

Les chemins du traitement de l'addiction¹

Jacques Besson

Service de psychiatrie communautaire du CHUV, Lausanne, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article were reported.

Summary

Approaches to the treatment of addiction

Addiction is a challenge for public and mental health systems. What is the role of psychiatry in the interdisciplinary approach of the four pillars policy in Switzerland? For fifteen years the dialogue has evolved from a focus on the substances to a new focus on the persons. One has to pass from the moral judgement to a clinical and scientific one.

On the level of public health policy and institutions, the building of a network between the actors in the field of the addictions allows the matching of the patients' needs to the environment's resources, with the aim of recovery. The Canton of Vaud has developed an indication process based on validated instruments, for addiction problems requiring public funding.

Moreover, the progress in neuroscience increases our knowledge of addiction psychiatry. Indeed, the epidemiology of psychiatric comorbidities, the genetics, the brain imagery or psychophysiology contribute to the scientific foundation of addictology and allow a better individualisation of the treatments.

A particularly important aspect for the clinicians is the place of psycho-traumatic antecedents in the genesis of addiction. New knowledge about stress, trauma and addiction justifies reconsideration of the treatment process, from the street to the recovery within the community. A "phase-oriented treatment" programme, targeting addicted patients with traumatic antecedents is now starting at the Community Psychiatry Service of the University Hospitals in Lausanne, Switzerland.

Key words: addiction; treatment; mental health

Introduction

Les chemins du patient dans les addictions sont aussi les chemins d'une nouvelle science, l'addictologie, et les chemins d'un psychiatre dans les institutions du Canton de Vaud et de la Suisse.

Pour aborder le sujet, il faut tout d'abord bien poser les questions. Qu'est-ce que l'addiction? Quels en sont les traitements? Quelle est la place de la psychiatrie, et quelle psychiatrie? Quels patients pour quels traitements à quel moment? Quels fondements scientifiques et quelles perspectives d'avenir sont-ils à notre disposition [1]?

Correspondance:

Prof. Jacques Besson
Service de psychiatrie communautaire du CHUV
CH-1005 Lausanne
Switzerland
jacques.besson[at]chuv.ch

Il convient également de bien saisir les éléments historiques et contextuels. Le Canton de Vaud a une large tradition viti-vinicole l'exposant aux problèmes d'alcool. Au XIX^e siècle, un Vaudois, le pasteur Louis-Lucien Rochat, a fondé la Croix-Bleue.

En 1975 à Lausanne, on assiste à une expérience interdisciplinaire originale sous l'égide de l'Armée du Salut et de son service social, créant une clinique spécialisée dans le sevrage des alcooliques en collaboration avec la Policlinique médicale universitaire et le Centre psychosocial de la Polyclinique psychiatrique universitaire (la Clinique du Vallon). Cette expérience donnera naissance en 1987 à la nouvelle Unité multidisciplinaire d'alcoologie, fédérant les acteurs du Département de médecine du CHUV, la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme et la Clinique du Vallon. Ces travaux ont été suivis et soutenus par le Service de la santé publique, ils ont abouti à la création du Centre de traitement en alcoologie du CHUV en 2000 [2].

Sur le plan des drogues illégales, rappelons que la Suisse a été véritablement traumatisée par l'apparition des scènes ouvertes à la fin des années 1980. L'épidémie du SIDA a justifié la multiplication des dispositifs à seuil bas et des traitements de substitution facilités. Après plusieurs votations populaires, la Suisse a inscrit dans la loi sa politique intégrée dite des quatre piliers, alliant prévention, thérapie, répression et réduction des risques. Il en a résulté un important changement de paradigme [3].

En effet, au plan des représentations sociales, les addictions relevaient traditionnellement du jugement moral: les patients étaient considérés comme relevant du vice, de la paresse et de la mauvaise volonté. L'impuissance des médecins reléguait les patients au monde social, des patients pauvres pour une médecine pauvre. Il fallait donc changer de paradigme et passer au jugement clinique et scientifique. L'addiction apparaît alors comme un carrefour psychosomatique et psychosocial, pathologie typique de la modernité. Une nouvelle science est née: l'addictologie. Celle-ci dispose de modèles animaux translationnels, d'imagerie cérébrale fonctionnelle, d'une recherche clinique fondée sur les preuves, de l'apport des sciences humaines (sociologie, droit, économie) et d'une importante interdisciplinarité.

C'est dans ce nouveau contexte que le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) inaugure en 1996 un centre d'accueil interdisciplinaire pour patients toxicodépendants

1 Cet article est basé sur un discours tenu à la réunion annuelle de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie, qui a eu lieu du 11 au 13 septembre 2012 à Interlaken.

