

PARTIE 1

La Prévention de la Rechute : apports théoriques et contexte

CHAPITRE 1

La Prévention de la Rechute en théorie

« Le désir de guérir est un mal incurable. »
Jean-Bertrand Pontalis

Dans ce chapitre, nous nous attacherons à poser le cadre théorique de la prévention de la rechute tel qu'il a été élaboré par Marlatt et ses collaborateurs dans les années 2000. D'abord, les termes de rechute et d'écart seront définis et différenciés. Puis, nous présenterons les déterminants des écarts de consommation et de la rechute. L'étude de ces derniers est essentielle car ce sont les éléments sur lesquels va agir la Prévention de la Rechute (PR). Enfin, nous présenterons les modèles de la Prévention de la Rechute (PR) développés depuis les années 1990, pour nous intéresser plus particulièrement au modèle dynamique de la rechute développé par Witkiewitz et Marlatt (2004), et ferons un point sur les études ayant évalué l'efficacité de la PR.

1. La rechute dans les addictions

De nombreuses personnes qui parviendront à se rétablir d'une addiction rechuteront dans les premiers mois qui suivent l'arrêt ou la diminution du comportement addictif. La rechute est la norme (Marlatt *et al.*, 2008) et, dans ce contexte, les techniques de prévention de la rechute (PR) s'avèrent indispensables. Ce retour à un comportement addictif problématique peut impliquer des années de travail et de souffrance supplémentaires. En effet, la dépendance à un produit ou à un comportement reste un élément caractéristique de la personne même quand elle parvient à maîtriser ses comportements ou à les stopper.

La **rechute** est définie dans la littérature comme le retour à un trouble d'usage de substance (satisfaire un des critères au moins, mis à part celui du *craving*) ou addictif après une période d'arrêt ou de réduction de consommation de la substance ou de la mise en œuvre du comportement (Dawson *et al.*, 2007 ; Hasin *et al.*, 2013 ; Hendershot *et al.*, 2011a ; Witkiewitz & Marlatt, 2007b). La prévalence des rechutes après un traitement pour les drogues illicites et l'alcool concernerait entre 37 % et 70 % des patients en fonction des substances et des définitions de la rechute (Alterman *et al.*, 2000 ; Andersson *et al.*, 2019 ; Kadden *et al.*, 2007 ; Nguyen *et al.*, 2020 ; Pasareanu *et al.*, 2016).

La rechute est un processus fluctuant et ne peut être considérée comme un point final, ni comme une obligation dans le parcours de rétablissement. La rechute peut également être définie lorsque l'individu abandonne sa tentative de changement et cela peut se produire quel que soit l'objectif fixé (DiClemente, 2018). Nous en faisons tous et chacun l'expérience au cours de notre vie !

Dans la PR, la rechute est à distinguer de l'**écart**. Ce terme n'est pas le seul à être utilisé, plusieurs autres termes existent : « dérapage », « chute », « incident de parcours », « bug », « faux pas », « glissade », etc. Il s'agit d'un écart de comportement vis-à-vis d'un objectif que le patient s'est fixé (boire un verre ou boire pendant toute une soirée par exemple). Le comportement de consommation ou le comportement addictif n'est pas considéré à ce stade comme une rechute, mais il peut en être le point de départ. Il peut faire partie intégrante d'un parcours dans le cadre du rétablissement.

La rechute et l'écart font le plus souvent partie du rétablissement en addictologie et sont sources de richesse pour travailler la PR. Chaque écart et chaque rechute permettent, sans nul doute, l'acquisition de savoir et de savoir-être, un enseignement riche, tiré de l'expérience, qui augmente, de manière toujours plus précise et efficiente, la PR.

2. Les déterminants de l'écart et de la rechute

La rechute est influencée par une variété de facteurs inter- ou intra-personnels liés aux comorbidités (Marlatt *et al.*, 2008), qui vont avoir un rôle dans la difficulté qu'auront les personnes à faire face aux situations à haut risque. Ces facteurs vont pouvoir être mobilisés et ciblés dans la PR, ils en sont les leviers thérapeutiques.

2.1. Les déterminants intra-personnels

– Le sentiment d'efficacité personnelle

L'auto-efficacité est la capacité perçue à adopter un comportement donné dans un contexte spécifique (Bandura & Lecomte, 2019). C'est un déterminant important des comportements de santé. Une bonne gestion des situations à haut risque peut accroître le sentiment d'auto-efficacité personnelle et réduire la probabilité de rechute. À l'inverse, un retour au comportement problème peut saper ce sentiment et, de ce fait, augmenter le risque d'écart (Hendershot *et al.*, 2011). En outre, les attitudes ou les croyances concernant les causes et la signification d'un écart peuvent influencer la possibilité d'une rechute. Considérer un écart comme un échec personnel peut conduire à des sentiments de culpabilité et à l'abandon de l'objectif de changement de comportement. D'ailleurs, pendant des années, les personnes atteintes d'addiction n'avaient comme objectif que l'arrêt total et définitif de leur comportement problème, rendant la réussite plus ardue. Aujourd'hui, le choix est donné aux personnes souffrant d'addiction pour qu'elles s'engagent plus facilement dans une démarche de soin, avec un objectif atteignable dans leur situation et leur contexte, afin qu'elles osent se lancer dans ce travail difficile.

