

Savoir-être en médecine de l'addiction: quelques pistes pour le praticien

JEAN-BERNARD DAEPPEN*

Rev Med Suisse 2019; 15: 1184-6

La moitié des patients que nous rencontrons ont été aux prises au moins une fois dans leur vie avec une addiction. Quelle que soit notre pratique médicale, nous y sommes confrontés, assez souvent pris entre compassion et désespoir. Faut-il et peut-on venir en aide à celui qui se détruit à petit feu? Cet article soutient que la relation avec nos patients est l'outil principal du traitement des addictions. Quelques pistes y sont présentées pour rendre ce défi plus accessible, plus léger et parfois franchement passionnant.

AMBIVALENCE QUAND TU NOUS TIENS

L'addiction est une maladie du désir et de la décision. Son combat quotidien est l'ambivalence, dilemme épuisant du vouloir et ne pas vouloir changer, cercle vicieux de promesses et d'autotrahisons. Chaque jour, il décide de ne plus consommer, chaque jour il trahit cette promesse. Chaque jour, elle passe du désir au dégoût et du soulagement à la culpabilité. Mais ce n'est pas tout, la guerre ne se joue pas qu'à l'intérieur. Pour les autres, pour les proches, pour l'infirmière à domicile, le médecin généraliste ou l'hépatologue, il est difficile de se convaincre tout à fait que l'addiction n'est pas dans le fond une pathologie de la faiblesse et de la luxure. Pour la famille, pour les soignants, il est parfois si difficile de venir en aide à celui qui ne veut pas se soigner. On peut le comprendre. Une connivence résignée et agressive peut ainsi éclore entre soignants et proches. Faut-il imposer un traitement, quitte à confronter, priver de liberté par bienveillance ou, à l'inverse, respecter l'autonomie et rester les bras croisés en maudissant ces patients résolument rebelles? La personne souffrant d'une addiction vit un conflit solitaire, les proches souffrent et les soignants se sentent impuissants. Joli cocktail. L'ambivalence est une caractéristique de l'addiction qu'il faut apprendre à reconnaître et à apprivoiser doucement, en tenant compte de notre propre impuis-

sance à trouver des solutions et en supportant la pression des proches qui n'en peuvent plus.¹

J'ai rencontré Ariane il y a quelques mois. Une belle femme, gracile et sportive, un regard en même temps vif et triste, un regard qui a vu des trucs moches. Une Barbie un peu abîmée, l'air sympa, doux, coupable. «Dans ma famille, nous sommes des bons vivants». En l'écoutant, je me demande ce qu'est une vie bonne... Aimer boire un jus comme disent les Vaudois? Dans sa famille, tous alcooliques, tous sympas. C'est la première à consulter. Les autres ne se sont jamais vraiment posé la question. Certains en sont morts, elle a fait un malaise. Elle s'est dit que c'était trop, qu'elle allait morfler. Son regard est fuyant, elle s'est dit mille fois qu'il fallait réduire et mille fois que le vin est bon, qu'il a une place de choix dans sa qualité de vie. On peut comprendre son dilemme. Depuis toute petite, l'alcool en grande quantité c'est la norme, c'est la fête, tout le monde dit que c'est super, même si son grand-père et sa mère en sont morts. Elle est la première à se dire que c'est trop. Quand elle consulte la première fois, elle rase les murs, prise entre ce qui paraît inconciliable, le bon et le moins bon, changer ou pas...

NEUROSCIENCES POUR LES PROFANES

D'où vient cette ambivalence? L'addiction est une pathologie du système de la récompense. Elle est caractérisée par l'envie de s'administrer des «doses de plaisir». Ce plaisir si valorisant, bon vivant, gai luron, joyeux drille, branché, ne pose pas problème pour le grand nombre, pour les consommateurs récréatifs qui ont les capacités ou les gènes qui permettent de se limiter. Pour les autres, ces débuts festifs si plaisants font place à des lendemains plus compliqués et à des expériences de débordement qui questionnent. Pour ceux-là, progressivement, les envies sont suivies de regrets, envies toujours inquiètes du manque à venir, du trop, du regard de l'autre, de la culpabilité liée à la promesse de modération trahie. Recherche de plaisir donc, qui s'oppose de plein fouet à l'idée

de supprimer la source du plaisir.

