

Un concept intégratif pour la prise en charge de longue durée des patients souffrant de troubles addictifs

Le traitement orienté en phases en addictologie

Ansgar Rougemont-Bücking, Valérie Rossier, Jacques Eicher, Jean-Philippe Falcheri, Diego Noetzli, Aviva Veron, Coralie Zumwald, Cédric Perriard, Fabio Rollo, Erika Castro, Loïc Menneret, Jacques Besson

Section d'addictologie, Service de Psychiatrie Communautaire, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier et Universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland

Summary

Phase-oriented therapy in addictology: an integrative concept for the long-term treatment of patients suffering from addictive disorders

Addictive disorders can be conceptualized as bonding disorders. People suffering from these conditions partially lose their capacity to be in contact with themselves and others and, generally speaking, to be within the world. The psychoactive drug, along with the compulsive-addictive behavior, acts as a substitute for the missing bonding. Consequently, the recovery from the disturbed attachment patterns is crucial for the therapeutic process. In many cases, an interpersonal trauma lies at the origin of the broken bond with the community. Phase-oriented treatment (POT) has been established as a conceptual framework that guides therapeutic interventions in the setting of complex post-traumatic disorders. As numerous patients with addiction disorders display a history of psychotrauma, POT is a useful approach for treating these patients. The four distinct phases of POT are comprised of: alliance, stabilisation, integration, and reconnection. The progressive recovery of beneficial bonding competencies culminates in a state of "finding peace and a place" within the community, although trauma sequelae and functional limitations often persist. This article discusses concrete clinical implications that arise when treating patients with severe and chronic forms of addiction by means of POT.

Key words: therapeutic alliance; stabilisation; addiction; traumatism; attachment; psychotherapy; community; interdisciplinarity

Introduction

Le traitement orienté en phases (TOP) s'est établi depuis quelque temps en psychiatrie comme un concept qui peut donner une orientation aux professionnels dans leur travail d'accompagnement des patients souffrant de troubles post-traumatiques complexes [1, 2]. Etant donné que la majorité des patients qui présentent un trouble addictif sévère ont des antécédents psychotraumatiques considérables [3, 4], il s'agit de préciser de quelle manière l'approche du TOP peut être adoptée dans les suivis addictologiques à long terme.

Les troubles addictifs sont des affections liées à un apprentissage maladaptatif et à une activation biaisée de la mémoire associative [5]. Dans les manifestations cliniques au quotidien, ce ne sont pas les phénomènes en lien avec les adaptations physiologiques à la consommation régulière de substances (tolérance et syndrome de sevrage) qui posent le plus de problème, mais les manifestations en lien avec la gestion émotionnelle et relationnelle. En effet, dans les addictions substituables, telle que la dépendance aux opiacés, un traitement de substitution amène rapidement un apaisement de la souffrance aiguë en lien avec les symptômes de sevrage. Toutefois, les patients au bénéfice d'un tel traitement continuent régulièrement à rencontrer des difficultés considérables dans la gestion de leur relation à eux-mêmes ainsi qu'au monde.

Il s'agit donc de conceptualiser la prise en charge de ces personnes dont les capacités relationnelles ont été profondément perturbées par des expériences de maltraitance interpersonnelle précoce et répétitive. En effet, la comorbidité élevée à l'âge adulte entre troubles addictifs graves et troubles post-traumatiques simples ou complexes a été clairement établie [3, 6]. De plus, de nombreuses études ont démontré qu'un niveau élevé de carences ou d'adversité pendant l'enfance peut modifier durablement la réactivité de l'organisme en présence d'un grand nombre de facteurs de stress et que cette modification est corrélée avec l'occurrence d'un trouble addictif [7–11]. Cette modification durable de la réactivité de l'individu a lieu au niveau de la lecture de l'information génétique, mais aussi au niveau des réponses automatisées en lien avec l'apprentissage associatif de l'individu. Ainsi, les réactions des personnes ayant subi des traumatismes complexes sont souvent caractérisées par une méfiance dans les relations interpersonnelles et par une difficulté à s'identifier en tant que membre de la communauté. Par conséquent, la question de savoir comment les patients

