

Le rôle déterminant des praticiens

L'accompagnement thérapeutique des patients souffrant d'addictions

Jean-Bernard Daepfen

Alcohol Treatment Center, Lausanne

Volonté et contre-volonté de santé

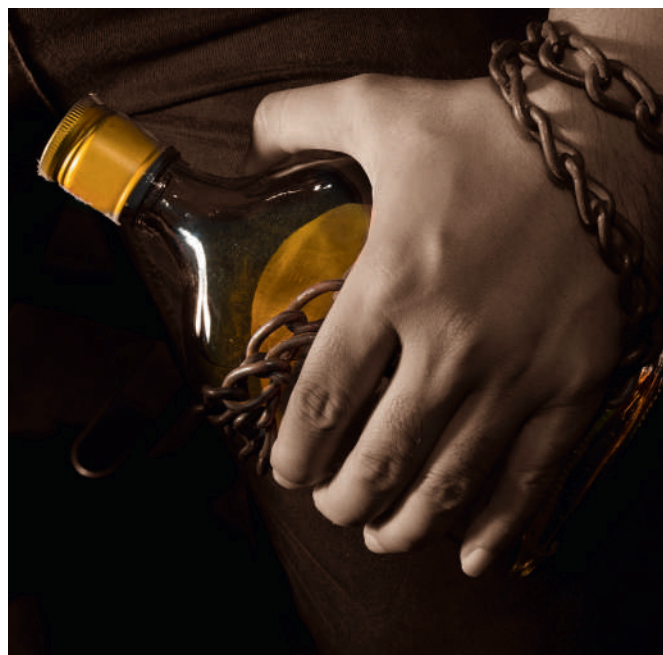
Au début du siècle dernier, un contemporain et dissident de Freud, le Dr Otto Rank, met en évidence, dans son essai «Volonté et psychothérapie», le rôle central de la volonté dans toute relation thérapeutique [1]. Le patient qui consulte a la volonté de préserver ou d'améliorer sa santé. Mais il s'attend aussi à ce que son médecin impose sa volonté: «Prenez ce médicament, allez voir mon confrère, faites une radio...» Le médecin détient l'argument suprême: «C'est pour votre bien!» La rencontre de la volonté du soignant diminue instantanément celle du patient, d'autant plus que le soignant est insistant. Comment préserver cette volonté chez le patient? Comment gérer cela face à un patient dépendant pour qui aller contre la volonté du soignant, c'est exprimer le symptôme cardinal de l'addiction, la consommation! Mais ce n'est pas tout, cette pulsion d'autonomie s'ajoute à une autre très puissante, celle de l'attrait pour le plaisir.

«L'ivresse est présentée comme un plaisir, même et surtout si elle est un péché; elle est l'une des variétés possibles de la gourmandise. Elle est l'envers souriant de l'idéal ascétique.»

Alexandre Lacroix [2], p. 15

La contre-volonté de santé, c'est comprendre, comme l'a décrit O. Rank [1], que la recherche de plaisir et les prises de risques qui peuvent l'accompagner sont au centre de l'humanité, aussi fortement que le désir de vivre. Pourquoi le BASE jump, les guerres, la spéléologie et le Free base? La contre-volonté de santé des patients souffrant d'addictions est complexe, une complexité faite de couches multiples, entre désir, plaisir et soulagement de souffrance psychique sur fond de vulnérabilité, ambivalence faite de volonté et de contre-volonté de santé, de pulsion de vie et de mort.

La médecine de l'addiction a donc cette particularité de mettre le doigt sur l'impuissance du thérapeute lorsqu'il est seul à décider, seul expert. Elle a aussi cette particularité de mettre en évidence que la logique sanitaire, le souhait d'aller mieux ou de préserver sa santé, n'est pas la seule force en présence chez le patient. Pendant très longtemps, parce qu'ils rageaient d'être aussi impuissants, les soignants ont rejeté la responsabilité



de l'addiction sur les patients. Aujourd'hui, il s'agit de tenter de réconcilier le soignant avec le patient souffrant d'addiction en suggérant les forces en présence, en expliquant les tenants des principes psychiques et neurologiques prévalant dans les addictions et en esquissant des pistes de solutions pour une aide plus efficace.