Dès lors que les personnes concernées sont ambivalentes à l'idée d'entamer un traitement, on pourrait être tenté de dire que c'est leur problème et qu'elles prendront rendez-vous quand elles seront prêtes. Il est très difficile de résister à la voix intérieure qui nous dit «si elle ne veut rien faire pour sa santé, c'est son problème». Comment gérer ce type de pensée? Comment l'expliquer? Quel regard porter sur la personne pour, au contraire, apporter un soutien bienveillant, paisible, décontracté, voire enthousiaste?

Essayons de comprendre un peu mieux ce qui se passe dans le cerveau d'une personne souffrant d'addiction.² L'exposition aux psychotropes active le système de la récompense qui nous aide à perpétuer l'espèce en éprouvant du plaisir lorsque nous nous alimentons ou nous nous reproduisons. Ce système archaïque confiné dans des zones profondes du cerveau – le noyau accumbens, le noyau tegmental ventral et l'amygdale – on le partage avec les autres espèces. Même la limace semble frétiller de plaisir lorsqu'elle copule. En revanche, ce qui est spécifique à l'humain, c'est son cortex surdéveloppé qui permet d'infléchir son destin et de dire non: «Si je continue à consommer et si je ne décide pas de me passer d'alcool ou de drogues, eh bien, j'y perdrais mon emploi, mon conjoint et mon logement». Les neurosciences suggèrent que cette lutte incessante que nous menons entre désir et frustration a son origine dans le centre de la récompense et le cortex préfrontal, une lutte entre recherche et frein au désir: nos cultures, nos lois, nos miradors intérieurs, viennent constamment remettre en question notre recherche de plaisir. Les fonctions corticales permettent à l'humain de changer de vie, de partir vivre en Chine, de divorcer, de changer de sexe ou d'arrêter de consommer des psychotropes... cela, le rat addicté ne peut pas le faire, il continue à s'administrer sa drogue jusqu'à l'épuisement et la mort. On sait aujourd'hui que l'exposition répétée à des psychotropes induit des modifications dans une série de

circuits neuronaux qui font des addictions des pathologies neurologiques.

L'addiction est un phénomène physiopathologique puissant qui cumule plusieurs facteurs qui, mis ensemble, laissent peu de chance à la personne devenue addict: a) la tolérance, il faut progressivement plus pour ressentir les effets positifs; b) un renforcement positif, la vue de la boulette de cocaïne ou de la bouteille de rouge, initialement un stimulus neutre, déclenchent une envie de consommer; c) une réduction du niveau de dopamine basale, comme si le système de récompense et de plaisir fonctionnait au ralenti; d) une activation du système de stress, avec une sensation d'inconfort et d'irritabilité dans les moments sans psychotropes; e) une stimulation du système de la récompense déclenché par l'idée de consommer et f) une altération du jugement qui réduit la capacité à dire non. Le cortex est aux abois: il doit non seulement faire face à des stimulations erronées du système de la récompense, supporter les sensations négatives liées au sevrage et à l'activation du système de stress et, cerise sur le gâteau, faire avec une capacité de dire «non» altérée.

Ainsi, l'ambivalence a son fondement neurologique: système limbique contre cortex préfrontal. Tensions entre un système archaïque, dictateur du plaisir: «j'ai envie... je veux... j'ai besoin... il me faut» confronté à un cortex cérébral qui a les moyens de l'inhibition, de dire non, mais qui n'en mène pas large, pris entre des impératifs de survie, la pression des autres et des mécanismes neurobiologiques qui lui coupent les jambes! C'est pour cela que nous trouvons souvent nos patients terrés dans des «à quoi bon» désespérés, confinés à la passivité, contraints à laisser se répéter inlassablement le cycle de la consommation.

