

La mère d'un toxicomane adulte



Bruno Fortin

Psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne

La chronique « La recherche le dit » traite d'un cas clinique. Puis, des données probantes tirées de la base de données EBSCO accessible via le site Internet de l'Ordre sont rapportées en lien avec la problématique soulevée par le cas clinique. Finalement, l'apport des données probantes pour nourrir la compréhension clinique est discuté.

Le cas clinique

La patiente de 55 ans est inquiète pour son fils de 30 ans, qui présente un historique de consommation excessive d'alcool, et de drogues. Vu la consommation régulière de son fils et la perte de ses emplois, la patiente a payé ses dettes de cartes de crédit à quelques reprises. En plus de lui fournir vêtements et nourriture, elle l'a aidé à déménager et à se trouver de nouveaux emplois. La justice le recherche aussi pour quelques bagarres et la résistance à l'intervention des policiers. La patiente se rend compte qu'elle est prise dans un cercle vicieux, mais elle ne peut laisser son fils dans la misère et craint les gestes suicidaires.

La recherche le dit

Seulement 6 % des alcooliques et 16 % des consommateurs de drogue entrent en traitement (Roozen, De Waart et Van der Kroft, 2010). Pour obtenir de l'aide, les proches aidants d'alcooliques ont souvent recours à l'organisme communautaire Al-Anon, basé sur les 12 étapes propres aux traitements inspirés des Alcooliques anonymes. L'acceptation de l'impuissance à changer le toxicomane est au cœur de l'approche (Mansky, 2009). Les participants d'Al-Anon n'amènent l'alcoolique en traitement que de 13 à 18 % du temps (Velleman, 2006 ; Roozen, De Waart et Van der Kroft, 2010), ce qui n'est pas étonnant, puisque ce n'est pas le but de cet organisme.

Il est souvent bénéfique pour une personne de renoncer à la culpabilité associée avec la croyance qu'elle est responsable de la consommation du toxicomane ou de l'alcoolique. Le proche aidant a aussi besoin d'acquiescer une meilleure compréhension du phénomène de la consommation, de meilleures stratégies pour prendre soin de lui-même et une meilleure connaissance des comportements qui ont le potentiel d'influencer la personne qu'il souhaite aider (Mansky, 2009).

L'approche du Johnson Institute (Roozen, De Waart et Van der Kroft, 2010) amène à travailler avec la famille de façon rigoureuse pour préparer une confrontation énergique. Le but est de susciter chez le consommateur de substances psychotropes une constatation de l'ampleur de l'impact négatif de ses

comportements de consommation sur les personnes significatives de son entourage, et en conséquence de susciter l'acceptation d'un traitement. Cette approche axée sur la confrontation amène plusieurs familles à abandonner le processus en cours de route par crainte des conséquences. Ce processus amène tout de même 30 % des alcooliques ou toxicomanes à commencer un traitement (Velleman, 2006 ; Roozen, De Waart et Van der Kroft, 2010).

Smith et Meyers (Mansky, 2009 ; Roozen, De Waart et Van der Kroft, 2010) proposent le modèle CRAFT (*Community Reinforcement and Family Training Program*). Ils y suggèrent la détermination de la motivation du proche aidant qui souhaite que l'alcoolique ou le toxicomane entre en traitement, l'analyse fonctionnelle de la consommation et la détermination de ses déclencheurs typiques, la détermination du risque de violence et l'amélioration des habiletés de communication à travers des jeux de rôles où le proche aidant apprend à éviter de blâmer, d'injurier et de dénigrer (O'Connell, 2005). Ils suggèrent par la suite le renforcement des comportements associés à la sobriété, la réduction des comportements qui facilitent la consommation, le respect des conséquences naturelles négatives de la consommation et l'invitation directe à entrer en traitement. Parallèlement, le proche aidant travaille à enrichir sa propre vie. En travaillant exclusivement avec les membres impliqués de l'entourage, sans confrontation, le modèle CRAFT amène de 64 à 67 % des alcooliques ou toxicomanes en traitement (Velleman, 2006 ; Roozen, De Waart et Van der Kroft, 2010).

La patiente décrite au début de cet article a reconnu les limites de ses capacités. Son psychothérapeute lui a suggéré de faire le minimum avec lequel elle était capable de vivre, pour ne pas être submergée par la culpabilité et par l'angoisse et pour maintenir une relation saine, positive et bienveillante. La patiente a délégué une partie des responsabilités qu'elle portait sur ses épaules à un médecin de famille stable qui se spécialise auprès de ce type de clientèle et qui a identifié et traité un trouble bipolaire. La patiente a limité ses interventions à ce qu'elle trouvait raisonnable et son fils a dû faire face plus souvent aux conséquences de ses choix. ■

Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO. Abonnez-vous au www.ordrepsy.qc.ca/bases.

Bibliographie

- Mansky, P. A. (2009). Motivating Substance Abusers to Enter Treatment : Working with Family Members. *American Journal on Addictions*, 18, 3, 256-257.
- O'Connell, K. A. (2005). Motivating Substance Abusers to Enter Treatment. *Journal of Community Health Nursing*, 22, 4, 261-262.
- Roozen, H. G., De Waart, R. et Van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training : an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105, 1729-1738.
- Velleman, R. (2006). The importance of family members in helping problem drinkers achieve their chosen goal. *Addiction Research and Theory*, 14, 1, 73-85.