Essayons de comprendre un peu mieux ce qui se passe dans le cerveau d'un patient souffrant d'addiction, sur le plan neurobiologique d'abord et psychodynamique ensuite. L'exposition aux psychotropes active le système de la récompense. La plasticité neuronale implique que l'exposition répétée le modifie. Il en résulte des changements dans le système de la récompense et dans la régulation des hormones de stress. L'addiction est en ce sens une maladie neuroendocrine témoignant de vulnérabilités neurologiques. On considère aujourd'hui que c'est plutôt le versant endocrinien, c'est-à-dire les troubles de la régulation des hormones de stress qui signent l'état d'addiction. Quel que soit le psychotrope impliqué, l'addiction est associée à un phénomène d'allostase, c'est-à-dire au déplacement du point d'équi-



Jean-Bernard Daepfen

libre du bien-être psychique [3]. Le patient souffrant d'addiction répond à une urgence impétueuse et non à une soif de plaisir paroxystique. Ce changement d'impulsion à compulsion, de désir à besoin s'explique par une modification de la réponse au stress et aux émotions. Les modifications résultent dans une profonde sensation d'inconfort psychique et physique. Et ce phénomène est le même, qu'il s'agisse d'alcool ou d'autres drogues. L'impulsion à consommer pour rechercher une sensation de plaisir, pour combler un manque, se transforme progressivement en compulsion, compulsion qui vise à supprimer l'inconfort.

Les addictions peuvent être appréhendées sur le plan psychodynamique en percevant que l'angoisse fondamentale, première, est issue de l'arrachement de l'enfant à l'univers intra-utérin. On boit et on consomme des drogues pour se rassurer, pour combler un manque. La psychanalyse reprend cette idée de partie manquante. Joyce McDougall est une psychanalyste qui a mené de nombreuses cures avec des patients souffrant d'addictions. Elle souligne que l'addiction première, c'est la dépendance à l'autre. Comme si l'ad-

Le patient souffrant d'addiction répond à une urgence impétueuse et non à une soif de plaisir paroxystique.

diction à l'alcool ou à d'autres psychotropes était une sorte de substitut à l'addiction première qui est l'addiction à l'autre et qui nous concerne tous. Les addictions sont des troubles fonctionnels dont la consommation est le symptôme cardinal, des troubles somatoformes, expression physique et comportementale d'un sentiment d'incomplétude psychique. Les addictions sont toujours une tentative d'aller mieux. Une tentative d'auto-traitement notamment pour faire face à la souffrance psychique et aux questions existentielles. Cette souffrance d'incomplétude flirte avec la question du sens que nous souhaitons à tout prix donner à nos vies, en nous remplissant frénétiquement de «l'autre».

«La dépendance est un élément intrinsèque de la condition humaine. [...] La dépendance est notre destinée, de même que la lutte incessante et inhumaine que nous menons contre elle pour essayer d'y échapper.»

Joyce McDougall [4], p. 35

Joyce McDougall rattache les addictions à la condition humaine. Dans sa perspective, l'humain a un sentiment constant de manque, d'incomplétude, d'intolérance à la solitude et d'impuissance, qu'il tente de combler par des activités, des fonctions professionnelles et sociales et, si cela ne suffit pas, par de l'alcool et des drogues. Les addictions ne sont donc pas tout à fait des

maladies comme les autres. Les patients ne se sentent pas vraiment malades, et tous, qu'il s'agisse du patient lui-même, de sa famille et des soignants, ont du mal à se dégager de l'idée que les troubles sont en partie auto-infligés. Condition humaine d'un côté mais qui ne se manifeste cliniquement que chez ceux qui cumulent des facteurs de vulnérabilité. L'omniprésente culpabilité des patients souffrant d'addictions découle du constat que seule une minorité des consommateurs de psychotropes devient dépendante. Coupables parce qu'ils l'ont décidé ou sont innocents parce qu'ils ont des facteurs de risque qu'ils ne maîtrisent pas, dont ils n'ont même pas conscience?

