

B.R.E.N.D.A. : intégrer le traitement médicamenteux dans une approche biopsychosociale de la maladie alcoolique

Languérand E¹, Balester-Mouret S, Batel P (2007)

Unité de Traitement Ambulatoire des Maladies Addictives (UTAMA), Hôpital Beaujon, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Clichy, France

Introduction

Depuis quelques années, l'utilisation des médicaments d'aide au maintien de l'abstinence a permis de renouveler l'approche chimiothérapique du traitement de la dépendance alcoolique. Pour autant, cette évolution tarde à se traduire dans les pratiques cliniques. Comme le soulignent Starosta *et al.* (2006) en reprenant les données d'une enquête réalisée aux Etats-Unis entre 2000 et 2002 par Harris *et al.*, à peine 10% des patients pris en charge pour un problème d'alcool ont reçu une prescription de naltrexone, molécule approuvée par la *Food and Drug Administration* depuis 1994 pour le traitement de la maladie alcoolique. Le faible recours à la thérapeutique médicamenteuse va pourtant à l'encontre des données sur l'efficacité de la naltrexone ou de l'acamprosate dans la réduction des risques de rechute. Un modèle d'intégration des traitements chimiothérapiques de l'alcoolodépendance dans la pratique médicale est donc à rechercher.

L'étude COMBINE (2006) montre combien la réflexion actuelle se porte sur l'articulation des approches et sur l'intérêt que pourrait avoir pour le patient la combinaison de différentes modalités thérapeutiques. Pour autant, Anton *et al.* n'ont pas retrouvé de bénéfice lorsque l'on associe la prise de naltrexone à une intervention psychothérapeutique intégrant approches cognitivo-comportementales, motivationnelles ou des éléments empruntés au programme en 12 étapes des AA. Pour les auteurs, la combinaison médicament/psychothérapie n'apporte pas d'amélioration, en terme d'abstinence. Si d'après ces données la systématisation de la combinaison médicament/psychothérapie n'est pas un modèle de prise en charge, elles n'excluent pas l'intérêt que pourraient représenter certaines articulations à condition peut-être d'en enrichir la diversité, mais surtout d'en individualiser la combinaison.

Alors que COMBINE n'a étudié que l'association d'une seule approche psychothérapeutique avec la prescription de naltrexone, Volpicelli *et al.* (2001) préconisent au contraire de construire sur mesure pour le patient une prise en charge associant la prise d'un traitement

médicamenteux à une prise en charge psychosociale. S'inspirant de l'Entretien motivationnel, cette approche, dénommée par l'acronyme B.R.E.N.D.A. (cf. fig. 1), est centrée sur le patient et cherche à intégrer la prescription médicamenteuse dans une prise en charge globale du sujet en traitant notamment de la question de l'observance thérapeutique.

L'approche B.R.E.N.D.A. en cinq lettres :

- Une évaluation **B**iopsychosociale de la situation du patient
- Une **R**estitution au patient des résultats de l'évaluation
- Une compréhension **E**mpathique de la situation du patient
- Une identification en collaboration entre le patient et le soignant des besoins (**N**eeds)
- des conseils **D**irects au patient sur les moyens de répondre à ces besoins
- Une évaluation (**A**ssess) des réactions du patient à ces conseils

Fig. 1

L'enjeu de l'observance dans les traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance

La bonne observance semble déterminer l'efficacité thérapeutique de la naltrexone (Volpicelli *et al.*, 1997). Une telle importance de la compliance définit un enjeu majeur pour la prise en charge médicale compte tenu de l'importance de la *mal-observance* qui est associée à toutes les formes de traitements.

De manière générale, il est estimé que 50 à 70% des patients prennent 80 à 100% des médicaments prescrits, que 30 à 40% en prennent 40 à 80%, le reste des patients prenant soit moins de 40% ou plus de 100%. (Postel-Vinay, Ménard, 1998). Une étude menée auprès de patients hospitalisés dans le service de médecine interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon donne un pourcentage de 65% de mauvaise observance du traitement prescrit avant

¹ Correspondance : Emeric LANGUERAND - languerand@mac.com - UTAMA, Hôpital Beaujon, 100 Bd du Général Leclerc, 92110 Clichy, France

l'hospitalisation (patient ayant « soit totalement éliminé soit franchement réduit la posologie ou la durée du traitement prescrit, qu'il y ait eu ou non adjonction d'autres médicaments »). Dans cette enquête, seul 15% des sujets ont une bonne adhésion thérapeutique, c'est-à-dire qu'ils ont parfaitement suivi le traitement prescrit sans élimination, ni réduction, ni adjonction de médicaments (Matillon, Pasquier, 1980).

