



Médecine et société

Analyse

Xavier Laqueille, Psychiatre des hôpitaux, chef du service d'addictologie à l'hôpital Sainte-Anne de Paris, responsable d'enseignement d'addictologie, Université Paris-Descartes

Sami Richa, Chef de service de psychiatrie à l'Hôtel-Dieu de France de Beyrouth, professeur associé de psychiatrie à la Faculté de médecine de l'USJ, docteur en bioéthique

Le positionnement thérapeutique en addictologie

Quelques réflexions à partir de la pratique

Le respect de la personne en addictologie est une problématique majeure. Le vécu sociétal des addictions et le regard porté sur le sujet évoluent entre le rejet moral stigmatisant, la complaisance ou l'angélisme, voire l'instrumentalisation des discours à des fins personnelles. L'entourage et la société apparaissent en perte de repères avec des positions clivées, peu étayées sur le plan clinique et souvent marquées par l'angoisse. La connaissance de la clinique, les effets des substances, les modes de consommation et les principes thérapeutiques permettent une vision plus distanciée avec des repères structurants pour la compréhension et le suivi de ces patients. L'efficacité thérapeutique rejoint le principe du respect de la personne et de l'autonomie.

Le concept d'addiction s'est imposé au-delà des approches morales de la fin du XIX^e siècle, comme un comportement pathologique [2, 9]. Les manuels de classification des maladies mentales [3, 21] permettent, avec la notion de troubles liés aux substances, une vision médicale avec la distance clinique inhérente à une telle approche. Le sujet présentant un trouble de l'usage de substances réveille des phénomènes de rejet et de stigmatisation anciens, ou à l'inverse des positions d'empathie excessive teintée de complaisance. La réflexion médicale permet une position moins passionnée, moins clivée et plus adaptée à la réalité d'un trouble déroutant sur le plan intellectuel, psychologique et social. Elle participe à une réflexion sur l'éthique en addictologie basée sur la compétence et la connaissance d'un trouble grave. Le positionnement éthique, mais aussi de fait thérapeutique, demande le respect des résistances du patient [15, 1]. Objet de nombreux débats souvent passionnés voire clivants, cette discipline demande au médecin une approche scientifique et clinique de prudence avec une analyse des enjeux, qui dans une vision systémique le renvoie à sa propre identité médicale dans le respect de l'identité de chacun.

Les troubles addictifs : une clinique, une thérapeutique

Les troubles d'usage de substances [4] sont des troubles mentaux au même titre que les pathologies anxieuses, dépressives ou schizophréniques. Elles se traduisent par une relation pathologique avec perte de contrôle ou perte de la liberté de s'abstenir de consommer. Cette consommation se poursuit malgré la présence de complications somatiques, psychiatriques et sociales. Ces substances sont aussi des facteurs d'aggravation de nombreux autres troubles. En France par exemple, l'alcool est la troisième cause de décès avec environ 49 000 décès par an [14].

Une clinique originale

Au-delà des classifications internationales des troubles



mentaux [21,4], l'approche clinique permet de préciser quelques points.

Un trouble addictif est une psychopathologie au long cours débutant habituellement à l'adolescence ou à l'âge adulte jeune. Il envahit progressivement l'ensemble de la vie psychique avec un désintérêt progressif affectif et social au profit de la consommation et du milieu des consommateurs. Les premières demandes de soins sont tardives, elles apparaissent lors des complications. Moins de 10 % des sujets présentant un trouble de l'usage de l'alcool consultent [7]. L'évolution est émaillée de rechutes.

Ce trouble est centré sur un attrait pour les substances ou le comportement, une ambivalence face à l'abstinence voire une absence de motivation aux soins. Cet attrait ou *craving* s'accompagne d'impulsions à consommer, auxquelles le sujet ne peut résister.

Ce trouble est associé à une idéation addictive avec un discours de minimisation, de banalisation, voire de justification de la consommation et de prosélytisme avec une sous-estimation du niveau de consommation et de ses conséquences.

Cette clinique est sous-tendue d'une neurobiologie centrée sur le système de récompense, découvert lors des premières expériences d'autostimulation chez le rat par Olds et Milner [20]. Les substances addictives stimulent la transmission dopaminergique du noyau accumbens et bloquent le rétrocontrôle préfrontal [10].