(le Centre St-Martin) et une unité hospitalière spécialisée en 1998 (La Calypso, site de Cery). Ces nouvelles unités se sont largement inspirées des succès de l'alcoologie interdisciplinaire et ont été vivement soutenues par l'Association Vaudoise de Médecins Concernés par la Toxicodépendance (AVMCT). Dès lors, on assiste à la mise en réseau des acteurs médicaux et sociaux, ambulatoires, hospitaliers et résidentiels, somatiques et psychiatriques [4].

De plus, comme centre universitaire, le CHUV a développé plusieurs programmes de formation et des recherches interdisciplinaires. Les plus récents développements concernent la création d'une équipe mobile d'addictologie de liaison dans le cadre d'un programme pour les patients dits «double diagnostic» (addiction et psychiatrie). En effet, comme le Canton de Vaud ne dispose pas de local d'injection ni de programme de prescription médicale d'héroïne, une alternative intéressante pour accéder aux patients résistants au traitement consiste à cibler leurs nombreuses comorbidités.

Prise en charge interdisciplinaire et en réseau

L'existence depuis 1996 d'un centre d'accueil, d'investigation et d'orientation, qui fonctionne comme centre de référence interdisciplinaire à disposition du réseau régional a franchement facilité les collaborations, notamment avec les médecins généralistes. Ceux-ci constituent la première ligne pour les traitements de substitution avec de la méthadone, mais ont besoin de soutien de la part du Centre de référence, pour les aspects d'accueil à seuil bas, pour l'investigation et le traitement des comorbidités psychiatriques, pour l'accompagnement socio-éducatif et pour des interventions de crise chez leurs patients substitués. Sur les 2000 traitements de substitution du Canton de Vaud, environ 1500 sont pris en charge par les médecins de premier recours de l'AVMCT avec le soutien des centres de référence. Il s'agit d'une réussite de l'intégration de la psychiatrie et de la médecine générale dans une perspective communautaire.

Un soutien pédagogique est offert de plus par de la formation en ligne (Formatox) et un programme d'intervision régionalisé (Programme de Perfectionnement des Médecins dans le domaine de la Toxicomanie [PPMT]). Un instrument d'évaluation clinique rapide (Rapid Addiction Profile [RAP]) a été développé pour aider les intervenants à adopter une approche multidimensionnelle de l'addiction, intégrant les dimensions somatique, psychiatrique, de crise et des ressources à disposition. Des scores de 1 à 4 pour chaque dimension aident à fixer des priorités. Par exemple, pour la dimension psychiatrique, un score de 1 indique l'absence de comorbidité psychiatrique, un score de 2 la présence d'un trouble de la personnalité, un score de 3 un diagnostic sur l'axe I du DSM qui exige un traitement et un score de 4 indique plusieurs diagnostics psychiatriques aigus ou invalidants [5].

La dimension motivationnelle a montré toute son importance pour orienter le patient dans le réseau, dans une logique du step-care, de l'empowerment et du rétablissement. Les dimensions de crise et de ressources contribuent à l'analyse systémique du contexte du patient, mesurant ses

besoins socioculturels, notamment le besoin de sens, autant privé dans son histoire personnelle que du sens de sa vie dans une perspective communautaire. A cet égard, les Alcooliques Anonymes et les Narcotiques Anonymes offrent un haut degré de ressources psychosociales.

Quels patients pour quel traitement à quel moment?

Cette question, le problème du «matching», préoccupe les chercheurs en organisation de santé publique et de santé mentale depuis des décennies, sans qu'aucune réponse définitive n'ait encore été apportée. Toutefois, un grand pas a été fait par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2001 par la publication de son rapport sur la santé dans le monde intitulé «La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs». Ce rapport formule dix recommandations dont nous sommes fortement inspirés [6]:

- Traiter les troubles au niveau des soins primaires
- Assurer la disponibilité des psychotropes
- Soigner au sein de la communauté
- Eduquer le grand public
- Associer les minorités, les familles et les consommateurs
- Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national
- Développer les ressources humaines
- Etablir des liens avec d'autres secteurs
- Surveiller la santé mentale des minorités
- Soutenir la recherche.

Une pyramide des besoins de la population générale a montré que les besoins les plus spécialisés étaient les moins fréquents et les plus coûteux, dans un rapport inverse aux besoins communautaires qui eux sont très importants et de coûts plus élevés.

C'est la raison pour laquelle depuis une dizaine d'années, le Canton de Vaud développe une chaîne de soins «alcool» et une chaîne de soins «drogue», dans une volonté politique d'efficacité. Des binômes médico-sociaux gèrent le processus d'indication pour entrer en résidentiel à l'aide d'instruments validés et standardisés mesurant tant la gravité de l'addiction (Addiction Severity Index) [7] que la motivation du patient à changer et à se soigner (SOCRATES). Le passage par le dispositif d'indication conditionne le financement du séjour résidentiel. Ces processus sont en voie de généralisation pour l'hébergement des patients présentant des problèmes de santé mentale.

