

Assuétudes, l'expérience vaudoise

ASSUÉTUDES



UN CHEMINEMENT SINGULIER
ET COMPLEXE DANS LA CITÉ

.....

La drogue évolue. Ses usagers d'aujourd'hui sont différents de ceux d'hier et la société pose sur eux et sur l'accompagnement à leur apporter un nouveau regard (que ne partagent pas les vieux démons moraux encore vivaces). C'est de ce changement de perspective qu'émerge l'addictologie, une science interdisciplinaire où se rencontrent les dimensions apportées par la psychiatrie, la santé mentale, la santé communautaire, les neurosciences, la spiritualité. Loin d'être théoriques, les apports de l'addictologie se matérialisent sur le terrain et font agir et interagir toutes les ressources de la communauté. C'est ce que nous montre l'expérience vaudoise.

.....

Dans les années 90, pouvoir d'achat du franc suisse, relâchement des mœurs et libéralisme ambiant ont fait que la jeunesse suisse s'est retrouvée dans les « scènes ouvertes », des places publiques transformées en marché de la drogue et en lieux d'injection. La Suisse était traumatisée, humiliée. CNN venait filmer *Needle Park in Switzerland*.

Ce fut un très grand choc, un choc collectif, qui a produit de l'intelligence collective, de la créativité. Il a obligé le peuple suisse à se mobiliser tout entier de manière intersectorielle, la justice, les soins, les écoles ... et à construire une politique dite des quatre piliers qui a permis de faire avancer les contradictions : le monde de la répression s'est mis à travailler avec celui de la prévention, celui des traitements et même avec celui de l'aide à la survie (programme d'échanges de seringues, prescription médicale d'héroïne dès 1991).

Quels rapports entre psychiatrie et addictions ?

La politique des drogues a interpellé les psychiatres qui ont du sortir de leur boutique et se demander ce qu'ils avaient à faire là-dedans. Venant de l'histoire de la folie, la psychiatrie n'était pas forcément bien équipée pour s'occuper des drogues. L'addiction est-elle une folie, est-ce une psychopathologie ?

Quelle psychiatrie pourrait être intéressée aux addictions ?

Il y a la psychiatrie biomédicale et ses différents apports : neuropsychiatrie, psychopharmacologie, épidémiologie (pour avoir des chiffres), génétique médicale (polymorphisme génétique, modèles animaux), imagerie cérébrale.

Il y a la psychiatrie « psychologique » ou psychothérapeutique et ses écoles : psychanalyse et psychodynamique, éco-systémique, psychiatrie cognitive et comportementale, psychiatrie centrée sur la personne (approche rogérienne), l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR).

Il y a enfin la psychiatrie sociale et communautaire, et c'est celle que le professeur

Jacques Besson,
professeur, chef du
service de psychiatrie
communautaire
de l'université
de Lausanne –
centre hospitalier
universitaire Vaudois
(UNIL-CHUV),
président du Conseil
scientifique de
la Société suisse
de médecine de
l'addiction.

Rapporté par
Axel Hoffman.

Mots clefs : drogue, santé mentale, santé communautaire, spiritualité.

Besson soutient. Elle met l'accent sur les déterminants sociaux de la santé et les facteurs culturels, elle s'ouvre aux populations vulnérables en s'intéressant à la solidarité, au lien social, et favorise l'accès aux soins ; elle travaille pour une déstigmatisation et le rétablissement des personnes dans leur dignité et leur autonomie (*empowerment*) : un patient soigné, c'est bien, un patient guéri, c'est mieux, mais un patient réintégré, c'est le véritable objectif.

Des drogues à l'addictologie

Dès qu'il y a un être humain debout, dès qu'il y a volonté d'accès au divin, il y a une drogue : c'est la société des chamanes (qui fait retour aujourd'hui, il y a beaucoup de chamanes et de champignons en Suisse). Dans l'Antiquité, la drogue accompagne l'approche dionysiaque (Dionysos), qui prône la consommation orgiaque, en tension avec l'approche apollinienne (Apollon) qui privilégie le solaire, la poésie et la culture.

A l'époque de l'industrialisation, l'alcool, produit massivement et à bon marché, constitue le fléau principal, notamment pour les populations ouvrières (épidémie de gin à Londres).