– Les stratégies de *coping*

L'un des principaux facteurs impliqués dans les rechutes sont les stratégies de *coping* mobilisées par le sujet pour faire face aux situations à haut risque (Marlatt & Donovan, 2008). Les styles de *coping* sont impliqués comme facteur de protection ou de risque de la rechute (Moore *et al.*, 2014). Les stratégies de *coping* doivent être efficaces et adaptées à la situation à haut risque. Ainsi, elles seront particulièrement travaillées et développées au cas par cas pour chaque situation et chaque patient.

– Les attentes de résultats positifs

Les attentes de résultats positifs figurent également en bonne place dans le modèle de la PR (Hendershot *et al.*, 2011a). Les autres mythes et les effets placebo perçus par le patient de son comportement problème jouent un rôle important dans les facteurs de maintien du comportement. Par exemple, même lorsque les attentes d'effets positifs de l'alcool sont basées sur les effets réels de celui-ci, souvent seuls les effets immédiats positifs (par exemple, l'euphorie) sont retenus, alors que les effets différés négatifs ne sont pas pris en compte (par exemple, la somnolence), en particulier en cas d'alcoolémie élevée. Ce sont des biais cognitifs à l'œuvre et maintenant bien documentés dans le champ des addictions (Copersino, 2017 ; Deleuze *et al.*, 2013 ; Field & Cox, 2008).

– La motivation

La motivation est la probabilité qu'un individu fasse, maintienne et adhère à un changement spécifique (Miller & Rollnick, 2019). Il s'agit du « moteur » qui se met en marche. La motivation n'est pas un état inné, elle se forge, mûrit, se nourrit, se réévalue et quand la motivation est en berne, il est difficile de maintenir un changement de comportement.

– Les états émotionnels négatifs

Les états émotionnels tels que la peur, l'anxiété, la dépression, la frustration et l'ennui seraient associés au *craving* et à un taux de rechute plus élevé (Marlatt & Donovan, 2008 ; Hendershot *et al.*, 2011b ; Khosravani *et al.*, 2017 ; Serre *et al.*, 2018). Ces états émotionnels peuvent être causés par des perceptions essentiellement intrapersonnelles de certaines situations (par exemple, après le travail, je suis seul et je me sens aussi seul lorsque je rentre dans un appartement vide) ou par des réactions à des événements environnementaux (par exemple, se sentir en colère à propos d'un licenciement imminent au travail). Le patient et le thérapeute vont également chercher à identifier les facteurs liés au mode de vie qui influent sur la probabilité de rencontrer ces déclencheurs (par exemple aller dans un bar).

– Les états émotionnels positifs

Les états émotionnels positifs provoqués par exemple par des événements festifs tels qu'un mariage ou une sensation de bouffée de bonheur ont également été mis en avant comme facteur de rechute.

– Le test d'autocontrôle

La consommation de substances pour « tester » sa capacité à s'engager dans une consommation contrôlée ou modérée ; pour « juste essayer une fois » pour voir ce qui se passe ; dans les cas où l'individu teste les effets liés à l'engagement dans l'abstinence ou la consommation contrôlée (y compris les tests de « volonté »).

– Le *craving*

Le *craving* désigne une envie irrépessible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas (Auriacombe *et al.*, 2016). Son expression est variable en fonction des individus et corrélée à des caractéristiques individuelles et environnementales. Les études ont montré qu'il est impliqué dans le processus de rechute (Auriacombe *et al.*, 2016)

2.2. Les déterminants interpersonnels

– La pression sociale

La pression sociale, par exemple être entouré de personnes qui consomment de l'alcool, a contribué à 20 % des épisodes de rechute (Marlatt, 1996). Cette pression peut être directe (« allez, bois un coup avec nous ») ou indirecte par l'observation d'autres personnes qui consomment.

– Faire face à un conflit

Le fait de faire face à un conflit en lien avec des relations interpersonnelles comme la famille, les amis, les collègues, son supérieur hiérarchique, etc., implique de pouvoir faire face à la frustration et/ou la colère, compétences importantes dans des cas de désaccord, de conflits, etc. L'anxiété peut également être présente. Les états émotionnels négatifs liés à des situations intrapersonnelles et les situations de conflit ont été déclencheurs pour plus de la moitié des rechutes dans l'étude de Marlatt (1996).

