina Monterrubio Leu, C., & Galgano, M. L. (2008). *Hépatite C : Manuel « Prévention et traitement »*. Berne : Infodrog, centrale nationale de coordination des addictions.
- Goossens, N. & Negro, F. (2011). Nouveaux traitements de l'hépatite C : quelles cibles, quel calendrier ? *Revue Médicale Suisse*, 7, 1633-1638.
- Missiha, S.B., Ostrowski, M, & Heathcote, E.J. (2008). Disease progression in chronic hepatitis C : modifiable and nonmodifiable factors. *Gastroenterology*, 134, 1699-1714
- Office fédéral de la santé publique. (n.d.) Hépatite C. Récupéré le 14 novembre 2011 depuis <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01078/index.html?lang=fr>
- Thein, H.H., Yi, Q., Dore, G.J. et al.(2008). Estimation of stage-specific fibrosis progression rates in chronic hepatitis C virus infection: A meta-analysis and meta-regression. *Hepatology*,48,418-431

Les associations d'entraide

Pascal Gache

Médecin, Spécialiste des addictions, Genève

Jean-Félix Savary

GREAA, Yverdon-les-Bains

Les associations d'entraide font partie du paysage addictologique mondial et donc romand. Leur présence dans les processus thérapeutiques est variable d'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre.

Les plus anciennes associations sont d'origine religieuse, souvent protestantes anglo-saxonnes. En Suisse, la Croix-Bleue initiée par le Pasteur Rochat a suivi de près ce mouvement d'aide aux alcoolodépendants afin qu'ils puissent devenir des alcoolodépendants repentis selon l'expression en usage jusque dans les années 50. La Croix-Bleue est très implantée en Suisse et propose diverses activités notamment sportives et de loisirs, mais aussi des rencontres et un partage entre les alcoolodépendants et leurs familles.

Aux Etats-Unis, les Alcooliques Anonymes (AA) ont, dès 1935, changé la donne en créant un programme thérapeutique mis en mots de façon plus formelle juste après la deuxième guerre mondiale par Jelinek. Ce sont les douze étapes dans lesquelles les alcoolodépendants se voient proposer également un rétablissement spirituel. Ces « fraternités » des AA ont rapidement essaimé vers d'autres addictions :

Narcotiques Anonymes, Cocaïne Anonymes, Joueurs Anonymes, etc.

En Italie, on a formé des Clubs, soit des groupes familiaux qui se réunissent en général dans un café pour créer une vie sociale et encourager les alcoolodépendants à ne pas boire, et dans le même temps à garder une vie sociale.

En France, en plus d'associations telles que la Croix-Bleue, la Croix d'Or, Vie Libre, de nombreux groupes d'essence professionnelle se sont créés pour aider les alcoolodépendants : La Poste, La SNCF, Peugeot, etc.

Au fond, en fonction de la culture et des opportunités, chacun a ouvert une voie de soutien non médicalisé.

Les attitudes des professionnels varient également en fonction du contexte local et national. Aux USA, la plupart des centres travaillent étroitement avec les AA et utilisent le programme des douze étapes comme un pilier important de la stratégie thérapeutique. En Suisse, ces établissements sont plutôt rares (deux en Suisse romande) et la collaboration des centres avec les groupes d'entraide est souvent basée sur des

initiatives personnelles plus que sur des stratégies prédéfinies.

Les professionnels eux-mêmes oscillent entre la neutralité bienveillante et l'encouragement actif à l'égard de la fréquentation des mouvements d'entraide. Là encore, on n'observe pas d'attitudes marquantes ni standardisées.

Plusieurs grandes études ont essayé d'évaluer l'impact thérapeutique de la participation à un mouvement d'entraide. Leurs résultats sont contrastés car les méthodologies diffèrent et la mise en place du suivi est particulièrement difficile pour des associations qui fonctionnent souvent sur un mode anonyme et de totale libre participation.

Malgré ces réserves, les travaux concordent à dire que la participation à un groupe a une

incidence favorable sur le pronostic de la dépendance. Les patients qui fréquentent les mouvements d'entraide, consomment moins de substances, vont mieux sur le plan psychique lorsqu'ils ont des comorbidités, sont réhospitalisés moins souvent et tiennent plus longtemps leur amélioration dans les suivis à long terme que les patients qui ne fréquentent pas ces mouvements.

Dans un travail randomisé, on a montré que la participation aux mouvements d'entraide exigeait souvent de la part des soignants des efforts importants afin qu'ils se rendent en réunion. Ces efforts des professionnels aboutissent généralement à une participation plus importante des patients comparée à une simple information. Les patients qui avaient finalement décidé d'y aller allaient mieux que ceux qui n'y étaient pas allés.

Bibliographie

- Gossop, M., Stewart, D., & Marsden, J. (2008). Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study. *Addiction*, 103(1), 119-125.
- Heinz, A., Wilwer, M., & Mann, K. (2003). Therapy and supportive care of alcoholics: guidelines for practitioners. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 17(4), 695-708.
- Humphreys, K. & Moos, R.H. (2007). Encouraging post-treatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: two-year clinical and utilization outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*, 31(1), 64-68.
- Kelly, J.F., Stout, R., Zywiak, W., Schneider, R. (2006). A 3-year study of addiction mutual-help group participation following intensive outpatient treatment. *Alcohol Clin Exp Res*, 30(8), 1381-1392.
- Magura, S., Fong, C., Staines, G.L., Cleland, C., Foote, J., Rosenblum, A., Kosanke, N., & DeLuca, A. (2005). The combined effects of treatment intensity, self-help groups and patient attributes on drinking outcomes. *J Psychoactive Drugs*, 37(1), 85-92.
- Moos, R.H. & Moos, B.S. (2005). Sixteen-year changes and stable remission among treated and untreated individuals with alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 80(3), 337-347.
- Timko, C. & DeBenedetti, A. (2007). A randomized controlled trial of intensive referral to 12-step self-help groups: one-year outcomes. *Drug Alcohol Depend*, 90(2-3), 270-279.
- Timko, C., DeBenedetti, A., Moos, B.S., & Moos, R.H. (2006). Predictors of 16-year mortality among individuals initiating help-seeking for an alcoholic use disorder. *Alcohol Clin Exp Res*, 30(10), 1711-1720.