Au XX^{ème} siècle, la drogue des hippies, phénomène marginal et romantique, devient rapidement celle des junkies, des sans domiciles fixes. Elle s'expose dans les « scènes ouvertes », elle entraîne des polymorbidités physiques, psychologiques, sociales et génère de l'exclusion. Face à ce tableau, le discours sur les substances perd sa crédibilité parce que le discours sur les drogues mène aux drogues, pas aux personnes, il doit faire place au discours sur les personnes et leurs vulnérabilités : comment aider les gens comme ils sont, là où ils sont. La loi fédérale sur les stupéfiants en Suisse a décentré le problème en ce sens.

Le jugement moral

On vient d'un monde fondé sur le jugement moral : la drogue, c'est un vice, de la paresse, de la mauvaise volonté, « yaka ».

Du côté des médecins, on se sent impuissant. Il y a 30 ans, le traitement de l'alcoolisme se réduisait encore à des ponctions d'ascite (rétention d'eau à l'intérieur du ventre, présente dans diverses maladies dont certaines liées à l'alcoolisme).

[Anecdote : Docteur, qu'est-ce que j'ai dans le ventre ? De l'eau. Ah ça docteur, ce n'est pas possible je n'en bois jamais].

La médecine impuissante renvoie au social : ce sont des problèmes sociaux... patients pauvres, médecine de pauvre. On n'est pas encore sorti partout de ce schéma.

Si on veut retrouver de l'efficacité, il faut dépasser le jugement moral et passer au jugement clinique. Il faut se rendre compte que l'addiction est un paradigme basé sur le psychosomatique et le psycho-social, qu'on ne peut l'analyser dans l'absolu, extraite de son contexte. L'addiction est une pathologie de la modernité, elle a besoin d'une nouvelle science : l'addictologie.

L'addictologie est une science, elle peut se baser sur des modèles animaux translationnels (par exemple animaux transgéniques), sur l'imagerie fonctionnelle multimodale, sur une recherche clinique centrée sur le patient, sur l'interdisciplinarité et même sur les sciences humaines, puisqu'elle interpelle les juristes (quels sont les droits du patient), les anthropologues, et même l'économie, discipline qui nous apprend qu'un dollar investi dans le traitement de l'alcoolisme génère un gain de 8 dollars, argument que même un banquier suisse peut comprendre.

Les rapports entre psychiatrie et addictologie : divergences et convergences

Divergences d'abord. Née au XIX^{ème} siècle, la psychiatrie s'appuie sur un modèle biomédical pour traiter des individus isolés en se basant sur des diagnostics « purs » (par exemple elle s'occupe de quelqu'un qui n'est « que déprimé », ce qui donne en fait des populations peu réalistes). Elle s'exerce en pratique libérale, en institution psychiatrique.

L'addictologie n'existe que depuis la fin du XX^{ème} siècle. Nourrie d'un modèle bio-psycho-

social, elle intègre la réduction des risques, développe une approche « populationnelle » et se base sur la connaissance de comorbidités circulaires (par exemple, un déprimé qui boit un peu et qui et qui et qui...) ; sa pratique se déploie en réseaux interdisciplinaires.

Psychiatrie et addictologie : convergences ensuite.

Psychiatrie et addictologie se rapprochent sur différents points, dont la priorité donnée au « client » ou les préoccupations dans le domaine légal (la psychiatrie se pose beaucoup de questions sur ce que va dire la loi, le juge) et politique (l'addictologie pose les débats sur la dangerosité, la sécurité et la liberté). Au plan légal, quatre « votations » se sont déroulées en Suisse sur la question des drogues. L'une a abouti à la délivrance médicale d'héroïne (1991) ; une autre, qui voulait développer des plans « jeunesse sans drogue », initiative totalitaire et répressive, a été rejetée à 3 contre 1.

Si la psychiatrie procède en termes de psycho-éducation, lutte contre le risque de marginalisation et de stigmatisation et vise au rétablissement, l'addictologie développe une approche socio-éducative avec une accessibilité à bas seuil et tend à la réinsertion des personnes.

Santé mentale et directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

En 2001, le rapport sur la santé dans le monde de l'OMS, centré sur la santé mentale, émet une dizaine de recommandations qui portent de nouveaux espoirs pour les soins aux usagers de drogues. Il ne faut pas confondre : la santé mentale n'est pas la psychiatrie, la santé mentale, c'est la dimension psychique de la santé publique.