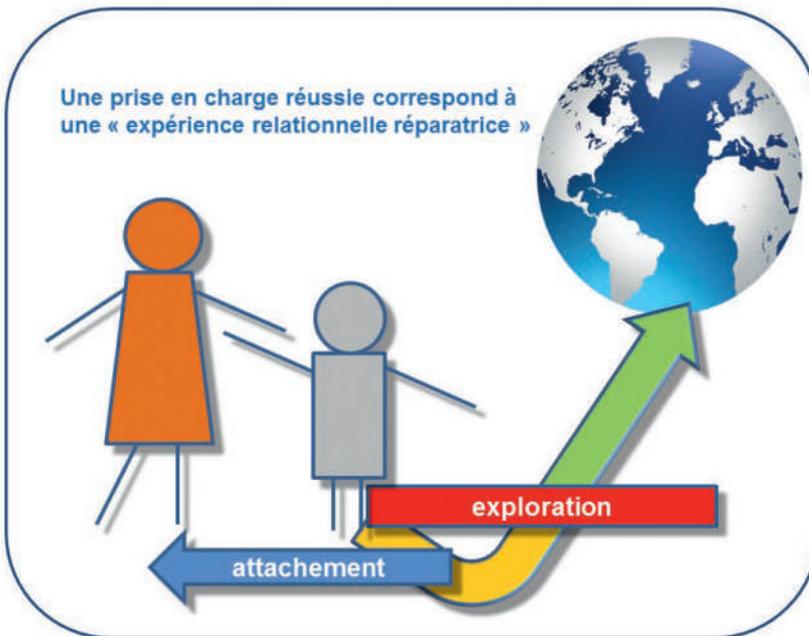


Figure 1: Le TOP correspond à une expérience relationnelle réparatrice. Le patient est accompagné par le professionnel dans l'acquisition de compétences relationnelles afin de pouvoir explorer le monde et finalement sortir progressivement de la relation thérapeutique en ayant trouvé sa place dans la communauté.

aux comorbidités post-traumatiques et addictives peuvent être traités de manière adéquate relève d'une importance clinique considérable.

La tendance à l'évitement est une autre caractéristique de ces patients qui pose des difficultés dans la prise en charge. Cet évitement peut se manifester par divers phénomènes qui contribuent à un risque d'épuisement et de rejet contre-transférentiel chez les professionnels du domaine socio-sanitaire qui suivent ces patients sur le long terme. L'ensemble des ressources du réseau de soin peut être sollicité pour régler des problèmes divers, sans que des questions en lien avec la problématique personnelle de fond du patient ne puissent être abordées pendant longtemps. Ces problèmes divers retrouvés au premier plan peuvent être: des rendez-vous manqués répétés; une difficulté à gérer les contingences formelles en lien avec un suivi médical «lege artis»; des consultations psychiatriques focalisées sur la couverture pharmacologique d'un mal-être psychique et encore un suivi psychosocial monopolisé par des problèmes administratifs urgents et répétitifs (p.ex. des factures non payées).

Ainsi, il n'est pas rare de constater que les dossiers des patients suivis à long terme dans des consultations spécialisées dans les addictions sévères ne contiennent que des éléments anamnestiques très sporadiques et ce malgré de nombreuses tentatives

des intervenants pour établir une vision globale de la vie du patient, dans le passé et dans le présent.

Le TOP consiste en 4 phases distinctes. Ces phases sont: l'alliance, la stabilisation, l'intégration et la reconnexion. Cette distinction permet de focaliser l'attention du clinicien sur une problématique précise et d'ajuster son intervention en fonction de la problématique prépondérante de chaque phase. Toutefois, les patients ne parcourent pas les phases de manière strictement sérielle. Il est possible d'identifier les composantes de chaque phase et d'en déduire des enjeux thérapeutiques à chaque moment dans un long suivi psychiatrique. L'évolution de la problématique d'intégration peut en particulier avoir lieu déjà tôt dans les phases d'alliance et de stabilisation (figure 1).