– L'amélioration des états émotionnels positifs

Il s'agit de l'utilisation d'une substance dans une situation essentiellement interpersonnelle pour augmenter le sentiment de plaisir, de fête, d'excitation sexuelle, de liberté, etc.

2.3. Les comorbidités psychiatriques

Pendant longtemps, le principe de comorbidité a été rejeté par les professionnels, les pathologies d'elles étant considérées comme indépendantes et traitées dans des réseaux de soins différents, avec une appartenance à des disciplines différentes. Cela peut encore être le cas aujourd'hui. Plusieurs études récentes ont rapporté des taux de comorbidité élevés entre troubles psychiatriques et troubles addictifs (Castillo-Carniglia *et al.*, 2019 ; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015 ; Krawczyk *et al.*, 2017 ; Lai *et al.*, 2015 ; Langås *et al.*, 2011). Environ 50 % des personnes avec un trouble addictif présentent aussi une pathologie associée (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015), cette comorbidité varie en fonction des populations (cliniques, générale...). Elle est associée avec un risque plus important de rechute (Andersson *et al.*, 2019). Pour les personnes présentant une pathologie d'elles, le facteur de rechute principal est la nature même du trouble mental grave (qui peut être fluctuante à long terme). En effet, ces personnes sont plus à risque de rechute dans leur addiction lorsque les symptômes de la maladie mentale émergent à nouveau, la consommation de substance pouvant être un moyen de faire face à leur symptomatologie psychiatrique ou au stress émotionnel qu'elle peut engendrer (Swendsen *et al.*, 2010)

<p>États émotionnels Émotions positives (bonheur excessif) Émotions négatives (tristesse, frustration, colère)</p>
<p>Comportement Impulsivité Faibles capacités d'adaptation</p>
<p>Cognitive Surestimation de la confiance (perception de la capacité à faire face à des situations à haut risque) Biais cognitifs</p>
<p>Environnemental Pression sociale Solitude / absence d'engagement Manque de soutien social / critique constante de la famille</p>
<p>Physiologique <i>Craving</i> (aussi émotionnel, comportemental et cognitif) Symptômes de sevrage de longue durée (troubles du sommeil après l'arrêt de l'alcool, douleur après l'arrêt des opioïdes) Douleur physique chronique</p>
<p>Comorbidités psychiatriques Troubles anxieux Troubles de l'humeur Psychoses Dépression/anxiété non reconnue PTSD</p>

Tableau 1. Les déterminants de l'écart et de la rechute

Ces déterminants de la rechute vont être impliqués à divers degrés dans le modèle de la prévention de la rechute développé par Marlatt et ses collaborateurs (1985, 2004), et seront les cibles thérapeutiques de la prévention de la rechute.

3. Les modèles théoriques

Tous les traitements des troubles liés à l'utilisation de substances (SUD) visent, d'une certaine manière, à prévenir les rechutes. Cependant, le traitement appelé « Prévention de la Rechute » (PR) fait référence à une intervention spécifique, basée sur des modèles théoriques bien précis. Le modèle de la PR développé par Marlatt est basé sur les thérapies cognitives et comportementales, il propose à la fois un cadre conceptuel pour comprendre les rechutes, ainsi qu'un ensemble de stratégies thérapeutiques développées pour limiter les rechutes et leur sévérité (Hendershot *et al.*, 2011b). L'objectif des interventions thérapeutiques basées sur ce modèle est d'aider les personnes à

reconnaître les signes avant-coureurs d'une rechute et à développer des compétences d'adaptation pour prévenir la rechute à un stade précoce du processus, là où les chances de succès sont les plus grandes.

Avant de développer le modèle initial de la PR (Marlatt & Gordon, 1985) et son évolution dynamique (Witkiewitz & Marlatt, 2004), nous évoquerons le modèle de Gorski (1989).

3.1. Le modèle de Gorski

Le modèle de Gorski sur la prévention de la rechute est assez répandu en Amérique du Nord (Gorski, 1989). C'est une approche inspirée du modèle d'apprentissage développemental propre à l'auteur. Ce modèle est proche de la prévention de la rechute dans la mesure où il postule que la guérison est généralement ponctuée de « ratés ». Le modèle de Gorski décrit également des étapes du changement qui sont très différentes de celles proposées par Prochaska et DiClemente (1982) (voir chapitre sur le contexte de la PR) :

1. **Transition** : le patient reconnaît qu'il a un problème mais tente de le surmonter en limitant sa consommation.
2. **Stabilisation** : le patient décide de s'abstenir complètement de consommer et suit une période de récupération (6-18 mois).
3. **Étape initiale de la guérison** : le patient se sent bien dans son abstinence.
4. **Étape intermédiaire de la guérison** : le patient répare les dommages causés par ses addictions et adopte un mode de vie équilibré.
5. **Étape finale de la guérison** : le patient surmonte les obstacles à une vie saine qui découlent d'expériences qu'il a vécues pendant son enfance.
6. **Maintien** : le patient reconnaît qu'il doit continuer à se développer et mener une vie équilibrée.