Ce trouble révèle des personnalités vulnérables ou étiopathogéniques [11]. Tous sommes confrontés aux substances psychoactives sans nécessairement développer d'addiction. Ces facteurs sont biologiques, génétiques avec des modulations épigénétiques. Ils sont psychopathologiques avec de fréquents troubles de la personnalité : dépendance affective, troubles du caractère, oppositionnisme. Les facteurs sociaux renvoient à l'image des produits et à leur accessibilité, voire sur le plan sociétal, au vécu des instances d'autorité et de réalité.

Une prise en charge structurée

La prise en charge thérapeutique correspond à cette clinique avec un suivi au long cours qui exige un caractère structuré et fréquent [27]. L'objectif est une abstinence plus ou moins complète et la prévention des rechutes et des complications par un maintien dans les soins. Un tel suivi est de ce fait essentiellement ambulatoire, les hospitalisations sont rares et souvent décevantes.

Le premier travail porte sur la motivation. Conscients de leur trouble, les patients sont peu demandeurs d'aide malgré la sévérité du pronostic. Dans un premier temps, la motivation est extrinsèque, liée aux pressions de l'entourage et aux complications. A travers les entretiens, elle se renforce sur un mode intrinsèque avec la conviction de l'abstinence. Ce cheminement est long. Les propositions thérapeutiques sont adaptées au niveau de motivation du sujet [6]. Les entretiens motivationnels majorent la capacité au changement [25].

Les thérapeutiques médicamenteuses proposent des stratégies diversifiées et adaptées à la demande du sujet [16] :

- le sevrage, en prévention des rechutes, avec des médications souvent décevantes, ou difficiles à manier en cas de traitement aversif de l'alcool ou de blocage des effets opiacés ;
- les traitements substitutifs qui agissent spécifiquement sur le *craving* pour les patients motivés, avec un cadre de soins cohérent avec un objectif de détoxification pour le tabac, un objectif de prise en charge globale, en particulier des troubles de la personnalité, pour l'héroïnomane ;
- la réduction des risques pour les sujets les moins motivés : seringue, méthadone à faible dose, spray et gomme de nicotine, salle d'injection à moindre risque.

Les approches psychologiques concernent les sujets les plus stables, capables de s'intégrer dans de tels suivis. Les thérapies cognitivo-comportementales permettent aux patients de développer des stratégies cognitives pour éviter de consommer [5]. Les thérapies d'inspiration analytique sont utiles pour des patients à la structuration affective pathologique. Les entretiens familiaux ou systémiques sont utiles chez les adolescents et lors des pathologies



familiales. Les entretiens avec les parents et les proches sont une aide face à l'angoisse générée par la situation. Les indications sont posées en fonction des choix ou inclinations des patients.

Une position clinique et des objectifs thérapeutiques

L'autonomie

L'objectif thérapeutique premier, au-delà de l'abstinence, est une évolution de la personne sur un mode plus structuré, ouvert, autonome dans le respect de son identité et de ses choix, avec le souci de la prendre là où elle est, comme elle est, avec son ambivalence et ses problématiques. Au-delà de l'aspect éthique, l'autonomie du patient est un objectif de soins. De fait, par sa compliance, le patient est maître de ses soins et de son évolution en collaboration avec le médecin. Le médecin ne peut plus imposer des soins comme dans un modèle paternaliste. Une telle position serait contre-productive, avec des sentiments d'opposition qui enferment les sujets dans leurs pratiques et leurs difficultés de personnalité. Le modèle est contractuel avec la participation du patient aux soins. Les pathologies addictives sont en effet fortement corrélées à des traits de personnalité associant, outre une dépendance affective, un oppositionnisme. Cet objectif de responsabilisation et d'autonomie renvoie à des paradoxes multiples : dépendance thérapeutique et revendication, positionnement des soignants dans une toute-puissance et d'autorité fantasmée, vécu pathologique des instances d'autorité, revendication et médiocre tolérance aux contraintes en particulier thérapeutiques. La relation médecin-malade, par essence dissymétrique, ne doit pas être infantilisante. Les évolutions sont, de ce fait, longues, rythmées par les résistances et rechutes et en particulier la difficulté à entrer dans une relation de soins. Le respect valorise l'autonomie [17]. Il s'agit pour le soignant d'un enjeu thérapeutique.