Les addictions sont des troubles complexes, multicouches, liés à la rencontre de facteurs de vulnérabilités intriqués qu'il faut identifier, révéler et expliquer. Les phénomènes neurobiologiques à l'origine des addictions sont influencés génétiquement, ce qui explique qu'à exposition égale, un individu développera une addiction alors qu'un autre y échappera. Le sentiment d'incomplétude, les questions du sens de la vie sont rendus problématiques par l'absence de défenses psychiques suffisantes. La vulnérabilité psychique est très importante, certains troubles de la personnalité et pathologies psychiatriques constituent des facteurs de risque majeurs. Les conséquences psychiques des addictions sont très importantes. Et l'environnement social, le comportement du groupe, les normes culturelles ont bien entendu beaucoup d'influence.

Principes thérapeutiques

Face à un trouble fonctionnel qui trouve son origine dans la rencontre entre une souffrance psychique, des vulnérabilités génétiques et des angoisses existentielles, il n'y a pas de technique unique de soin ou de recette qui vaudrait pour tous. La recherche pharmacologique s'intéresse à des molécules qui visent à rééquilibrer ces systèmes de la récompense et de la réponse au stress. Ces médicaments permettent aujourd'hui de réduire la consommation et le risque de rechute. On dispose par exemple, pour l'alcool, de naltrexone pour la prévention de la rechute et de nalméfène pour la réduction de la consommation [5, 6]; pour l'arrêt du tabac, de varénicline, de bupropion et de substitution nicotinique [7]; et pour les opiacés de plusieurs options de substitution (<http://www.ssam.ch/SSAM/fr/recommandations>). La pharmacogénétique devrait à l'avenir rendre possible la prescription de médicaments en fonction du génotype. Par exemple, pour l'alcool, l'efficacité du topiramate [8] semble être améliorée chez les individus porteurs de certaines variantes génétiques [8].

Mais les médicaments ne suffiront jamais. Il faut des réponses multicouches! Il faut bien sûr soulager les conséquences des addictions que ce soit sur le plan social, de la santé physique ou psychique. Il faut aussi s'attaquer aux causes: reconnaître, prévenir et traiter si possible les facteurs de vulnérabilité neurologiques, psychiques et sociaux. Mais cela ne suffit pas! Il s'agit également d'aborder les mécanismes psychiques et la souffrance existentielle à l'origine des addictions. Traiter les conséquences des addictions sans tenir compte des troubles psychiques et existentiels qui les causent, c'est déplacer des fauteuils sur le *Titanic*! Pour aborder cela, c'est une philosophie de l'assistance qui est nécessaire.

La médecine de l'addiction a évolué de la confrontation à la collaboration. Elle était marquée, et l'est toujours dans certains modèles thérapeutiques, par la faute morale, l'alcoolique et le toxicomane étant souvent considéré comme responsable de son état, par excès de recherche de plaisir. Au début des années 90, les psychologues William Miller et Steve Rollnick ont révolutionné le champ des addictions en développant l'entretien motivationnel, une approche centrée sur le patient, collaborative, qui reconnaît l'empathie comme force thérapeutique. Cette approche, issue des psychothérapies humanistes développées aux Etats-Unis, notamment par Carl Rogers, accepte la situation du patient sans condition et sans jugement. Elle part du principe que l'alcool ou la drogue est, pour le patient, une tentative d'aller mieux. Elle y voit aussi une confrontation à la condition humaine, à la finitude et à la dépendance universelle de l'humain.