L'OMS recommande :

- de traiter les troubles au niveau des soins primaires, ce qui suppose le travail au plus près des populations ;
- d'assurer la disponibilité des psychotropes :

fini de faire de l'idéologie sur ce qu'on prescrit et ce qu'on ne prescrit pas ;

- de soigner au sein de la communauté ; c'est ce que font les équipes mobiles, qui permettent de toucher les patients les plus vulnérables, les moins accessibles, de développer les réseaux d'entraide ;
- d'éduquer le grand public : il faut que les gens comprennent que l'addiction est une maladie et que le traitement est efficace et économique ;
- d'associer les minorités, les familles et les consommateurs : il faut écouter les aidants épuisés, les mères inquiètes, développer les systèmes d'entraide, faire valoir les droits des consommateurs... ;
- d'adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national ;
- de développer les ressources humaines : soutenir les compétences en addictologie, former les généralistes, les infirmiers ;
- d'établir des liens avec les autres secteurs (parler aux gardiens de prisons, aux policiers, rencontrer les écoles, les syndicats, les services sociaux, les employeurs et les agents économiques ...) ;
- de surveiller la santé mentale des minorités : souci de l'interculturel, de la médiation ;
- de soutenir la recherche : en addictologie, la recherche a un retard considérable par rapport à d'autres secteurs comme la médecine somatique.

Il importe aussi de tenir compte des coûts : laisser des consommateurs sans soins (avec la transmission des maladies, la délinquance, etc.) ou les incarcérer coûte plus cher que les soigner en résidentiel et beaucoup plus cher encore que les traitements méthadone et les traitements ambulatoires. Mais attention : chacun doit pouvoir être traité comme il le requiert ; il ne suffit pas de choisir le moins cher, la pertinence des soins est prioritaire, il faut savoir qui incarcérer, qui traiter en résidentiel, qui en ambulatoire. La pertinence des modèles manque encore d'évaluation pour soutenir les choix.

Ainsi, l'organisation des services rencontre couramment des problèmes fréquents. Les services peuvent être inadéquats par rapport aux

besoins, comme des lits de sevrage occupés à seulement 50 % ; inaccessibles ; sous-équipés (résidentiel sympa mais sans « psy »...) ; sous-utilisés, comme cette clinique du jeu si peu fréquentée que le personnel jouait pour passer le temps ; fragmentés ou discontinus, c'est l'exemple classique des overdoses après une sortie non accompagnée, sans *case management* de transition.

La quantité de services doit aussi être évaluée. Les services les plus chers, résidentiels par exemple, sont aussi ceux dont on a le moins besoin. A l'inverse, il ne coûte pas beaucoup de soutenir les besoins les plus élevés et qui concernent tout le monde, comme les compétences communautaires et le *self-care* : éduquer les gens, donner les informations correctes et les contacts utiles. Il faut donc un système politique de pilotage.

L'allocation des ressources par le ministère sur base du schéma (modèle OMS) se fait

en fonction de la qualité des systèmes (il y a un système d'évaluation de la qualité) et des résultats, y compris économiques (efficacité : quel résultat pour quel investissement). Le résultat, c'est la santé de la population : y a-t-il moins d'overdoses, moins de séroconversions ? Chez nous, le résultat est très intéressant : on constate une quasi disparition des overdoses.

Les centres de prescription médicale d'héroïne (situés massivement en région alémanique, il y en a un de 50 places à Genève) obtiennent de très bons résultats. Sur un échantillon de 2199 patients, la durée moyenne de traitement est de trois ans et demi. L'analyse « par objectif » montre une diminution radicale de la prostitution et des modes d'administration risqués, une meilleure protection contre le SIDA et une meilleure hygiène des injections, ainsi qu'une autonomie accrue pour les patients. Les moins bons résultats concernent la satisfaction du temps libre (le problème occupationnel reste important) et l'insertion dans le monde du travail.