L'intégration, telle que comprise par le TOP, correspond au développement chez le patient d'une vue d'ensemble de sa vie et de sa problématique personnelle et à l'acquisition des compétences lui permettant de mieux gérer sa relation envers lui-même et autrui.

La relation est au centre du TOP. Il s'agit de la relation du patient vis-à-vis du thérapeute, vis-à-vis de lui-même et, au final, vis-à-vis de la communauté [12]. De ce fait, le diagnostic psychiatrique officiel – selon les classifications DSM ou ICD – n'a pas d'influence particulière sur la mise en place d'un suivi selon le concept du TOP.

L'alliance

Le TOP est à considérer comme un processus qui correspond à une expérience relationnelle réparatrice. Ce processus relationnel débute avec la phase d'alliance, dans laquelle le patient consent à l'idée de faire confiance à un professionnel, réalisant que ses problèmes ne peuvent être résolus par lui seul. Il est souvent douloureux pour les patients de se rendre compte que leur propre capacité de gestion de leur problématique ne suffit plus pour maintenir un fonctionnement global satisfaisant. Aussi, l'acceptation d'une aide et d'une prise en charge est souvent évitée. Cet évitement peut se manifester sous la forme de rendez-vous manqués ou par une adhésion seulement partielle au cadre thérapeutique proposé. Chez un patient souffrant d'addiction, ceci peut s'illustrer par exemple par le fait de demander une prescription de méthadone tout en acceptant seulement de faibles doses sous-thérapeutiques, par le fait de manquer des rendez-vous prévus dans le cadre du suivi psychosocial, ou encore par le refus d'effectuer des bilans objectifs de sa maladie sous forme de prises d'urines.

Ainsi, du côté du patient, la phase d'alliance se concentre autour de l'acceptation d'un état de souffrance et de la nécessité de recourir à des professionnels offrant un éventail d'options thérapeutiques qui permettent de trouver des solutions pour aller mieux. Le patient exprimera – de manière verbale ou par des actes – sa confiance dans le fait que la prise en charge entreprise sera dans son ensemble bénéfique pour lui. Il s'agit dans tous les cas de ne pas reproduire un schéma relationnel abusif auquel bon nombre de patients ont été soumis dans le passé. Du côté du professionnel, l'alliance correspond au ressenti d'une certaine confiance de la part du patient envers son rôle thérapeutique. Il sent par ailleurs le patient collaborer et adhérer aux missions de son mandat médical et/ou psychosocial.

L'effort et l'apprentissage autour de la notion de confiance représentent une acquisition intégrative de taille chez des patients qui ont souvent grandi avec des donneurs de soins qui exerçaient un rôle tout autre que de garantir protection et soutien et qui ont subi des trahisons relationnelles à répétition. Par conséquent, une alliance thérapeutique réussie correspond déjà à la première grande étape du parcours visant l'intégration de la problématique personnelle chez des patients ayant subi des traumatismes relationnels.

La stabilisation

S'ensuit la phase de stabilisation, qui correspond à une période pendant laquelle le patient parvient à gérer plus au moins les problèmes de la vie de tous les jours. Lors des phases de décompensation d'une problématique addictive et/ou psychiatrique, des difficultés socio-administratives et somatiques s'accumulent fréquemment. De grands efforts sont nécessaires de la part du patient – avec le soutien du réseau de soins – afin de réduire la charge qui pèse sur son équilibre psychique. Stabilisation ne signifie pas forcément que le patient est capable de réduire les éléments stressants de la vie quotidienne. Les acquisitions du patient durant cette phase se caractérisent surtout par la capacité à ne pas perdre son équilibre global et à ne pas «changer de cap» en cas de difficulté ou de facteurs de stress imprévus.