Une philosophie de l'assistance

Que faut-il retenir pour les soignants? Comment accompagner les patients tout en renonçant au réflexe correcteur? Comment accompagner les patients en acceptant leur ambivalence en leur donnant le goût de la tempérance? La tempérance est une vertu, elle ne se réduit pas à du contrôle et de l'hygiène, elle témoigne de sagesse et d'ambivalence, de volonté et de contre-volonté de santé. Autrement dit, ce n'est pas juste un contrôle sur soi, c'est une philosophie de vie. La majorité des Suisses – ils sont 70% à être non-fumeurs ou consommateurs d'alcool modérés – peut se féliciter de cette vertu. La tempérance ne témoigne pas seulement d'une bonne éducation mais aussi de l'absence de facteurs de vulnérabilités: il faut aussi être doté d'une personnalité et des gènes qui protègent contre les addictions. C'est ce que la majorité vertueuse ne sait pas toujours?...

«La tempérance est cette modération par quoi nous restons maîtres de nos plaisirs, au lieu d'en être esclaves. C'est jouissance libre, et qui n'en jouit que mieux: puisqu'elle jouit aussi de sa propre liberté. Quel plaisir de fumer, quand on peut s'en passer! De boire, quand on n'est pas prisonnier de l'alcool! [...] Plaisirs plus purs, parce que plus libres. Plus joyeux, parce que mieux maîtrisés. Plus sereins, parce que moins dépendants. Est-ce facile?? Certes pas. Est-ce possible?? Pas toujours, [...]. C'est en quoi la tempérance est une vertu, c'est-à-dire une excellence: elle est cette ligne de crête, dirait Aristote, entre les deux abîmes opposés de l'intempérance et de l'insensibilité, entre la tristesse du débauché et celle du peine-à-jouir, entre le dégoût du goinfre et celui de l'anorexique.»

André Comte-Sponville [9], p. 60

Qu'a-t-on appris sur le traitement des addictions? Il faut un lien, il faut la confiance, ingrédients nécessaires à la création d'une relation thérapeutique qui permet au patient de se sentir suffisamment en sécurité pour parler de son ambivalence et de ses contre-volontés de santé. A cela peuvent s'ajouter certains médicaments à l'efficacité modeste mais démontrée. Les études suggèrent que l'entretien motivationnel et les stratégies de prévention de la rechute remportent la palme de l'efficacité. Faut-il donc que les cliniciens et soignants actifs en médecine de premier recours soient formés à ces approches? Peut-être, mais cela n'implique-t-il pas trop de contraintes de formation?

Serait-il possible d'appliquer des principes plus simples autour du rôle du praticien, non pas comme porteur d'une technique, mais plutôt comme promoteur d'une philosophie de l'assistance? Il s'agit d'un changement de posture en réponse à des troubles dont la consommation est le symptôme cardinal. Les addictions sont envisagées comme des troubles fonctionnels témoignant de souffrances affectives, de souffrances relatives à l'adaptation de l'humain à sa condition. Aux troubles fonctionnels témoignant de souffrances affectives, il n'existe pas de cure radicale, ni de recette. Le patient qui consulte est animé d'une volonté de santé. Le rôle du soignant est de révéler et de renforcer cette volonté: agent de promotion de tempérance en même temps que révélateur et assistant de résolution de l'ambivalence. Le soignant tient compte de la sévérité des troubles et comprend son influence sur l'ambivalence du patient à changer: les patients les moins gravement atteints ne souhaitent souvent pas être abstinents – ils n'ont pas assez d'ennuis liés à leur dépendance pour justifier de se priver de consommer! A l'inverse, ceux dont les problèmes sont très sévères savent que certaines conséquences sont irréversibles, donc pourquoi changer?

Ce qui rend ce changement possible, c'est d'inviter le patient à mettre des mots, à s'entendre faire le récit d'une vie avec un peu plus de liberté et de responsabilité dans la consommation de psychotropes. C'est deve-