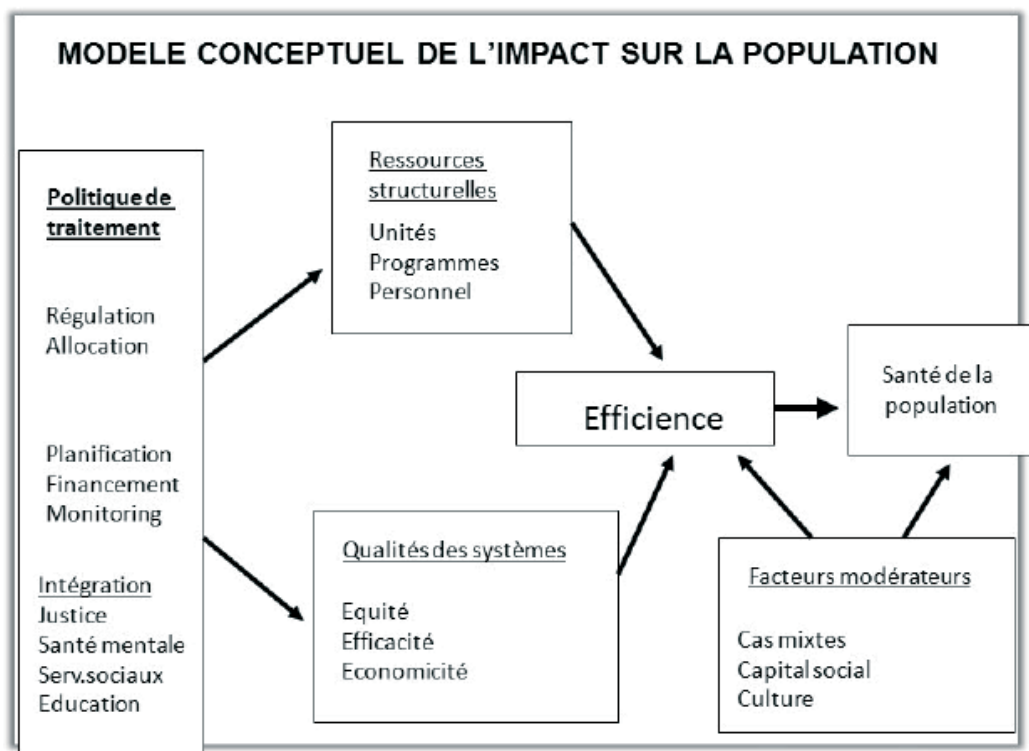


Illustration vaudoise

Dans le canton de Vaud (700.000 habitants, chef-lieu Lausanne), on compte environ 0,5 % d'injecteurs, soit 3500 patients dont un millier non traité. Aujourd'hui encore, la situation reste préoccupante : on voit toujours des « scènes ouvertes » actives où des dealers commercent et où des consommateurs s'injectent en public, des patients en logements précaires ou dans des cabanes, des halls d'immeuble dégradés... Malgré cela, une votation populaire a refusé l'ouverture d'un local d'injection sous l'effet d'une campagne populiste.

Pour faire face, le centre hospitalier universitaire Vaudois s'est doté d'un service de psychiatrie communautaire composé de trois sections : psychiatrie sociale, autisme et addictologie. Le service d'addictologie se compose d'un centre du jeu excessif (fruit de la réouverture en ce début de siècle des casinos fermés au début du siècle dernier) et d'une unité de toxicodépendance, qui nous intéresse ici.

L'unité de toxicodépendance comprend cinq programmes :

- une polyclinique d'addictologie, appelée le centre Saint-Martin, bien accessible sur un piétonnier du centre ville, est axée sur la réduction des risques et une consultation ambulatoire qui gère la substitution pour 500 patients ;
- une clinique d'addictologie hospitalière, Calypso, accueille les situations de crise et les patients à double diagnostic ;
- un programme de psychothérapie des addictions effectue un travail « inter-axes », réunissant différents courants psy (analystes, rogeriens, cognitifs, hypnothérapeutes, systémiciens, etc.) qui délibèrent chaque lundi pour poser l'indication d'une psychothérapie dans un cas clinique précis ; cela permet d'avoir 5 % des patients en psychothérapie ;
- une équipe de liaison et de mobilité en addictologie (ELMA) où des seniors médecins, infirmiers, psy se déplacent en vélo électrique pour porter des compléments psychiatriques en secteur socio-éducatif ou des compléments socio-éducatifs en

secteur médical (30 % chez les médecins généralistes) ;

- un réseau de médecins de premier recours, groupés dans l'association vaudoise de médecins concernés par la toxicodépendance (AVMCT) : 123 médecins généralistes dotés d'un statut spécifique, avec subvention, assurance de qualité et formation continue, suivent 1500 des 2000 patients substitués dans le canton.