Les conséquences de la mal- ou de la non-observance sont connues. En psychiatrie, les difficultés de compliance majorent le nombre de rechutes et la durée des hospitalisations, elles ont également un impact négatif sur la qualité de vie des patients (Misdrahi *et al.*, 2002 ; Corruble *et al.*, 2003). Pour les troubles psychotiques, 40% des cas de rechute à 1 an seraient attribuables à la non-observance. Dans la prise en charge des patients alcoolodépendants, Pettinati, Volpicelli *et al.* (2000) ont montré qu'après douze semaines de traitement par naltrexone, le taux de rechute était significativement plus faible chez les patients ayant reçu de le médicament que dans le groupe placebo. Mais, ce résultat était lié à une observance relativement stricte de la posologie et des rendez-vous, les patients non-observants présentant des taux de rechutes équivalents à ceux observés dans le groupe placebo.

D'après les travaux de David L. Sackett et R. Brian Haynes (1976), 260 facteurs interviendraient dans la qualité de l'observance d'un programme thérapeutique. Aux éléments liés à la nature, à l'objectif et à la durée du traitement s'ajoutent les caractéristiques sociales, culturelles, professionnelles et démographiques des patients, les caractéristiques de la maladie, celles de la relation thérapeute-patient, les facteurs dépendant du médecin, etc. Ceci invite donc à prendre en compte la question de l'adhésion dans une démarche globale où l'ensemble des dimensions intervenant dans la situation du sujet est pris en compte. C'est cette vision biopsychosociale de la maladie alcoolique et de sa prise en charge que Volpicelli, Pettinati *et al.* (2001) défendent au travers de BRENDA.

L'acronyme BRENDA désigne les six composantes de cette approche thérapeutique : une évaluation biopsychosociale, une restitution au patient des résultats de l'évaluation, une compréhension empathique de la situation du patient, une identification en collaboration entre le patient et le soignant des besoins (*needs*), des conseils directs au patient sur les moyens de pour répondre à ces besoins, et une évaluation (*assess*) des réactions du patient à ces conseils afin d'adapter la prise en charge visant une meilleure qualité des soins.

Une évaluation « biopsychosociale »

Le concept d'addiction a bouleversé l'approche de l'alcoolodépendance en éloignant le diagnostic de la simple évaluation de la quantité d'alcool consommé et de l'observation des signes de dépendance physique. Intégrer

la notion de maladie addictive suppose d'évaluer de manière plus complète le comportement du sujet en s'intéressant à son caractère compulsif et à son maintien malgré l'impact négatif que ce dernier a sur sa vie professionnelle, affective et/ou sociale en plus des conséquences dommageables pour sa santé. C'est une évaluation plus globale de la situation du sujet que proposent les auteurs de l'approche BRENDA avec la notion d'évaluation biopsychosociale.

À l'histoire de l'alcoolodépendance et à la reconstitution du parcours médical du patient s'ajoute donc une évaluation psychologique et comportementale de la situation du sujet en lien avec sa pathologie addictive. Les aspects sociaux sont également explorés afin de connaître le contexte social dans lequel évolue le patient, contexte qui peut, non seulement jouer un rôle plus ou moins important en faveur du comportement addictif du patient (milieu professionnel où la consommation d'alcool est fortement ritualisée, par exemple), mais également intervenir comme un facteur gênant la capacité du sujet à s'engager puis à soutenir une démarche thérapeutique.