Le modèle de Gorski s'inspire explicitement de la philosophie et des méthodes des Alcooliques Anonymes. Ainsi, diverses « tâches de guérison » sont recommandées, par exemple dresser la liste de toutes les personnes lésées par la toxicomanie et tâcher de réparer les torts dans chaque cas (il s'agit, essentiellement, de la quatrième étape des AA). Contrairement au modèle de Marlatt, ce modèle n'est pas basé sur des données issues de la recherche scientifique. En bref, Gorski a reformulé l'approche traditionnelle des 12 étapes (des Alcooliques Anonymes), à laquelle il a ajouté des exercices écrits structurés.

3.2. Le modèle cognitif et comportemental de la rechute de Marlatt et Gordon (1985)

Ce modèle basé sur les thérapies cognitives et comportementales est le **modèle initial** développé par Marlatt et Gordon dans les années 1980 (Marlatt & Gordon, 1985), le modèle sera modifié dans la décennie qui suivra et deviendra le modèle dynamique de Witkiewitz et Marlatt (2004).

Ce premier modèle est considéré comme la genèse de l'une des innovations cliniques les plus importantes dans le domaine du traitement et du rétablissement des troubles liés à la consommation de substances, et continue d'être une pratique thérapeutique largement utilisée. En France, la mise en place de cette thérapie a été beaucoup plus tardive que dans d'autres pays, en lien avec la pratique des TCC longue à se développer, que ce soit dans les milieux universitaires ou hospitaliers.

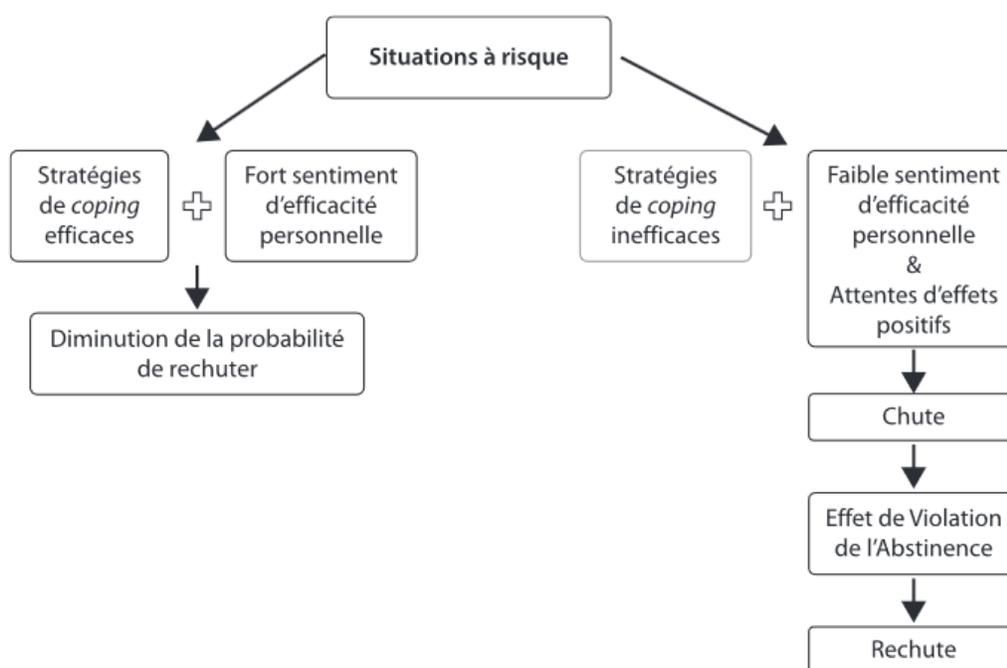


Figure 2. Modèle cognitivo-comportemental de Marlatt et Gordon (1985)

Le modèle original de la PR est représenté dans la figure 2. Ici la rechute est conceptualisée sous la forme d'un processus linéaire. La rechute résulterait de trois facteurs principaux : une situation à risque, la capacité de l'individu à y résister, et le sentiment d'auto-efficacité. Les situations à haut risque sont définies comme n'importe quel contexte source de vulnérabilité au comportement addictif (Hendershot *et al.*, 2011b). Le fait qu'une situation à haut risque aboutisse ou non à une rechute dépend en grande partie de la capacité de l'individu à mettre en œuvre une réponse efficace (stratégie de *coping* compensatoire cognitive ou comportementale) et au sentiment d'auto-efficacité qui en

découle. Ainsi, quand la stratégie mise en œuvre est efficace et adaptée, elle sera associée à une augmentation du sentiment d'auto-efficacité, participant à réduire la probabilité de rechute.