Saint-Martin s'organise en réseau pour faire face à l'avalanche de demandes. Un accueil accessible en permanence donne les rendez-vous. Un premier entretien est programmé dans la journée, au cours duquel le référent réalise une évaluation primaire. Ensuite une investigation aboutit à une évaluation et le traitement commence, si possible ailleurs, chez le médecin traitant ou en institution. Le but est en effet que le Centre ne soit qu'un sas et que le patient retourne dans le système, chez le médecin avec qui le centre travaille



en partenariat. Mais ce n'est pas possible pour certains d'entre eux à qui un programme spécifique est alors proposé (patients malades du SIDA par exemple, qui seront suivis au centre Saint-Martin).

Rôle du praticien

Le généraliste est un intervenant adéquat. Il est neutre et accueillant, il peut définir le niveau de soins adapté, poser un diagnostic multidimensionnel, choisir les partenaires nécessaires dans le réseau, établir un contrat avec une durée et une évaluation périodique.

Il dispose d'un outil très utile, le questionnaire RAP (*Rapid Addiction Profile*).

Ce questionnaire comporte quatre niveaux de score : rien de particulier (niveau 1), investiguer (2), il y a trouble ou maladie qui nécessite traitement (3), il y a urgence, crise, une hospitalisation est nécessaire (4).

A l'aide de ces scores, il va explorer cinq dimensions.

La dimension somatique

Bon état, sérologies négatives (score 1), sérologies positives, état diminué, problèmes dentaires et d'hygiène, abcès (2), hépatite chronique, SIDA en traitement, comorbidité somatique (diabète, etc.), abcès compliqué (3), SIDA, endocardite, pancréatite, atteinte neurologique sévère (4).

A noter que le centre préconise des dosages de méthadone dans le sang afin d'estimer les sur- ou les sous dosages et les dérivations de produit. On a ainsi observé que c'est l'énantiomère inactif de la méthadone qui est cardiotoxique.

La dimension psychiatrique

Pas de diagnostic autre que abus et dépendance (1), diagnostic sur l'axe II du DSM : trouble de personnalité, polytoxicomanie (2), sur l'axe I : bipolarité schizophrénie, dépression (3) polydiagnostique (4).

A noter que de nombreuses études soulignent un taux élevé de co-morbidités, entre 47 et 87 % selon les séries. Si la dépression semble s'associer plus volontiers à l'alcool (33 à 67 %) qu'à la cocaïne et l'héroïne (30 % ou moins), plus de 50 % des patients présentant des troubles bipolaires, des troubles anxieux (PTSD) ou une schizophrénie abusent de substances. La question de la causalité primaire ne semble pas opérationnelle en raison de la circularité des troubles.

La dimension motivationnelle

Patient motivé et collaborant (1), ambivalence ou conscience partielle des problèmes (2), déni partiel, réticence ou consultation sous pression d'un tiers (3), opposition (4).

Le stade motivationnel peut être mesuré par l'échelle de Prochaska et Di Clemente (pré-contemplation, contemplation du problème, prise de décision, action, maintenance, rechute éventuelle et retour dans le cycle) qui peut aussi être utilisé pour les dispositifs d'indication.

La dimension crise

Milieu soutenant et clair (1), famille à disposition vague, conjoint co-dépendant, employeur collaborant (2), famille rejetante, conjoint intoxiqué, pas de levier professionnel (3), violences conjugales et familiales, crise aigue dans le milieu (4).

La question est : pourquoi maintenant ? La crise est souvent une rupture d'équilibre dans le système : un psychotique contenu par le produit qui sort de sa bulle, un *borderline* étayé par le produit et par son conjoint qui se sépare, un névrosé qui se noie dans son produit...