Toutefois, bien que les problèmes quotidiens soient gérés de manière satisfaisante et qu'une relation de confiance soit établie entre le patient et le professionnel, le patient peut rester la plupart du temps dans une grande souffrance psychique. Nombreux sont les patients qui réalisent au moment où ils vont mieux l'ampleur des dégâts qui avaient été engen-

drés par leur pathologie lors des périodes de crise. Typiquement, c'est souvent lorsque les patients ne sont plus obnubilés par la recherche du produit du matin au soir qu'ils réalisent l'ampleur de l'exclusion sociale et relationnelle dans laquelle ils se trouvent. Cette prise de conscience des pertes et des limitations peut être très douloureuse. Certains patients se maintiennent pendant longtemps dans un état de stabilité toute relative. Certes, décompensations psychiatriques, rechutes massives, problèmes somatiques aigus et problèmes socio-économiques ne se retrouvent plus au premier plan; toutefois, souvent, un soutien relationnel rapproché de la part des professionnels et une forte médication psychopharmacologique sont nécessaires pour maintenir le patient dans cette stabilité et pour contenir un vécu douloureux qui reste présent en arrière-fond.

Un indicateur crucial pour caractériser la phase de stabilisation est donc le ressenti du thérapeute. Celui-ci perçoit une souffrance psychique importante chez le patient, malgré le fait qu'il paraît stable sur de nombreux aspects de sa prise en charge. Ce ressenti du thérapeute permet notamment de distinguer la phase de stabilisation de la phase de reconnexion, pendant laquelle le thérapeute va percevoir un apaisement psychique chez son patient.

L'enjeu thérapeutique de la phase de stabilisation est à voir dans les efforts à faire pour maintenir le patient dans un équilibre et dans une organisation psychique lui permettant de garder le cap, malgré une vie de tous les jours dans laquelle mauvaises surprises et tempêtes ne manquent pas. Le cap de la stabilisation correspond à la poursuite d'un travail intégratif en lien avec la problématique psychique personnelle [13].

Une tendance à l'évitement typique de la phase de stabilisation peut se manifester sous la forme d'une monopolisation de la relation thérapeutique par la gestion de problèmes courants et répétitifs. Ainsi, pour donner un exemple, un patient peut «produire» à multiples reprises des problèmes administratifs «banals», car prévisibles et récurrents, mais avec des conséquences potentiellement lourdes (loyers impayés, resquillage, factures ou amendes non payées, etc.). Patient et thérapeute sont par la suite très occupés à gérer ces incidents et à maintenir la stabilité du patient, mais à un moment donné se posera la question de savoir si le patient arrive à progresser dans la gestion globale de ses difficultés et à intégrer des éléments bénéfiques dans son fonctionnement habituel. Pour bon nombre de patients en psychiatrie, un état de stabilité fragile accompagné d'une souffrance psychique continue peut représenter le maximum

Tableau 1: Phases du TOP avec description antonymique ainsi que les indicateurs observables et composantes ressenties de la part de l'intervenant.

	Indicateurs observables	Composantes ressenties
Alliance ≠ déshérence/isolement/méfiance	Le patient collabore concrètement avec ce que le centre peut lui offrir.	Le thérapeute sent le patient en confiance avec ses interlocuteurs au centre.
Stabilisation ≠ déséquilibre/désorganisation	Le patient est capable de gérer le stress de la vie quotidienne.	Le thérapeute ressent une souffrance psychique importante chez le patient – (et ceci malgré le fait que le patient arrive à gérer relativement bien sa vie et qu'il s'engage dans la relation).
Intégration (= vue d'ensemble) ≠ dissociation (= vue partielle)	Le patient arrive à s'approprier de nouveaux éléments bénéfiques dans son fonctionnement habituel.	Le thérapeute ressent le patient avancer par rapport à sa problématique personnelle.
Reconnexion ≠ exclusion	Le patient investit d'autres relations et contextes en dehors de ceux liés au centre.	Le thérapeute ressent un apaisement psychique chez le patient. Le thérapeute se sent serein quant au fait que le patient est en train de s'éloigner.

atteignable au cours d'un suivi spécialisé à long terme. Il s'agit alors de déterminer si la stabilité atteinte chez un patient correspond à son fonctionnement maximal ou plutôt à une étape intermédiaire.