À l'inverse, une gestion non efficace de situations à haut risque va nuire à l'auto-efficacité et autoriser des cognitions liées aux attentes d'effets positifs de la consommation, augmentant le risque d'un faux pas. Ensuite, l'Effet de Violation de l'Abstinence (EVA) et les effets perçus de la substance participeront au risque accru de rechute.

Le fait de considérer un écart comme un échec personnel peut entraîner des sentiments de culpabilité et l'abandon de l'objectif de changement de comportement. Cette réaction est nommée effet de violation de l'abstinence (EVA) (Marlatt & Gordon, 1985). Elle est plus probable quand le sujet a une vision dichotomique de la rechute et/ou qu'il néglige les explications de la rechute liées à la situation (Hendershot *et al.*, 2011b).

En résumé, le premier modèle de la PR met l'accent sur les contextes à haut risque, les réactions d'adaptation, l'auto-efficacité, les émotions, les attentes et l'EVA comme principaux antécédents de rechute. Les stratégies thérapeutiques vont les cibler et s'adapter au plus proche du vécu du patient et des situations à risque qui le concernent.

3.3. Le modèle dynamique de Witkiewitz et Marlatt (2004)

Le modèle cognitivo-comportemental de la rechute de la PR a été reformulé. Les auteurs affinent le modèle théorique et mettent l'accent sur les processus dynamiques de rechute (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Le **modèle dynamique de la PR** considère la rechute comme un processus complexe et non linéaire dans lequel divers facteurs agissent conjointement et de manière interactive pour affecter le moment et la gravité de la rechute (Hendershot *et al.*, 2011b). Les situations à haut risque sont ici aussi au cœur du modèle dynamique.

Les auteurs conçoivent le processus de la rechute comme un phénomène complexe mettant en jeu :

1. des **processus stables** (*tonic processes*) qui indiquent la vulnérabilité à la rechute (Qui est vulnérable ?). Ils comprennent les **risques distaux** comme les antécédents génétiques, familiaux, psychiatriques, médicaux sociaux, les facteurs de personnalité, la réaction au sevrage. Ils incluent aussi des facteurs cognitifs stables au cours du temps comme les attentes d'effet du produit ou du comportement, le sentiment d'auto-efficacité général, et les croyances personnelles sur l'abstinence ou la rechute (Hendershot *et al.*, 2011b) ;
2. des **processus transitoires** (*phasic processes*) marquant la survenue de la rechute, ils servent de déclencheur ou à prévenir une rechute (Quand

une personne est-elle vulnérable ?). Ils incluent les états affectifs et cognitifs variables en fonction du contexte, tels que le *craving*, l'humeur ou des modifications transitoires des attentes d'effet du produit, d'auto-efficacité ou des motivations. Les stratégies de *coping* utilisées peuvent être considérées comme des processus transitoires, permettant de déterminer si une situation à risque peut donner lieu à un écart. Une fois que l'écart a eu lieu, les conséquences immédiates, telles qu'une altération des processus de prise de décision, l'EVA, etc., sont aussi des processus transitoires (Hendershot *et al.*, 2011b) ;

- des **situations à risques** (exemple : événement stressant où l'individu a un sentiment de perte de contrôle).

Ces facteurs interviennent simultanément et en interaction pour déterminer le risque et la sévérité d'une rechute (Hendershot *et al.*, 2011b ; Witkiewitz & Marlatt, 2007a). L'interaction entre les facteurs stables et transitoires est complexe. Les auteurs (Witkiewitz & Marlatt, 2004) représentent ces interactions sous la forme d'un schéma que nous allons présenter ci-après (figure 3).