La dimension ressources

Salaire, logement, vie sociale active, pas de problème judiciaire (1), chômage, logement précaire, problème judiciaire, vie sociale et professionnelle réduite (2), aide sociale, pas de logement, dettes, mandat judiciaire, pas de formation professionnelle, vie sociale

réduite à la « zone » (3), sans domicile fixe, marginalisation totale, délinquance (4).

Le risque relatif de développer des addictions est fonction de l'environnement socio-économique : que ce soit pour l'alcool, la nicotine ou les drogues illégales, les pauvres cumulent les risques.

Couvrir les besoins

Il faut couvrir les besoins sous tous leurs aspects.

Besoins systémiques : amie, famille, réseau.

Besoins socio-éducatifs : aspects financiers (plans de désendettement), juridiques (conseils), professionnels (orientation), et occupationnels. Dans le service, sur le site de l'hôpital, il y a 500 places « occupationnelles » où on peut s'exercer à l'électronique, à la boulangerie, à la bureautique, au jardinage... et qui permettent un travail de réhabilitation des malades.

Et ne pas oublier les besoins psychothérapeutiques et existentiels. Les patients ont besoin de sens. De sens privé : psychothérapie personnelle, histoire de vie. Mais aussi, quel est le sens de nos communautés ? Sens culturel, sens spirituel.

C'est dans cet esprit que le canton s'est doté d'un dispositif cantonal d'indication. Quand un patient demande un traitement résidentiel, il passe par un binôme médico-social qui l'évalue à l'aide de deux instruments : le *Addiction Severity Index* (ASI) et le *Socrates* qui détermine la motivation. L'idée est que tous les patients qui demandent un financement lourd soient inclus dans une filière : alcool, drogue, santé mentale. Le but est d'avoir un monitoring pour améliorer la prise en charge et ne pas perdre le patient en cours de route.

Perspectives d'enseignement et de recherche

Sous l'égide de l'office fédéral de la santé, on a créé un site de formation continue : form@tox (<http://www2.unil.ch/formatox>) comportant

une dizaine de modules de formation à distance (sur le jeu, la méthadone, le cannabis, le tabac, les benzodiazépines...).

Sur le plan « recherche », il existe un projet interdisciplinaire « Addiction » qui fait se rencontrer neurosciences, clinique, imagerie ; une recherche sur le métabolisme de la méthadone, notamment dans le domaine de la pharmacogénétique ; une recherche sur la transmission familiale (épidémiologie génétique) ; des études de psychobiologie s'intéressent au *craving*, à l'impulsivité, à la perception du temps, à la psychophysiologie, etc.

Une illustration de ce qu'on fait sur le trauma. Dans le modèle cognitivo-comportemental, l'association de stimulus conditionnés et non conditionnés a des conséquences en termes de généralisation, d'automatisation et de déficience du contrôle inhibiteur et va déboucher sur une association de troubles anxieux et d'abus de substances. Cela rejoint des travaux de psychiatrie translationnelle. Quand on observe un cerveau de rat, les régions de la peur sont les mêmes que les régions de recherche des drogues, en préfrontal supérieur comme chez l'homme ; et, chez l'homme comme chez le rat, on retrouve en préfrontal inférieur les régions qui, lorsqu'on les stimule, diminuent la peur et l'appétence pour les drogues. Il y a donc intrication des mécanismes anxiogènes et addictogènes, ainsi que des mécanismes anxiolytiques et addictolytiques.