Pour chaque patient, l'intervenant devrait donc chercher à différencier un état de fonctionnement qui correspond au maximum atteignable pour une période donnée, et un fonctionnement qui laisse encore de la place pour une progression. L'évaluation du potentiel évolutif du patient permettra au thérapeute de se positionner dans l'aménagement de son accompagnement. Par la suite, l'intervenant a deux options: il peut cibler ses interventions vers le soutien d'un fonctionnement déjà maximal accompagné d'une analgésie appropriée pour contenir une douleur psychique bien présente [14], ou il peut s'orienter vers la poursuite d'un travail d'ordre motivationnel afin de solliciter le potentiel évolutif du patient pour avancer dans le travail intégratif en lien avec sa problématique psychique personnelle.

L'intégration

Comme déjà mentionné au préalable, durant le travail intégratif, le patient s'approprie des nouveaux éléments bénéfiques à son fonctionnement. A l'issue de ce travail, il devrait avoir développé une vue d'ensemble et bénéficier d'une prise de distance adéquate d'avec sa problématique. L'acquisition de ces composantes intégratives apporte une réponse réparatrice qui ne devrait plus alimenter sa souffrance psychique; cette acquisition, étroitement liée à l'établissement d'une alliance thérapeutique, peut se faire à tout moment de la prise en charge psychiatrique.

Un grand nombre de patients suivis dans des institutions publiques de psychiatrie sont des personnes qui ont subi des traumatismes répétitifs dans le domaine relationnel pendant l'enfance et l'adolescence; l'apprentissage adaptatif qu'elles en ont fait les amène dans leur vie d'adulte à se retrouver de manière répétitive dans des relations à caractère abusif, à consommer des substances psychotropes et à cumuler de nombreuses difficultés sur les plans psychiatrique et somatique, mais également sur le plan socioprofessionnel (15). Le diagnostic psychiatrique communément admis pour décrire cette psychopathologie est le «trouble du stress post-traumatique complexe» (mais la classification officielle de ce trouble dans les manuels diagnostiques tels que le DSM ou le ICD reste sujette à des débats). De nombreuses études ont démontré que ce diagnostic est hautement corrélé à d'autres affections psychiatriques lourdes et chroniques comme le trouble de la personnalité borderline, le trouble somatoforme et le trouble de l'identité dissociative [16]. Le grand défi dans la prise en charge des patients qui souffrent de ce trouble consiste en la présence au quotidien de nombreuses manifestations dissociatives difficiles à évaluer et à explorer. En effet, la présence d'un trouble d'ordre dissociatif est encore largement sous-diagnostiquée dans le setting psychiatrique hospitalier et ambulatoire, du fait que les symptômes sont souvent discrets et que l'exploration du vécu psychique du patient échappe souvent à la technique de l'investigation narrative [17]. L'autre facteur qui tend à «camoufler» et ainsi à contribuer à la chronicisation de cette psychopathologie est un phénomène nommé dans la littérature «phobie de la mémoire traumatique», selon lequel, pour ces personnes, tout contact avec le vécu traumatique est tellement dou-

loueux – cette douleur étant de surcroît perçue comme non maîtrisable – qu’elles tenteront à tout prix de l’éviter [14]. Les stratégies d’évitement peuvent concerner également la relation entre le patient et le thérapeute, comme l’ont montré Van Der Hart et ses collègues: la «partie apparemment normale» du patient entretient alors une relation «superficielle» avec le thérapeute, dont est exclue «la partie émotionnelle» du patient, qui est pourtant celle qui contient la composante intrusive post-traumatique qui le hante au quotidien [18]. La dissociation structurelle qui en découle représente chez de nombreux patients un obstacle considérable au processus de changement souhaité.