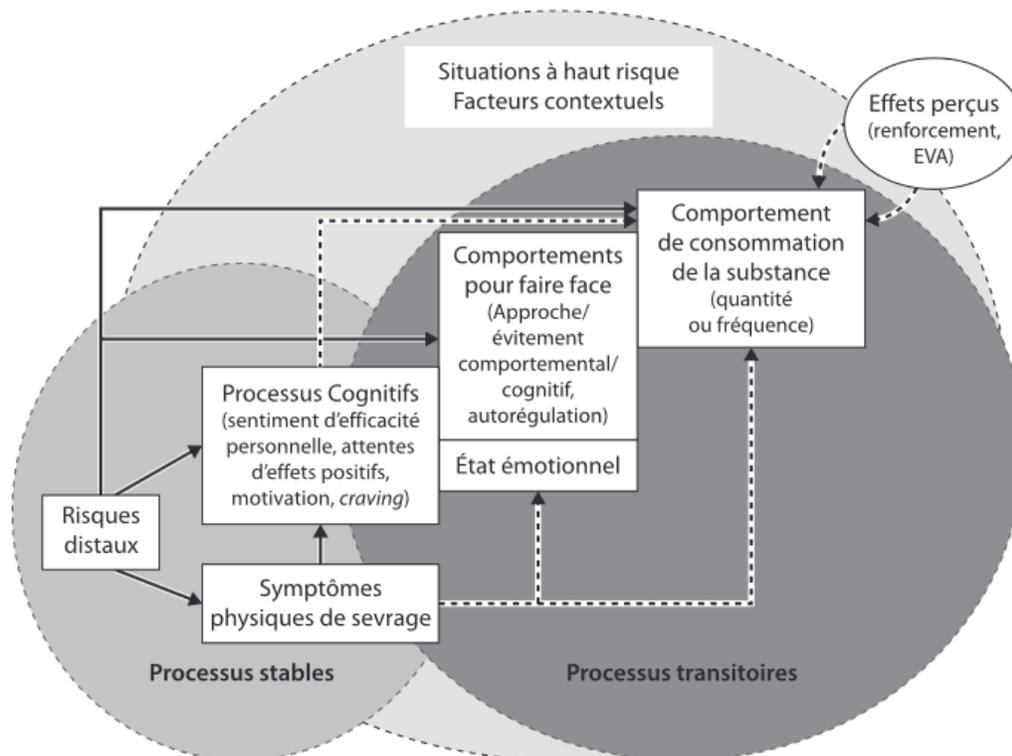


Figure 3. Modèle dynamique de la rechute (Witkiewitz & Marlatt, 2004)

Pour chaque situation à haut risque (cercle gris clair), vont interagir des processus stables et des processus distaux. La rechute est précédée d'un ensemble de facteurs de risques et de processus, dont les facteurs distaux, les

processus cognitifs, émotionnels et les comportements de *coping*. Les risques distaux (antécédents, personnalité...) seront des facteurs de risques directs et indirects (via leur influence sur les processus transitoires). Aussi, dans ce schéma, les lignes en pointillés représentent les influences proximales et les lignes continues les influences distales. Les cases accolées indiquent une causalité réciproque entre elles (les stratégies de *coping* influencent le comportement de consommation d'alcool, et inversement le fait de boire influence les stratégies de *coping*).

Dans ce modèle, les processus sont rétroactifs et tiennent compte de l'interaction entre les capacités de *coping*, les processus cognitifs, les affects et les comportements de consommation ou les comportements addictifs. Les situations à haut risque (passer devant un bar...) jouent un rôle majeur dans la relation entre les facteurs de risque et les comportements d'utilisation de substance. La personne s'ajuste en permanence face aux facteurs contextuels et aux situations à haut risque. Elle fait face avec les capacités qui sont les siennes. Ces dernières sont influencées par les facteurs distaux (génétiques, historiques...), qui vont jouer un rôle dans les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux mis en place quand survient une situation à haut risque. C'est cette association entre les processus stables et les processus transitoires, qui mènera ou non à un écart ou à un maintien des objectifs de la personne. De la même façon, les comportements de consommation ou le maintien de l'objectif initial influenceront en retour les comportements pour faire face (*coping*) et le sentiment d'auto-efficacité. Ainsi, dans ce modèle, la rechute n'est pas un processus linéaire mais dynamique, qui demande une compréhension très fine des processus stables et transitoires à l'œuvre pour chaque patient et pour chaque situation à risque qu'il décrira.

La rechute peut être soudaine et inattendue (Hendershot *et al.*, 2011b). Aussi, ce modèle permet d'identifier les leviers thérapeutiques qui seront mis en œuvre dans la PR. Principalement le psychothérapeute proposera des outils pour agir sur les processus cognitifs, émotionnels, comportementaux et parfois sur la situation en tant que telle. Nous évoquerons ces outils et stratégies dans la suite de ce chapitre, et ils feront l'objet de chapitres ou de séances détaillés dans la suite du livre.

Marlatt et ses collègues poursuivront leurs recherches basées sur le modèle dynamique. Katie Witkiewitz va développer la PR en s'appuyant sur la recherche clinique dans le domaine de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression (Witkiewitz *et al.*, 2013 ; Witkiewitz & Bowen, 2010), elle a développé la Prévention des Rechutes Basée sur la Pleine Conscience (*Mindfulness-Based Relapse Prevention*, MBRP).