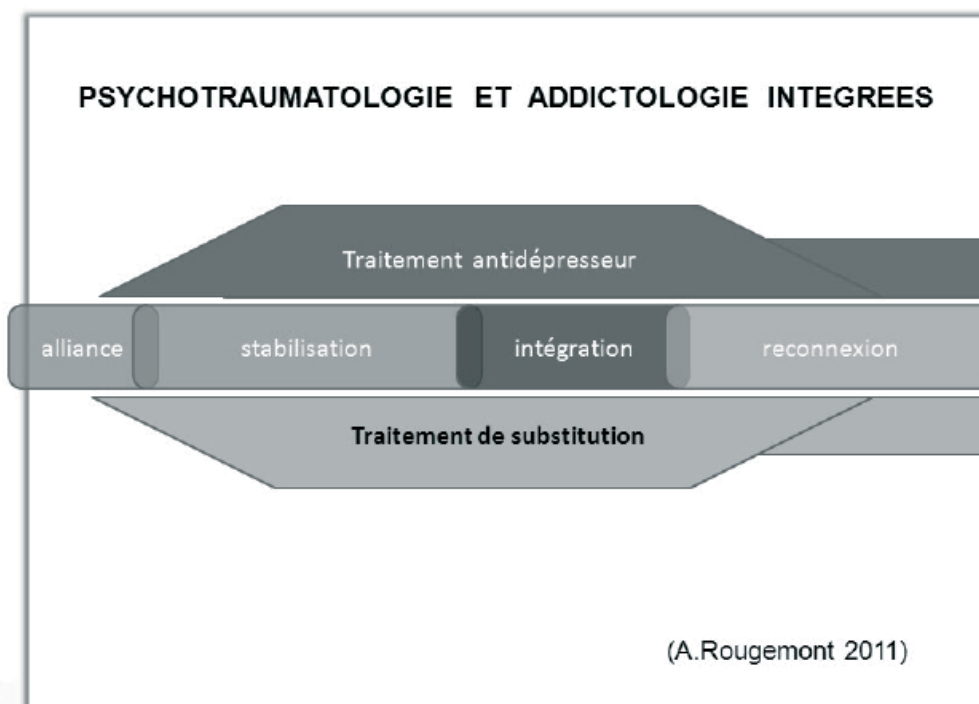
Autre exemple de recherche, sur l'état de stress post-traumatique. Chez les gens normaux, quand ils ont pu désamorcer la peur provoquée par un stimulus stressant, la répétition de ce stress un peu plus tard ne déclenche plus de peur. Chez les gens en état de stress post-traumatique, la répétition du stimulus anxiogène, pourtant désamorcé auparavant, déclenche à nouveau la même peur et même un peu plus forte. Il y a donc un déficit d'extinction, pathognomonique dans l'état de stress post-traumatique, qui nous importe parce que c'est aussi une cible thérapeutique dans les addictions.

Un aspect plus thérapeutique. Nous avons commencé à pratiquer la *mindfulness* (voir lexique), la « pleine conscience », en réduction des risques ou chez des patients hospitalisés en projet d'abstinence. En imagerie, on constate que les zones où s'exprime l'effet de la *mindfulness* sont, à nouveau, ces régions préfrontales inférieures. Cela signifie que les approches spirituelles ont, géographiquement, le même effet que les traitements des troubles anxieux.

On a pu montrer que le traitement des états de stress post-traumatique nécessitait une stratégie et un processus. C'est un diagnostic lourd et qui ne correspond pas bien à nos patients usagers de drogues. Dans le DSM V, il y aura une nouvelle catégorie qui leur correspond davantage : le *Developmental Trauma Disorder* (DTD) qui s'applique aux patients chroniquement maltraités, abusés, victimes de traumatismes cumulatifs. Ce

DTD peut être approché par le *Phase oriented Treatment* (POT), le traitement orienté en phases. Comment cela marche-t-il ?

On commence par être dans l'alliance avec le patient (un repas, un contact) ce qui permet d'introduire des éléments de stabilisation, incluant des traitements de substitution et des traitements de fond, antidépresseurs (utiles au long cours et à bonne dose dans l'état de stress post-traumatique). On « encadre » ainsi le patient. C'est à ce moment, quand il est protégé, stabilisé, qu'il faut « aller chercher le trauma » et intégrer la souffrance psychique dans le traitement de psychiatrie communautaire : c'est la phase d'intégration, sans laquelle le traitement (de substitution par exemple) risque bien de ne jamais pouvoir s'arrêter. Une fois ce travail d'intégration réalisé, il faut « reconnecter », retourner dans le monde, avec l'aide de nos circuits socio-éducatifs. Le traitement pourra s'arrêter quand tout le processus se sera achevé.





L'effet placebo

Grâce à l'imagerie cérébrale fonctionnelle, on observe que la prise d'un antidépresseur, quand il est efficace, se marque dans une zone du cerveau que l'on appellera A. Une psychothérapie pour la dépression, un peu efficace, se marquera dans une zone du cerveau que l'on appellera B. Et le placebo ? En zone A ? ou B ? Ou les deux ? Ou aucune ? La réponse est : en zone A. Alors ce qu'on voit à l'imagerie, est-ce l'effet du traitement de la dépression ? Ou l'effet de la prise d'un médicament ?