C’est principalement au moyen d’un travail personnalisé – typiquement, la psychothérapie –, que ce blocage peut être surmonté. Plusieurs approches psychothérapeutiques peuvent être appliquées pour mener ce travail, pour autant qu’elles prennent en compte la dimension «psychotraumatologique» et qu’elles soient menées par des thérapeutes familiers des obstacles et des problèmes courants que l’on rencontre dans la réhabilitation des personnes souffrant de troubles addictifs [19, 20]. Dans le programme de «Psychothérapie des Addictions» de la Section d’addictologie du DP-CHUV à Lausanne, des psychothérapeutes appartenant à différents axes et écoles psychothérapeutiques se mettent à disposition pour suivre les patients qui leur sont orientés tant à l’interne qu’à l’externe; ils peuvent y bénéficier d’une prise en charge psychothérapeutique selon les approches psychodynamique, systémique, cognitivo-comportementale, centrée sur la personne et selon l’EMDR.

Il faut rappeler toutefois que le patient peut faire des expériences intégratives à tout moment de sa prise en charge, même en dehors d’un setting très spécifique comme celui de la psychothérapie [21]. Ainsi, par exemple, la capacité de faire confiance à un thérapeute, acquise durant la phase d’alliance, consiste déjà en une expérience réparatrice au regard du probable vécu de trahisons relationnelles du passé. Par ailleurs, si certains patients se montreront d’eux-mêmes motivés à un travail à proprement parler psychothérapeutique, d’autres n’auront pas un potentiel évolutif qui laissera suffisamment de ressources disponibles pour effectuer un tel travail. D’autres encore pourront effectuer une progression intégrative quant à leur problématique personnelle au travers d’autres phases de leur prise en charge. Par conséquent, seule une partie des patients suivis dans une grande consultation ambulatoire passeront par une phase intégrative sous forme d’une psychothéra-

pie «lege artis». L’avant-dernier paragraphe sur la «Stagnation» donne des précisions sur la manière dont le thérapeute peut se positionner quant aux divers scénarios évolutifs évoqués ici.

En résumé, l’importance et l’utilité du TOP consistent avant tout dans le questionnement du soignant quant à l’intégration attendue du patient; tant qu’il peut observer que le patient parvient à s’approprier de nouveaux éléments bénéfiques pour son fonctionnement global, tant qu’il a le ressenti que le patient «avance» quant à sa problématique personnelle, il peut être relativement sûr que le patient est en train de progresser dans une acquisition intégrative. Néanmoins, lorsque le patient présente un bon potentiel évolutif, mais que le soignant observe et ressent que sa progression intégrative est bloquée, il devrait se poser la question d’une prise en charge psychothérapeutique au sens strict et évaluer quels seraient l’approche et le setting les plus adaptés à sa problématique psychique intrinsèque.

La reconnexion

La dernière phase du TOP est celle de la reconnexion avec la communauté. En raison de la chronicité de leur affection, mais également en raison de leur expérience de maltraitance interpersonnelle, de nombreux patients psychiatriques n’arrivent pas à se percevoir en tant que membres de la communauté des «gens normaux». Un sentiment d’exclusion souvent très douloureux est typiquement relevé chez ces patients [22]. La phase de reconnexion vise à rétablir un lien avec le monde extérieur – autre que celui lié aux institutions des soins psychiatriques. Ainsi, les patients vont progressivement investir de nouvelles expériences relationnelles et trouver «leur place» dans la société avec un fonctionnement global adapté à leur potentiel évolutif. Dans ce sens, le fait de «trouver et investir sa place» et d’«être reconnecté» ne se mesurent pas forcément en termes de rendement effectif en lien avec une réinsertion socioprofessionnelle. La reconnexion réussie se manifeste avant tout par le fait que le patient arrive à trouver un apaisement quant à sa problématique psychique personnelle et qu’il sera en mesure d’investir le monde et la communauté avec une certaine sérénité.