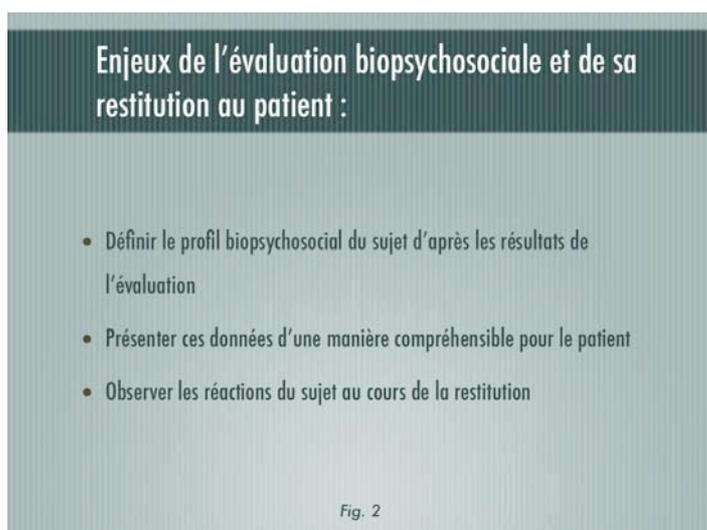
Enfin, le repérage d'éventuels troubles psychiques ne doit pas être négligé en raison de l'importante co-morbidité. D'après une étude américaine publiée en 1990, la prévalence-vie d'un trouble lié à une substance psychoactive était de 29% chez les individus ayant un diagnostic de trouble mental (INSERM, 2003). Dans la majorité des cas, l'alcool est la ou l'une des substances concernées. On retrouve également un lien entre le suicide et la consommation d'alcool. Des études ont montré que 61% des hommes et 44% des femmes avaient consommé de l'alcool avant leur tentative de suicide. L'alcoolisme serait le quatrième diagnostic psychiatrique chez les suicidés (Adès, Lejoyeux, 1996).

Une restitution des éléments de l'évaluation au patient

Une fois l'évaluation biopsychosociale réalisée, il ne s'agit pas pour autant d'en réserver les résultats aux seuls intervenants professionnels. La restitution au sujet des examens, questionnaires, bilans effectués est le second volet d'une intervention selon le modèle BRENDA (cf. fig 2). S'appuyant sur les enseignements de l'intervention brève, les auteurs soulignent l'intérêt d'une démarche d'information du sujet sur sa situation vis-à-vis de l'alcool et de son efficacité pour favoriser une modification du comportement et un recours aux soins. Trois points importants définissent cette restitution : définir le profil du sujet d'après les résultats de l'évaluation, présenter ces données d'une manière compréhensible pour le patient et, surtout, être attentif aux réactions du sujet pendant la restitution en respectant son positionnement face à la question du changement de son comportement. Ce dernier point est certainement le plus essentiel de l'approche BRENDA. L'enjeu de la communication au patient des résultats de l'évaluation biopsychosociale n'est pas de le

convaincre de la nécessité de changer mais de repérer quels sont les éléments dans cette évaluation sur lesquels la prise en charge pourra s'appuyer pour aider le sujet à engager un changement. À cet égard, la richesse des champs explorés lors de l'évaluation garantira la possibilité de mettre à jour les ressources disponibles chez le patient et mobilisables pour le travail thérapeutique.

La réaction du sujet est également déterminante pour comprendre quelles sont les autres priorités auxquelles le patient est confronté et qui peuvent intervenir de manière péjorative dans la construction et la réalisation du projet thérapeutique.



Une compréhension empathique

Depuis Carl Rogers, l'importance de l'empathie dans la qualité de la relation thérapeutique et son influence dans les résultats de la prise en charge sont connues. Des corrélations ont ainsi été établies entre l'empathie du soignant et la modification de la consommation d'alcool au cours du suivi. Certains vont jusqu'à supposer que la clé de l'efficacité des psychothérapies ne réside pas dans leur cadre théorique mais dans les capacités empathiques du psychothérapeute. BRENDA s'inscrit dans l'approche rogorienne *centrée sur le client* et dans l'invitation faite au clinicien de développer une écoute lui permettant de percevoir les raisonnements et les émotions du patient tels qu'ils sont vécus par ce dernier, c'est-à-dire de son point de vue, ce qui suppose une capacité à saisir le cadre de référence dans lequel évolue le sujet. Une congruence qui, pour être aidante, ne doit pas chercher à effacer les individualités entre le client et le soignant – il ne s'agit pas d'être à la place du patient – mais doit témoigner d'une proximité dans l'accompagnement du sujet - « être à ses côtés ».

Cette compréhension empathique est déterminante pour définir avec le patient ses besoins, préalable à la construction d'une proposition thérapeutique.

Une identification des besoins

Après avoir évalué la situation biopsychosociale du patient, restitué cette évaluation au sujet et avoir développé une écoute empathique de ses réactions, l'identification des besoins est la quatrième étape de l'approche BRENDA. Cette identification commence dès l'évaluation et se poursuit tout au long du ou des entretiens. Les besoins à mettre à jour sont la rencontre de deux préoccupations : celle du thérapeute et celle du patient.