L'empathie

La capacité d'empathie des soignants permet la compréhension et le soutien du sujet, elle favorise la relation de soins. En addictologie, l'empathie est l'un des prérequis. Elle fait partie de la position thérapeutique du professionnel au même titre que la connaissance scientifique. Cette empathie permet de connaître le patient, de s'adapter à son niveau de motivation et de gérer les situations de crises (rechutes, complications médicales et psychiatriques). L'objectif thérapeutique est le maintien dans les soins avec une vision d'indépendance et de construction du sujet par une adhésion à la relation thérapeutique. L'empathie ne peut disqualifier le premier objectif thérapeutique qu'est l'autonomie, mais elle ne doit pas interdire, en cas de besoin, les soins et hospitalisations parfois nécessaires et même contraintes. Cette connaissance empathique du patient et sa clinique permet de comprendre les mesures de réduction des risques vécues par certains comme allant dans le sens de la consommation, alors qu'elles ne font que prendre acte d'une situation clinique de danger.

Une relation structurante

L'objectif d'une évolution du patient demande une vision thérapeutique structurée. La connaissance du trouble et de sa prise en charge sont alors essentiels. Cette position doit s'accompagner d'une absence d'ambiguïté sur les drogues, les prescriptions et les aides sociales. Cette position structurée, parfois vécue comme rejetante par le patient intolérant aux contraintes des réalités médicales (risque de surdosage...), n'est pas un rejet du patient. Cette relation structurée s'oppose à certaines attitudes d'instrumentalisation du médecin par le patient. Ces situations de manipulation ne doivent pas être sources de rejet, elles font partie de la clinique des sujets les plus intoxiqués. La position médicale est d'éviter la rupture thérapeutique avec une ouverture vers des propositions de soins adaptées : moins bien va un patient, plus souvent il doit être vu. Permanence et disponibilité des soignants sont des facteurs de succès dans les soins.



Des techniques de soins

Les prises en charges institutionnelles multidisciplinaires associant médecins, infirmiers, psychologues et assistants ou éducateurs sociaux permettent aux patients les plus sévères de se construire dans un espace de soins. Le travail en équipe permet de prendre le recul nécessaire en mettant à distance la pression et l'angoisse du patient ou de son entourage pour une réponse adaptée à son état.

L'information claire et loyale permet au patient son acceptation de la prise en charge. C'est une position maturante et structurante pour le sujet qui va pouvoir évoluer dans un espace thérapeutique clair.

Les hospitalisations sont décevantes en dehors d'objectifs thérapeutiques clairs. Elles demandent l'accord de la personne, ou en cas d'internement en psychiatrie, sont soumises à une législation qui précise qu'elle doit concerner un sujet se mettant en danger sous l'emprise d'un trouble mental, inconscient de ce trouble et refusant des soins. Il n'est pas possible de passer outre un refus de soins en dehors de l'urgence. Cette législation va aussi dans le sens des recommandations du Comité consultatif national d'éthique [8]. En addictologie, s'opposer au respect de l'autonomie infantilise le patient et s'avère inefficace, voire contre-productif, renforçant les comportements d'opposition [19].

Les stratégies motivationnelles sont essentielles. La relation thérapeutique se conçoit comme un partenariat et non une relation patient/expert. Les principes de l'intervention sont l'empathie et le respect de l'état motivationnel du sujet : prendre le patient là où il est, comme il est, et permettre qu'il évolue. Les objectifs du thérapeute évoluent en fonction du stade motivationnel du patient [22].

L'éducation thérapeutique du patient, par la rigueur de son protocole, « vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants et améliorer leur qualité de vie » [18]. Elle s'inscrit dans une démarche éducative bien différente d'une simple information orale ou écrite ou de conseil de prévention, en identifiant le processus morbide et les facteurs de vulnérabilité ou de motivation.