Fondements neuroscientifiques

Toute cette réflexion en termes de santé publique a été consolidée par les avancées des neurosciences qui ont établi l'impact des substances psycho-actives sur le cerveau, confirmant l'idée de maladie addictive [8].

C'est tout d'abord grâce aux modèles animaux impliquant l'auto-administration de drogues et d'alcool qu'a été mis en évidence le rôle de la dopamine dans les processus de renforcement dans les circuits de la récompense: les drogues et l'alcool, en agissant dans les mêmes régions que les émotions, font confondre plaisir naturel et artificiel. Ensuite, de

nombreuses études ont montré tant chez l'animal que chez l'homme que le stress est un facteur de risque majeur pour les addictions. En effet, par ses aspects neuro-hormonaux, le stress opère une modulation globale psychosomatique augmentant la vulnérabilité pour les addictions, comme l'a montré une étude avec des souris modifiées génétiquement (KO pour le récepteur au cortisol) et devenues incapables de s'administrer de la cocaïne.

Dans le cerveau des émotions, il faut relever le rôle central de l'amygdale, qui accorde une valance émotionnelle à toutes les afférences, ainsi qu'une réponse émotionnelle à toutes les efférences corticales. Récemment des études d'imagerie fonctionnelle chez l'homme ont montré que l'amygdale est le lieu du «craving», ce besoin impérieux de consommer de l'alcool et des drogues.

Du côté de la génétique des addictions, des indices avaient déjà été apportés par des études sur les jumeaux et les adoptés, ainsi que par des études familiales. Mais les nouvelles technologies, notamment les animaux génétiquement modifiés, ont fait apparaître un important polymorphisme génétique ainsi que le rôle de l'environnement pour l'expression des gènes, via les transcriptases. En effet, les découvertes sur la plasticité neuronale nous ont fait mieux comprendre les addictions en termes de modifications structurales durables sous l'effet des drogues, par des mécanismes d'automatisation liés à la plasticité cérébrale.

Traumatisme et addiction

Ces travaux neuroscientifiques sur la mémoire implicite liée à la plasticité sont venus renforcer nos connaissances sur l'importance des traumatismes subis dans les débuts de la vie en termes d'impact sur le développement affectif aussi bien que cognitif de l'individu parvenu à l'âge adulte. En effet, les antécédents de négligence et de maltraitance aussi bien physique que sexuels sont particulièrement fréquents dans les populations addictives. Le modèle du stimulus conditionné associé à un stimulus non conditionné était déjà capable de prédire un chevauchement des troubles anxieux avec les abus de substances, par les mécanismes de généralisation, de contrôle inhibiteur déficient et d'automatisation. Mais, plus récemment, des études d'imagerie fonctionnelle aussi bien chez l'animal que chez l'homme ont montré que ce sont les mêmes régions corticales qui sont associées pour la peur et l'envie de consommer des drogues d'une part, et pour l'extinction de la peur et la diminution de l'envie de consommer des drogues d'autre part.

Pour le clinicien, cela renforce la conviction qu'il faut offrir aux patients des traitements intégrés tenant compte autant des troubles anxieux, notamment post-traumatiques, que des troubles addictifs. De plus, au niveau pharmacologique, il apparaît que les traitements de substitution ont un important effet de réduction du stress chronique, et que les antidépresseurs auraient un effet protecteur du stress par un effet de neurogenèse dans l'hippocampe [9].

Dès lors, il apparaît très cohérent de tenir compte de ces avancées récentes pour structurer le processus de traitement des addictions en tenant compte des antécédents traumatiques de ces patients. C'est le but d'un programme né sur la

Côte Est des Etats-Unis, intitulé «Traitement orienté en phases». Il tient compte des limitations émotionnelles et relationnelles de ces patients par une approche progressive et intégrée. Les phases sont conceptualisées au nombre de quatre:

- Phase d'alliance: pour les addictions, c'est la phase où le dispositif doit s'adapter aux faibles capacités des patients. C'est le nécessaire aménagement du cadre à seuil bas et la priorité au travail motivationnel.
- Phase de stabilisation: cette phase s'appuie volontiers sur les traitements de substitution et antidépresseurs ainsi que sur tous les éléments du cadre qui visent à sécuriser l'environnement du patient. C'est aussi le temps d'investiguer et traiter les comorbidités somatiques et psychiatriques.
- Phase d'intégration: une fois sécurisé, le patient peut laisser de l'espace pour une réflexion introspective, ou du moins aborder sa vie psychique et relationnelle à l'abri des consommations de substances. C'est l'opportunité d'offrir un travail psychothérapeutique. A Lausanne, nous avons créé un programme de psychothérapie des addictions interaxes, offrant toutes les approches, incluant l'EMDR, qui offre des résultats encourageants chez les patients post-traumatiques.
- Phase de reconnexion: une fois amélioré sur le plan de sa psychopathologie le patient peut mieux saisir les opportunités socio-éducatives pour son rétablissement et retrouver une place dans la communauté.