Les multiples examens effectués vont conduire le soignant à définir une série de besoins requis pour la sécurité et la santé du patient : la prise en charge médicale des symptômes de sevrage, le traitement des dommages physiques causés par la consommation d'alcool, le traitement psychiatrique des troubles psychiques sévères, la construction d'un environnement social favorable à la convalescence et à la guérison, la mise en place d'activités d'épanouissement et de plaisir substitutives à la consommation de substances, etc. Du point de vue du patient, ces besoins ne sont pas forcément ceux qui seront décisifs pour l'engagement dans le changement de comportement. L'écoute empathique est alors déterminante pour identifier les priorités et les besoins tels qu'ils apparaissent dans la perspective du patient. Par exemple, l'apparition d'une maladie alcoolique du foie peut mobiliser toute l'attention du soignant alors que la principale préoccupation du sujet sera l'amélioration de la relation avec son conjoint et le refus d'être étiqueté comme « alcoolique ». La compréhension empathique de ces besoins va permettre de proposer au patient un programme thérapeutique spécifique. C'est ici que la notion d'individualisation de la prise en charge va prendre tout son sens, dans cette définition d'une intervention « sur mesure » qui s'éloigne d'une approche standardisée classique où le protocole de soins est défini au préalable à la rencontre avec le sujet.

La délivrance de conseils directs

L'identification des besoins va conduire l'intervenant à formuler au patient des conseils directs. Suivant les principes mis en œuvre dans l'Entretien motivationnel, les auteurs de l'approche BRENDA rappellent l'intérêt de proposer au sujet un choix d'options plutôt qu'une série de choses à faire (Miller, Rollnick, 2002). Permettre au patient d'être prescripteur de sa prise en charge augmente les chances de succès. Pour cela, le soignant doit disposer d'une palette la plus large possible d'options à partir de laquelle, il va formuler une série de propositions au patient. Volpicelli *et al.* (2001) recommandent donc aux intervenants de se documenter sur l'ensemble des programmes thérapeutiques disponibles dans leur environnement qu'ils soient biologiques, psychodynamiques, cognitivo-comportementales ou reposant sur l'auto-support. Une bonne connaissance de ces différents programmes va permettre de construire une prise en charge sur mesure rencontrant les besoins

spécifiques du patient. La prescription d'un traitement médicamenteux comme la naltrexone intervient ainsi dans le cadre d'une intervention plus globale et s'inscrit comme l'une des réponses aux besoins exprimés par le patient. La prescription est alors une proposition dont le sujet est en partie l'initiateur.

Une attitude bienveillante, non-jugeante et respectant le libre-arbitre du sujet est nécessaire pour aider le sujet à faire son choix et à se saisir des propositions qui lui sont suggérées. Le conseil direct doit lui permettre de percevoir des possibilités d'engager le changement qui étaient jusqu'alors imperceptibles ou mésestimées tout en le laissant libre de choisir les plus appréciées.

Une évaluation des réactions du sujet

L'observation attentive des réactions et des réponses du patient aux conseils directs est essentielle pour la poursuite de l'intervention. Quatre étapes sont définies pour cette évaluation (cf. fig 3) : évaluer les changements survenus dans le profil biopsychosocial et rendre compte au patient de manière positive des améliorations observées, comparer l'état actuel de la situation aux objectifs du patient, évaluer le suivi par le sujet des recommandations données, souligner le lien existant entre l'action (ou l'inaction) du sujet et l'évolution de la situation biopsychosociale. Cette évaluation va déterminer les ajustements nécessaires à opérer dans l'intervention et le programme thérapeutique mis en place. Elle doit être l'occasion de renforcer le *sentiment d'efficacité personnelle* du sujet (Bandura, 1997), élément indispensable au développement de la dynamique du changement.

Evaluer les réactions et les réponses du sujet :

- Évaluer les changements survenus dans le profil biopsychosocial et valoriser les améliorations observées
- Évaluer l'adéquation de la situation actuelle avec les objectifs du patient
- Évaluer la qualité du suivi des conseils et des recommandations thérapeutiques
- Favoriser l'évaluation par le sujet de l'impact de ses actions sur l'évolution de sa situation biopsychosociale

Fig. 3

Une approche plutôt qu'un programme

Les six stades résumant l'approche BRENDA ne doivent pas être compris comme la définition d'un programme de prise en charge en six séances. L'acronyme définit plutôt une série d'étapes pouvant être déroulée en un ou plusieurs entretiens. Chaque étape doit être présente tout au long de l'intervention, à des degrés divers selon le moment. Plus qu'un modèle d'intervention, BRENDA définit

un mode d'articulation d'approches thérapeutiques différentes où les oppositions théoriques sont au service de la richesse des propositions disponibles pour le patient.