Ariane évoque bien ce cycle quotidien. Pendant la journée, ça va bien: «ce soir pas d'alcool, la pause s'impose. Aucune envie». Lorsqu'elle passe la porte, l'envie l'attend, à la cuisine. Une passerelle qui suffit à la faire flancher, avec son florilège de pensées du genre: «tu as bien mérité un petit verre». Enfin un peu de détente, de bonne humeur, surtout quand une copine passe, avant, deux heures plus tard, l'inévitable «c'est trop...». Une fin de soirée un peu confuse, des souvenirs pas très clairs, une nuit qui ne repose pas et un face-à-face avec le miroir peu glorieux.

C'EST LA RELATION QUI SOIGNE

La tâche semble particulièrement ardue. Les stratégies médicamenteuses les plus

efficaces aujourd'hui ne permettent pas de booster la capacité de vouloir changer. Elles sont fondées sur la prescription de psychotropes. Si cette façon de faire a des résultats dont le bénéfice est bien démontré, les médicaments disponibles, ceux qui devraient être actifs sur le processus addictif en réduisant le «craving», nalméfène pour l'alcool ou bupropion pour la nicotine par exemple, ont des effets assez modestes.

Nous ne savons pas trop dans quel état nous allons trouver notre patient confronté à des problèmes d'addiction, nous sommes habitués de douter quant à l'évolution possible, ne sachant pas trop ce qui pourrait être mis en mouvement. Que faire pour venir en aide? Les recettes ne sont pas efficaces, il s'agit de prendre le train de ce que la personne amène. Et souvent, le paquet qu'elle dépose est glauque. «J'aimerais changer quelque chose, mais je n'y arrive pas, je l'ai tenté tellement de fois. Je suis un homme, une femme consternée, déçue, résignée à une vie d'autodestruction». L'ivresse suit et précède un face-à-face avec une estime de soi en lambeau. Les personnes ne peuvent que difficilement parler de leur addiction à cause de cela, car le récit passe par une image de soi en piteux état. Avec qui est-il envisageable de parler d'une image de soi si cabossée? Il n'est possible d'en parler qu'à l'ami. Pas n'importe quel ami. Celui en qui la confiance est sans faille, celui avec qui il n'y a pas de compétition, de comparaison, celui avec qui il est possible de partager les faiblesses, la honte et l'élan vital au point mort.

Les facteurs de changement identifiés dans les psychothérapies sont davantage liés à l'alliance et à l'authenticité de la relation qu'à l'utilisation de techniques particulières. C'est donc davantage une question de qualité que de technique relationnelle.³ La grande majorité des addictions sont traitées par des professionnels non psychothérapeutes qui ont le potentiel d'offrir une relation thérapeutique vraiment aidante. Le moteur du changement est dans la capacité de la relation d'aide à déclencher des processus, à expérimenter des stratégies, à rendre la personne plus active, plus motivée, plus sûre de ses capacités de changer.⁴ Le lien, le témoignage de confiance, les mots qui apaisent, permettent de modifier progressivement l'image que la personne se forge d'elle-même, l'image de sa propre vie à travers cette carte mentale secrète que nous avons de nous-mêmes. Les soignants sont en cela des déclencheurs de processus et

de sens. Inciter à une expérience, même minime, pour qu'elle remette un peu de vie, qui à son tour modifie le fonctionnement des proches avec parfois des effets inattendus: un battement d'aile de papillon qui déclenche une révolution... Mettre des mots afin que la personne ait une représentation d'elle-même un peu différente, puisse construire doucement un autre récit de soi, changer de système de croyance à propos d'elle-même. Il faut ajouter à cela, pour le soignant ou pour le patient, trois qualités essentielles: la patience, la patience et la patience!