Correspondance:
Dr Jean-Bernard Daepfen
Alcohol Treatment Center
Beaumont 21b
CH-1011 Lausanne
jean-bernard.daepfen
[at]chuv.ch

nir une référence significative pour le patient, un guide dans l'écriture du scénario d'une vie un peu plus sage. C'est accepter d'entrer en relation, de ne pas trop savoir ce qui va se passer, de se laisser emporter par la capacité du patient d'assumer sa vocation créatrice et sa responsabilité d'être unique entre tous. Même si le déterminisme est fort, si la marge de manœuvre est faible, chaque patient conserve une marge de liberté et de responsabilité sur son devenir. La thérapie commence à agir lorsque l'accusation (de l'autre, de la vie, de l'injustice) cède la place à la responsabilité. Même avec un foie cirrhotique, même sous méthadone, même sans emploi, il est possible d'accéder à une vie suffisamment bonne. C'est ce qu'exprime de manière très fine notre confrère, témoin de l'évolution favorable d'un de ses patients après des années de cure de substitution de méthadone: «Nous comparions nos vérités et bricolions des réponses et des solutions,

modestement, patiemment» [10]. Le médecin joue un rôle considérable dans l'accompagnement du patient dépendant sur le chemin périlleux de la rémission. La manière de s'y prendre, la qualité de la relation instaurée et la patience sont les compétences maîtresses du praticien en médecine de l'addiction. La patience permet d'observer que le changement ne survient pas à la suite d'une progression linéaire, mais de manière chaotique, comme s'il fallait attendre une fenêtre d'opportunité, l'apparition pour le patient d'une représentation nouvelle de soi qu'on l'aura aidé à façonner, comme si il fallait attendre Kairos, le petit dieu grec ailé de l'opportunité, qu'il faut saisir quand il passe.

Disclosure statement

Le Dr Daepfen a touché des honoraires de Lundbeck SAS qui commercialise le nalmefene pour des conseils et des conférences.

Photo de couverture

© Peerayot To-im | Dreamstime.com

L'essentiel pour la pratique

L'absence de solutions efficaces pour traiter les addictions a longtemps été mal vécue par le corps médical. Malgré leurs injonctions, les soignants se trouvaient souvent totalement impuissants. Les méthodes contraignantes et asilaires ont montré leurs limites. A la fin du XX^e siècle, le développement des neurosciences et la recherche clinique sur les psychothérapies des addictions ont redonnés un souffle à ce domaine médical en friche. C'est dans ce champ particulier de la médecine, marqué par l'impuissance des soignants, qu'un nouveau paradigme de la relation soignant-soigné est en cours de développement: une relation thérapeutique inédite, marquée par un partenariat, par la co-construction d'une démarche de soins, le patient se voyant reconnu comme le vecteur du traitement, partenaire incontournable du succès thérapeutique. Cet article esquisse le rôle déterminant des praticiens dans l'accompagnement thérapeutique des patients souffrant d'addictions.

Références

- 1 Rank O. Volonté et psychothérapie. Analyse du processus thérapeutique dans son rapport avec la relation analytique. Paris: Payot. 1976:240.
- 2 Lacroix A. Se noyer dans l'alcool? 3rd édition ed. Paris: Editions J'ai lu. 2001;2012:158.
- 3 George O, Le Moal M, Koob GF. Allostasis and addiction: role of the dopamine and corticotropin-releasing factor systems. *Physiology & behavior*. 2012;106(1):58–64.
- 4 McDougall J. L'économie psychique de l'addiction. In: Marinov V, editor. Anorexie, addictions et fragilités narcissiques. Paris: Presses universitaires de France;2001:187.
- 5 Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(12):CD001867.
- 6 Soyka M, Rosner S. Nalmefene for treatment of alcohol dependence. *Expert Opin Investig Drugs*. 2010;19(11):1451–9.
- 7 Sadowski IJ, Clair C, Cornuz J. [Smoking cessation: update 2015]. *Rev Med Suisse*. 2015;11(478):1276–81.
- 8 Kranzler HR, Covault J, Feinn R, Armeli S, Tennen H, Arias AJ, et al. Topiramate treatment for heavy drinkers: moderation by a GRIK1 polymorphism. *Am J Psychiatry*. 2014;171(4):445–52.
- 9 Comte-Sponville A. Petit traité des grandes vertus. Paris: Presses universitaires de France;1995.
- 10 Bischoff T. C'est n'importe quoi. *Revue médicale suisse*. 2008(151).