Conclusion

L'approche BRENDA promeut la « co-élaboration » entre le patient et le soignant d'un projet de soins pluridisciplinaire dont les composantes sont définies en fonction des besoins du patient. En s'informant et en se documentant sur l'ensemble des approches psychothérapeutiques et sociales existantes dans le traitement de l'alcoolodépendance, les soignants peuvent être plus pertinents dans les conseils et les propositions qu'il font aux patients. L'objectif est de s'éloigner des interventions standardisées afin de construire des interventions « sur mesure ». L'Unité de Traitement Ambulatoire des Maladies Addictives (UTAMA) de l'Hôpital Beaujon souhaite s'inscrire dans cette idée de proposer aux patients une offre de soins diversifiée dans laquelle chaque modèle théorique a sa place. Dans cette optique, des entretiens inspirés du modèle BRENDA ont été mis en place avec comme objectif de mesurer son intérêt dans l'articulation des différentes propositions du suivi thérapeutique. Une évaluation clinique de cette approche est en cours et fera l'objet d'une prochaine communication.

Références bibliographiques

- ADES J., LEJOYEUX M. (1996), "Conduites alcooliques (historique du concept, définition, aspects épidémiologiques, étiopathogénie)", Paris : *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, 1996, Traité de psychiatrie, 37-398-A-30, 15 p.
- Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, Gastfriend DR, Hosking JD, Johnson BA, LoCastro JS, Longabaugh R, Mason BJ, Mattson ME, Miller WR, Pettinati HM, Randall CL, Swift R, Weiss RD, Williams LD, Zweben A; COMBINE Study Research Group (2006), "Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial", *Etats-Unis : The Journal of American Medical Association*, 2006, 295 (17), p. 2003-17.
- BANDURA A (1997), *Self-efficacy: The exercise of control*, Etats-Unis : W.H. Freeman & Company, 1997, 604 p.
- CORRUBLE E., HARDY P. (2003), "Observance du traitement en psychiatrie", France : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2003, Psychiatrie, 37-860-A-60, 6 p.
- INSERM (2003), *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*, Paris : Les éditions INSERM, 2003, 72 p.
- MATILLON Y, PASQUIER J (1980), "L'observance médicamenteuse : Pourquoi la plupart des malades ne se conforment-ils pas à l'ordonnance de leur médecin ?", France : *La Nouvelle Presse Médicale*, 1980, 9 (14), p. 989-992 et p. 1056-1059
- MILLER W., ROLLNICK S. (2002), *Motivational interviewing : preparing people for change*, 2ème édition, États-Unis : The Guilford Press, 2002, 428 p.
- MISDRAHI D., LLORCA P.-M., LANCON C., BAYLE F.-J. (2002), "L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voie de recherche, implications", France : *L'Encéphale*, 2002, XXVIII, p. 266-72
- Pettinati HM, Volpicelli JR, Pierce JD Jr, O'Brien CP (2000), "Improving naltrexone response: an intervention for medical practitioners to enhance medication compliance in alcohol dependent patients", *Etats-Unis : Journal of Addictive Diseases*, 2000, 19 (1), p. 71-83
- POSTEL-VINAY N, MENARD J (1998), "Observance en pratique médicale courante", France : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 1998, Encyclopédie Pratique de Médecine, 1-0030, 4 p.
- STAROSTA AN, LEEMAN RF, VOLPICELLI JR (2006), "The BRENDA Model: Integrating Psychosocial Treatment and Pharmacotherapy for the Treatment of Alcohol Use Disorders", *Etats-Unis : Journal of Psychiatric Practice*, 2006, 12 (2), p. 80-89
- Volpicelli JR, Rhines KC, Rhines JS, Volpicelli LA, Alterman AI, O'Brien C. P. (1997), "Naltrexone and alcohol dependence. Role of subject compliance", *Etats-Unis : Archives of General Psychiatry*, 1997, 54 (8), p. 737-742
- Volpicelli JR, Pettinati HM, McLellan AT, O'Brien CP (2001), *Combining Medication and Psychosocial Treatments for Addictions*, Etats-Unis : The Guilford Press, 2001, 208 p.