Pour construire une relation qui soigne, il vaut mieux se dégager de nos a priori, même si les études suggèrent que pour certains groupes de patients, le pronostic quant à l'évolution est moins bon. Lorsque nous rencontrons une personne pour la première fois, une myriade de jugements et d'hypothèses diagnostiques nous sautent à la figure, toutes représentations qui pourraient nous empêcher de nous laisser surprendre. Ces perceptions initiales sont souvent pertinentes, mais elles sont presque toujours réductrices. Lorsque nous avons fait plus amplement connaissance, il me vient souvent l'idée que la personne rencontrée est infiniment plus riche et plus complexe que je ne l'avais imaginé. C'est la capacité d'entrer dans une relation authentique, singulière qui va remettre du mouvement et de la capacité pour le patient d'accéder à une vie un peu moins figée avec un peu plus de contrôle sur ses addictions. Accepter l'ambivalence et partir du principe que la résolution du problème d'addiction passera par des changements plus profonds que le simple fait de ne plus consommer. En cela, l'addiction se situe au-delà d'un problème comportemental. La volonté ne suffit pas. Il faut un élan, du courage, du désir, une crise existentielle, une sacré dose d'énergie et de soutien dans la résolution de ce type de problèmes. Seul, la tâche semble trop lourde. S'y mettre à plusieurs, comme pour une voiture embourbée dans une ornière, le conducteur patine, il a besoin d'un bon coup de main. Les changements sont en général favorisés par une ou plusieurs relations qui soignent: celle avec le ou les soignants et celles avec les proches. Il s'agit de partir du principe qu'une relation thérapeutique permet d'initier un changement lorsque la personne remet son comportement en question parce qu'elle perçoit sa vie et ses priorités un peu différemment. Autrement dit, un problème d'addiction ne se résout pas, il se dissout dans le contexte d'une ou de plusieurs

relations qui soignent. La personne est le moteur du changement; la relation que nous créons avec elle en est le combustible.

Pour Ariane, les consultations se suivent pendant plusieurs mois. Elle fait de nombreuses tentatives de réduction de consommation avec des succès variables, des périodes de contrôle alternant avec des reprises, la poussant à des moments de sobriété complète qu'elle apprécie tout en disant qu'elle se sent punie, que sa vie sociale est morne. Ses copines lui disent qu'elle n'est plus le boute-en-train qu'elles connaissaient. Aujourd'hui, j'ai l'impression d'assez bien connaître Ariane, il me semble que l'abandon de son père l'a amenée à s'accrocher à son fils, que l'alcool est une manière de le garder avec elle. L'alcool la prive de l'amoureux qu'elle aimerait, mais elle a si peur d'être à nouveau abandonnée. Son fils et l'alcool, eux au moins, ne la laisseront pas tomber. Je ne sais pas vraiment ce qui l'a aidée, assurément d'être là, de l'avoir écoutée, de l'avoir prise au sérieux, d'avoir été curieux et patient, très patient. A petits pas, elle a

construit un récit de sa vie. Ma curiosité a été récompensée par la singularité de son expérience, par sa manière de s'orienter, par l'originalité des solutions trouvées. Cette richesse est le moteur du changement. J'étais loin de penser qu'elle allait changer. Elle semblait accrochée à sa bouteille comme à une bouée.

CONCLUSION

Cet article incite à davantage de confiance dans nos compétences relationnelles, à reconnaître et accepter l'ambivalence à travers une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques à l'œuvre dans les addictions, à un brin d'audace qui permette de cheminer, conscient que la médecine des addictions est grevée d'incertitudes. Ni les études ni l'expérience nous permettent de prédire avec fiabilité l'évolution de nos patients. Seul un accompagnement bienveillant et une relation authentique, comme avec un ami en dé-

route, permettent de renforcer la motivation, la capacité de changement, à travers des expériences, même dérisoires, même très éloignées du comportement addictif, qui conduisent à des changements plus profonds. Tout à coup, pour Ariane, les étoiles semblaient alignées et lui ont permis de cheminer vers une vie assez bonne et assez différente.

- 1 Miller WR, Rollnick S. *Motivation interviewing*. Third edition. New York: Guilford 2013;p. 6.
- 2 KoobGF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3:760-73.
- 3 Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015;14:270-7.
- 4 Isebaert L. *Alliance thérapeutique et thérapies brèves*. Toulouse: Editions Eres, 2015.

PR JEAN-BERNARD DAEPPEN

Service de médecine des addictions,
CHUV, 1011 Lausanne
jean-bernard.daeppen@chuv.ch