Des positionnements problématiques

La stigmatisation

Les patients objet d'abus rapportent un vécu de stigmatisation. L'ivrogne, le drogué sont fréquemment l'objet d'un rejet latent voire explicite. Un tiers des héroïnomanes sous méthadone disent en souffrir, le terme le plus souvent cité étant « junkie », repris pendant des années malgré une abstinence prolongée [26]. Les femmes présentant un trouble de l'usage d'alcool sont particulièrement concernées, l'alcoolisme féminin subit une forte réprobation sociale, avec un sentiment de honte prégnant [24]. Cette stigmatisation et ce vécu de honte majorent, dans une spirale pathologique, les attitudes de dénégation des consommations. Elles enferment le sujet dans sa problématique. Les conséquences en sont multiples : rejet et isolement sur le plan social, moindre accès aux soins, difficultés financières, comportements délinquantiels et aggravation des sanctions, pathologies co-morbides moins bien diagnostiquées et traitées. Cette position rejetante, sous-tendue d'une vision moralisatrice, méconnaît la souffrance morale de ces sujets, leur particulière vulnérabilité et la gravité de ce trouble en termes de morbi-mortalité. A titre d'exemple, la mortalité de l'héroïnomanie, toutes causes confondues, est de 30 à 50 % à 30 ans [23] ; il s'agit probablement d'un des troubles mentaux les plus sévères. La vision médicale renvoie au modèle médical d'un trouble qui de fait devrait interdire toute vision moralisatrice [13]. Le modèle médical permet d'aller au-delà du débat éthique et du rejet stigmatisant pour comprendre et prendre en charge une personne, souffrant dans toutes ses dimensions et avec toutes les ambiguïtés, de sa demande d'aide et de sa capacité à entrer en relation avec autrui [12].

Les comportements de séduction

La position d'empathie permet une compréhension attentionnée de la problématique. Elle peut induire chez les soignants une adhésion sans recul au discours des patients et



parfois même des fantasmes de toute-puissance thérapeutique ; avec l'idée d'être celui qui comprend et qui seul peut aider. Ce fonctionnement en clivage « bon objet / mauvais objet » est fréquent. Il peut infiltrer les relations entre les membres d'une même équipe de soins (médecin, infirmier, psychologue, assistant social) ou entre équipes ou intervenants divers (addictologue, psychiatre, urgentiste, soignant, police, justice, administration pénitentiaire). Cette vision est symptomatique d'entourages très protecteurs, avec parfois une dimension culturelle forte.

Cette position de complaisance renvoie à une perte de référence clinique et thérapeutique. Elle favorise les passages à l'acte hétéro-agressifs sur les soignants en position de décision vécus comme mauvais objet, mais aussi, dans un second temps, sur ceux qui se positionnent en bon objet et qui s'avèreront décevants après avoir adhéré à un jeu de surenchère revendicative. Cette position de clivage renvoie aussi, de manière plus technique, à un positionnement psychothérapeutique de disqualification des instances d'autorité et de réalité, vécue comme sanctionnantes et non structurantes, ce qui limite les remises en cause qui permettent aux patients d'évoluer sur le plan psychopathologique.

La position militante

De manière historique, le développement de l'addictologie a été porté dans de nombreux pays par quelques médecins, universitaires ou non, et des associations militantes. Cette dualité a permis la création de structures de soins, d'enseignement et de recherche en addictologie. La contrepartie en est un militantisme avec ses dérives : l'instrumentalisation de la discipline à des fins partisanses. Les discours les plus extrêmes portent sur la méthadone, la dépénalisation du cannabis, les salles d'injection. La position médicale ne peut être pour ou contre. Notre spécificité et notre identité soignantes nous amènent à poser les questions selon nos méthodologies : « balance bénéfico-risques », « indications-non indications, contre-indications, précautions d'emploi ». Sortir d'une position de clinicien et scientifique pour défendre des positions personnelles, avec la réserve

que cela suppose, pose question. Si le militant pense que son éthique est de défendre ses idées, celle du médecin est de soigner et défendre le sujet souffrant avec ses connaissances cliniques : la toxicité des produits et l'analyse clinique du patient.

Conclusion

L'addictologie pose avec une particulière acuité la question de la relation médecin-malade. Dans le cadre d'une relation par essence dissymétrique, elle a pour objectif une autonomie du sujet dépendant avec tous ses mécanismes d'opposition. Ce paradoxe thérapeutique demande une empathie et un respect de la personne, sous-tendue d'une connaissance clinique et thérapeutique en rapport avec la vision clinique d'un processus pathologique grave.