3.4. La PR et la troisième vague des TCC

Les interventions psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience sont de plus en plus répandues. Le programme **Mindfulness Based Relapse Prevention** (Witkiewitz *et al.*, 2013 ; Witkiewitz & Bowen, 2010) est basé sur la structure et le format des programmes MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) et MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) mais avec un objectif supplémentaire de prévention de la rechute (Bowen *et al.*, 2019). En groupe, le patient développe des stratégies efficaces pour faire face aux déclencheurs des envies (situations à risques, pensées, sensations). Ce programme, à l'aide de la pleine conscience, se donne pour but d'apprendre aux personnes à accepter leurs envies, le temps de leur apparition, à les observer ainsi que le cortège d'émotions qui les accompagne, à ne pas les juger ni les combattre.

La **Thérapie Comportementale Dialectique (TCD)** est de plus en plus intégrée dans le traitement des toxicomanies. Dimeff et Linehan ont développé une approche de prévention des rechutes basée sur la TCD (Dimeff & Linehan, 2008). Le thérapeute guide le patient en réalisant une analyse comportementale des événements qui ont conduit à la consommation de drogue, en glanant tout ce qui peut être appris et appliqué à des situations futures.

La **Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT)** s'avère utile dans le traitement des troubles liés à la dépendance. L'ACT joue un rôle dans la prévention de rechute en fournissant un cadre aux personnes qui sont en mesure de repérer que l'évitement émotionnel conduit à la souffrance et à la consommation de substances. L'*Acceptance-Based Coping for Relapse Prevention (ABCRP)* a ainsi été créée et a montré des effets prometteurs (Vieten *et al.*, 2010).

4. Les stratégies thérapeutiques de la PR

Dans cette partie, nous ne ferons qu'introduire ces stratégies, chacune sera détaillée dans la suite de l'ouvrage. Les stratégies d'intervention de la PR sont conçues pour apprendre aux patients à anticiper et à faire face à la possibilité d'une rechute. Plusieurs ouvrages anglophones existent et recensent les stratégies mises en place dans la PR (Daley & Douaihy, 2015 ; Herie *et al.*, 2015). Celles-ci se divisent en deux grandes catégories : les techniques d'intervention spécifiques, souvent conçues pour aider le patient à anticiper et à faire face aux situations à haut risque, et les approches globales de maîtrise de soi, destinées à réduire le risque de rechute en favorisant un changement positif du mode de vie. Douaihy et ses collaborateurs proposent 7 stratégies principales (Douaihy *et al.*, 2007).

– **Stratégie 1 : Aider les patients à comprendre que la rechute est un processus et un événement et leur apprendre à identifier les signes précurseurs.**

Les signes avant-coureurs peuvent être subtils, tels une période d'irritabilité, d'anxiété, une tendance à se disputer plus facilement avec son entourage, etc. Il sera donc important d'examiner avec le patient l'historique des rechutes, les événements importants de la vie de celui-ci qui seraient susceptibles de précipiter la rechute. Il s'agira pour le patient de déterminer ces signaux d'alerte en utilisant des stratégies cognitives, comportementales et émotionnelles afin de se créer un plan de rétablissement.

– **Stratégie 2 : Aider les patients à identifier leurs situations à haut risque et à développer des réponses cognitives et comportementales.**

Les situations à risque comprennent plusieurs facteurs mais ce seront essentiellement les capacités d'adaptation du patient qui prédiront la rechute. L'apprentissage d'une plus grande souplesse pour passer d'une stratégie d'adaptation à une autre s'avère importante afin de maintenir les objectifs initiaux. Le patient intégrera des stratégies globales de maîtrise de soi, telles que l'entraînement à l'affirmation de soi, la restructuration cognitive suite à l'effet de violation de l'abstinence ou encore l'apprentissage de la relaxation, méditation, etc. Le patient devra apprendre à identifier les décisions apparemment sans conséquences qui vont le rapprocher de la rechute.

– **Stratégie 3 : Aider les patients à améliorer leurs compétences relationnelles, leurs relations interpersonnelles et leurs réseaux sociaux.**

La PR ne se concentre pas uniquement sur la réduction (ou l'annulation) des comportements addictifs. Des relations positives interpersonnelles avec sa famille, ami(e)s, collègues, etc., favorisent le rétablissement. La participation de la famille est un soutien pour que le patient puisse maintenir ses efforts de changement et de rétablissement. Les patients sont encouragés à réfléchir sur l'importance de décider qui doit être intégré dans leur réseau social. Les jeux de rôle, les tâches comportementales, peuvent être utilisés pour encourager l'apprentissage. Un autre objectif sera d'identifier et de préparer le patient à la gestion de la pression sociale.