Perspectives

Comme on l'a vu, la notion de plasticité cérébrale permet d'inscrire les addictions dans un paradigme bio-psycho-social, où les différents termes ne sont pas seulement juxtaposés, mais profondément intriqués les uns dans les autres, dans une véritable boucle cerveau-esprit-culture. Une illustration particulièrement frappante en est la «méditation en pleine conscience» dont l'efficacité est prouvée dans plusieurs indications en psychiatrie et notamment dans les troubles anxieux et les addictions. Ces pratiques de méditation ont une tradition millénaire, et des travaux d'imagerie cérébrale fonctionnelle récents ont montré que la méditation agit précisément sur les régions préfrontales qui diminuent la peur et l'envie de consommer des drogues [10].

Ces éléments viennent consolider de nombreuses données sur les rapports entre spiritualité et addiction. De nombreuses études evidence-based ont montré le rapport protecteur de la spiritualité envers les addictions, tant au niveau de la prévention que du rétablissement. C'est le cas dans les études sur les rémissions spontanées ou sans traitement, mais surtout dans le mouvement Alcooliques Anonymes, dont les 12 étapes ont été écrites en état de conscience modifiée par Bill et qui font appel à une Puissance supérieure. D'ailleurs, C.G. Jung avait écrit aux fondateurs des AA qu'ils renouaient avec la tradition des alchimistes, puisque ceux-ci invoquaient leur formule «spiritus contra spiritum», spiritus voulant tout aussi bien renvoyer à l'esprit qu'à l'alcool, donnant ainsi un double sens à la formule, indiquant le sens de la guérison des alcooliques [11].

En termes de recherches, l'addictologie est un champ en pleine expansion interdisciplinaire, et les prochaines années devraient lui permettre de rejoindre le niveau clinique et scientifique des autres branches de la médecine. A Lausanne, le CHUV soutient la création d'une cohorte de patients toxicodépendants qui seront étudiés rigoureusement sur les plans épidémiologique, addictologique, psychopathologique, psychotraumatologique et psychophysiologique (eye-tracking, capteurs cutanés). Une investigation psychométrique de la spiritualité sera incluse dans la batterie de questionnaires.

Conclusions

Les chemins du traitement de l'addiction sont en construction. Dans une approche interdisciplinaire utilisant le modèle du rétablissement, les psychiatres y jouent un rôle de plus en plus important. L'addictologie comme nouvelle science clinique illustre paradigmatiquement l'apport des neurosciences pour une nouvelle compréhension intégrée du modèle bio-psycho-social dans une boucle cerveau-esprit-culture.

Références

- 1 Reynaud M. Traité d'addictologie. Flammarion, Paris 2006.
- 2 Besson J, Masson D, Yersin B. Une expérience de consultation multidisciplinaire «alcool» à Lausanne. *Psychologie médicale* 1991;23,6: 651-4.
- 3 CFLD, Commission fédérale pour les questions liées aux drogues. D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psycho-actives. Bern, Verlag Hans Huber 2006.
- 4 Pelet A, Doll S, Huissoud T, Resplendino J, Besson J, Favrat B. Methadone maintenance treatment in general practice or in specialized centres: Profile of patients in the Swiss Canton of Vaud. *Journal Drug Alcohol Abuse* 2007;33,5:665-74.
- 5 Besson J. Pour une approche globale de l'addiction à l'alcool. *Forum Med Suisse*. 2002;21:506-10.
- 6 OMS, Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2001. La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. OMS Genève 2001.
- 7 Krenz S, Dieckmann S, Favrat B, et al. French version of the Addiction Severity Index (5th edition): Validity and Reliability among Swiss opiate-dependent patients. *European Addiction Research* 2004;10(4):173-9.
- 8 COROMA, Collège romand de médecine de l'addiction. Neurosciences de l'addiction. COROMA/OFSP 2009. Téléchargeable sur www.romandieaddiction.ch.
- 9 Lanius R, Vermetten E, Pain C. The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease. The Hidden Epidemic. Cambridge University Press, Cambridge 2010.
- 10 Verhagen P, Van Praag H, Lopez-Ibor J et al. Psychiatry and Religion: Beyond Boundaries. Wiley-Blackwell 2010.
- 11 Huguelet P, Koenig H. Religion and Spirituality in Psychiatry. Cambridge University Press 2009.