Mots-clés : Addictologie ; abus de substance ; éthique ; stigmatisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Antoni M. *Le soignant et le malade alcoolique : réflexions éthiques*. Courrier Addictions 2008. (10) 3 : 29-30.
2. *American Society of Addiction Medicine. Public policy statement on principles medical ethics*. 2005. 4 p.
3. *American Psychiatric Ass. DSM 3R – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson 1992 : 624 p.
4. *American Psychiatric Ass. DSM 5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson 2015 : 1176 p.
5. Aubin H.J. « Principes généraux des thérapies cognitivo-comportementales dans les addictions », in *Addictions et psychiatrie*. Masson 2005 : 223-238.
6. Auriacombe M., Fatséas M. *Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie*. Addictologie Masson 2008: 62-68.
7. Cheeta S., Drummond C., Oyefeso A. et al. *Low identification, of alcohol use disorders in general practice in England*. *Addiction* 2008. 103 (5): 766-773
8. Comité consultatif national d'éthique. *Refus de traitement et autonomie de la personne. Avis n° 87 du 14 avril 2005*. 39 p.
9. Geppert C., Roberts L.W. *The book of ethics*. Halzedon 2008. 173 p.
10. Dervaux A. *Neurobiologie des addictions. Pratiques cliniques en addictologie*. Les Cahiers de Sainte-Anne, Lavoisier Médecine 2017 : 16-22.
11. Dervaux A. *Facteurs de vulnérabilité des addictions. Pratiques cliniques en addictologie*. Les Cahiers de Sainte-Anne, Lavoisier Médecine 2017 : 8-15.

12. Foddy B. *Addiction and its sciences-philosophy*. *Addiction* 2011. (106) 1 : 25-31.
13. Franck L.E., Nagel S.K. *Addiction and moralization: the role of the underlying model of addiction*. *Neuroethics* 2017. (10) 1 : 129-139.
14. Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C. *Alcohol-attributable mortality in France*. *Eur J Public Health* 2013. 23 : 588-593.
15. Laqueille X. « Quelle éthique médicale face aux pathologies addictives » in *Laennec*, 2009. (57) 2 : 6-18.
16. Laqueille X., Lucet C. *Principes généraux des prises en charge en addictologie. Pratiques cliniques en addictologie*. Les Cahiers de Sainte-Anne, Lavoisier Médecine 2017 : 37-42.
17. Le Coz P. *Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale*. *Mt Pédiatrie* 2009. (12) 6 : 383-390.
18. Lucet C., Dupouy J., Laqueille X. « Principes généraux de l'éducation thérapeutique du patient ». in *Laennec*, 2018. (66) 2: 7-13.
19. Nicolini M., Vanderberghe J., Gastmans C. *Substance use disorders and compulsory commitment to care: a care-ethical decision-making framework*. *Scand J Caring Sci*. Nov 2017.
20. Olds J., Milner P. *Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain*. *J of Comparative and Physiological Psychology* 1954. 47 (6): 419-427.
21. OMS. *Classification internationale des Troubles mentaux et des Troubles du comportement : CIM-10/ICD-10*. Traduction française. Masson 1994 : 248 p.
22. Prochaska J, Diclemente C. *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982; 19 (3) : 276-288.
23. Rathod N.H., Addenbrooke V.M., Rosenbach A.F. *Heroin dependence in an English town: 33-year follow-up*. *Br J Psychiatry* 2005. 187 : 421-425.
24. Rolfe A., Orford J., Dalton S. *Women, alcohol and femininity: A discourse analysis of women heavy drinkers accounts*. *J Health Psychology* 2009. 14 (2): 326-335.
25. Rousselet A.V. *L'approche motivationnelle. Pratiques cliniques en addictologie*. Les Cahiers de Sainte-Anne, Lavoisier Médecine 2017 : 67-77.
26. Schidlanski L., Adelson M., Peles E. *Knowledge and stigma regarding methadone maintenance treatment among personnel of methadone treatment and non-methadone maintenance treatment addiction facilities in Israel*. *J Addict Dis* 2017. 36 (1):30-37.
27. Washton A.M., Stone-Whastion N. *Outpatient treatment of cocaine addiction: suggestions to increase its effectiveness*. *Int J Addict* 1990-1991. 25 (12A) : 1421-1429.