– **Stratégie 4 : Aider les patients à gérer les états émotionnels négatifs.**

L'apprentissage des techniques de gestion du stress afin d'équilibrer au plus possible leur vie sera privilégié, mais d'autres stratégies seront aussi utilisées. Il peut s'agir de la psychoéducation sur le rôle des émotions négatives telles que la colère, l'ennui, l'identification des situations qui les déclenchent afin d'aider les patients à développer leurs capacités d'adaptation cognitives et comportementales.

– **Stratégie 5 : Aider les patients à identifier et à gérer les *craving*.**

Des indices environnementaux peuvent déclencher des envies qui se manifestent par des changements cognitifs (une augmentation des pensées sur la consommation) et physiologiques (augmentation du rythme cardiaque, de la sudation...) et des réactions émotionnelles (augmentation de l'anxiété). Parfois, l'évitement des signaux qui déclenchent des envies peut être conseillé pour diminuer la fréquence des *craving*. Il est également possible d'exposer le patient aux déclencheurs des *craving* pour réduire leur intensité.

– **Stratégie 6 : Aider les patients à identifier et à contester leurs distorsions cognitives.**

Il s'agit d'identifier les pensées négatives telles que les pensées catastrophiques ou encore les conclusions hâtives ou la généralisation excessive. Toutes les techniques de restructuration cognitive des TCC peuvent être utilisées. Les AA (Alcooliques Anonymes) peuvent utiliser certaines manières de penser aidantes comme « un jour à la fois ».

– **Stratégie 7 : Aider les patients à envisager l'utilisation des médicaments.**

Certains médicaments peuvent être une aide dans la gestion des envies notamment et la prévention de la rechute.

– **Autre stratégie : l'Entretien Motivationnel (EM)**

L'Entretien Motivationnel se base sur un entretien centré sur la personne, non directif mais orienté, dans le but de susciter la motivation à agir et au changement. Cette intervention est antérieure à la psychothérapie (Rollnick *et al.*, 2018). Même si les techniques de l'EM ne font pas à proprement partie du modèle de la PR, elles sont très souvent utilisées (Daley & Douaihy, 2015 ; Herie *et al.*, 2015). En effet, la motivation est fluctuante et les techniques de l'EM s'avèrent utiles tout au long de la thérapie. Ces techniques peuvent servir à inciter les patients à mettre en place les changements que demande la prévention de la rechute notamment en cas de comorbidités.

5. Efficacité de la PR

Les TCC ont démontré leur efficacité et peuvent être combinées entre elles et/ou avec la pharmacothérapie pour obtenir des résultats plus solides dans le traitement psychothérapeutique des addictions (Magill *et al.*, 2019 ; McHugh *et al.*, 2010)

Parmi les interventions psychosociales, la Société Française d'Alcoologie (2015) recommande, parmi les meilleurs niveaux de preuve, les entretiens motivationnels (EM) et les TCC (Société Française d'Alcoologie, 2015).

Il n'est pas évident d'identifier les effets isolés de la PR, tant elle est utilisée dans de nombreux programmes de TCC à destination des patients en addictologie. Cependant, nous disposons de quelques données. Une méta-analyse montre que la PR est une intervention réussie pour réduire la consommation de substances et améliorer l'adaptation psychosociale (Irvin *et al.*, 1999). En particulier, la PR a été plus efficace dans le traitement de la consommation d'alcool et de substances multiples que dans le traitement de la consommation de cocaïne et du tabagisme (Carroll, 1996 ; Livingstone-Banks *et al.*, 2019; McCrady, 2000). Cependant, pour de nombreuses personnes qui tentent de changer un comportement addictif, il est difficile, voire impossible, d'empêcher complètement la rechute, même avec les programmes de prévention de la rechute les plus sophistiqués (Brandon *et al.*, 2007). Toutefois, le maintien du rétablissement n'est pas un objectif impossible à atteindre pour les personnes qui rechutent.

Certains aspects de la thérapie de prévention de la rechute ont évolué pour devenir des éléments essentiels de presque tous les traitements psychosociaux des troubles liés à la consommation de substances, y compris des programmes de réhabilitation traditionnels en 12 étapes (McGovern *et al.*, 2004). La prévention de la rechute a été initialement conçue comme un complément aux traitements existants. Elle a également été largement utilisée comme traitement autonome et sert de base à plusieurs autres traitements cognitifs et comportementaux (Antony *et al.*, 2005). Par exemple, le modèle Matrix s'inspire fortement du modèle cognitivo-comportemental d'origine, mais est dispensé sous la forme d'un traitement intensif de 16 semaines pour les utilisateurs de stimulants (Finney *et al.*, 2007). Le programme est conçu pour enseigner les compétences immédiates nécessaires pour arrêter la consommation de substances, fournir une compréhension des facteurs essentiels à la prévention des rechutes, impliquer les membres de la famille, renforcer et encourager les changements positifs, présenter aux patients des compétences d'autosoin.