Spiritualité et addiction

La psychiatrie classique n'aime pas beaucoup la spiritualité. Elle traite volontiers les expériences mystiques de délire, épilepsie temporale, hystérie, névrose obsessionnelle, trouble dissociatif. En face, on parle de spiritualisme, de dualisme, de gnose, de dogme. Entre les deux, il y a des zones frontalières : expériences de mort imminente, états de conscience modifiés (transe, extase, drogues), effet placebo.

Les rapports entre spiritualité et santé sont pourtant légions. Les alcooliques anonymes sont « inspirés », Bill a été « guidé » pour écrire les 12 étapes. Dans le domaine des addictions, des études récentes sur des rémissions spontanées avec ou sans traitement font toujours intervenir la spiritualité (ou le grand amour). Le questionnaire HOPE pose les bases d'une « anamnèse spirituelle » validée par l'EBM. Freud qui ne voulait ni des médecins ni des prêtres a longuement correspondu avec le pasteur Pfister qui rêvait d'une « cure d'âme » ; leur débat a culminé dans le dilemme « avenir d'une illusion ou illusion d'un avenir » et a produit l'idée de conduire le transfert jusqu'à Dieu.

Aaron Antonovski a étudié la cohérence, qui repose sur la confiance qu'il existe un accord entre l'être humain et son entourage physique,

social et culturel. Sans cette confiance, nous sommes en souffrance ; si on est cohérent, cela produit de la santé. C'est la base de la salutogenèse.

Eugène Drewermann soutient que le mal, c'est la perte de la confiance en Dieu.

Rudolf Otto parle du « numineux », posant la phénoménologie des phénomènes irrationnels dans le religieux, « *mysterium tremendum et fascinans* ». Ses idées ont été reprises par Georges Lakoff, professeur de linguistique cognitive à Berkeley, pour qui la vie symbolique est un travail neurocognitif à partir du corps, ce qui le conduit à la théorie de la cognition incarnée et, spiritualité incarnée, de la connexion empathique avec l'univers via le corps.

Tout cela s'inscrit dans la boucle cerveau-esprit-culture. Notre cerveau est plastique et la culture va influencer nos circuits. Des travaux comparant l'analyse factorielle de la structure religieuse à l'imagerie fonctionnelle montrent que nous sommes tous placés sur des axes où nous percevons différemment (« de tout le temps » à « jamais ») l'implication de Dieu dans nos vies, que d'une personne à l'autre, notre perception est différente, du dieu amour au dieu colère et enfin que pour différencier une perception intellectuelle d'une perception expérientielle, il faut mobiliser les réseaux de neurones gérant notre interface cognitivo-émotionnelle.

Conclusions en 6 phrases

Psychiatrie et addictions sont en forte interaction, en réseau.

L'addictologie est une science interdisciplinaire émergente.

La dimension de santé mentale est un puissant facteur de convergence.

Le médecin de premier recours est au centre du dispositif.

Les neurosciences ouvrent des perspectives nouvelles : trauma, stress et addiction.

Spiritualité, addiction et psychiatrie : pour une clinique du lien et du sens. ●

Lexique

L'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), ou Mouvement des yeux, désensibilisation et retraitement (de l'information) est un type d'intervention à visée psychothérapeutique mise au point par Francine Shapiro après 1987. Cette thérapie semblerait efficace dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique. La particularité de l'EMDR reste la stimulation sensorielle généralement appliquée sous une forme bilatérale alternée et le plus souvent par le biais des mouvements oculaires.

L'approche centrée sur la personne (ACP) développée par Carl Rogers met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient (écoute empathique, authenticité et non-jugement, non-directivité).

Etat de stress post-traumatique : trouble anxieux sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante, durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique du patient et/ou de son entourage a été menacée et/ou effectivement atteinte. Il survient parfois à la suite de la réaction aiguë de stress à la situation anxiogène mais il peut aussi apparaître après plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Mindfulness ou « pleine conscience » : état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment.

La pleine conscience est intégrée dans différentes formes de psychothérapies et d'interventions psychologiques comme la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) comme prévention de la rechute dépressive ou l'entraînement à la gestion du stress basé sur la pleine conscience (MBSR).