Cette dynamique d’autonomisation et d’appropriation d’une identité – autre que celle d’être prioritairement un «malade psychiatrique» – peut être comparée à la maturation d’un enfant qui s’éloigne progressivement de ses parents afin de pouvoir «conquérir le monde» [23]. Ainsi, une reconnexion

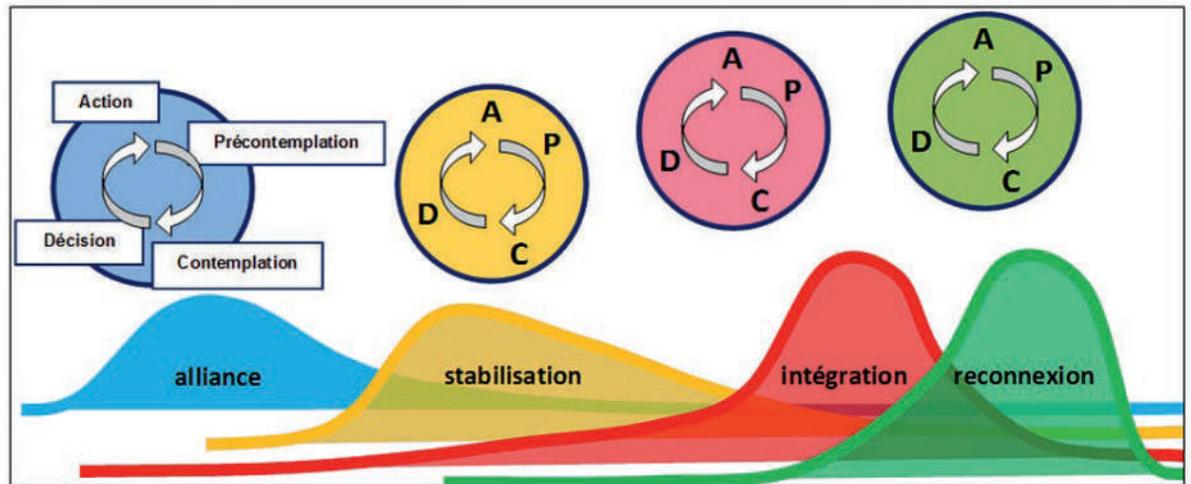


Figure 2: Les phases distinctes du TOP ne se succèdent pas de manière strictement séquentielle, elles sont plutôt entremêlées avec, notamment, des composantes intégratives qui peuvent émerger déjà très tôt dans la prise en charge lorsque le patient parvient à entrer en alliance collaborative avec le thérapeute. L'approche motivationnelle peut être adaptée selon l'enjeu prépondérant de la phase en cours (ou de la phase à entamer).

réussie complétera l'expérience relationnelle réparatrice que représente le TOP, et le patient sera en mesure de réguler de manière adaptée la relation vis-à-vis du comportement addictif, vis-à-vis de lui-même et autrui tout en étant apaisé par rapport au vécu douloureux de son passé [1].

Le thérapeute qui observe l'éloignement progressif de son patient dans la phase de reconnexion se sentira rassuré et serein quant à la capacité du patient à investir de nouvelles relations, sans courir de grands risques de répéter des schémas relationnels maladaptatifs.

Stagnation, évitement, potentiel évolutif et dynamique de crise

La grande utilité du TOP consiste dans le fait qu'il offre un canevas de réflexion au clinicien lui permettant de se positionner quant à la question de savoir si son patient se trouve plutôt dans un état de stagnation ou plutôt dans une dynamique de progression intégrative. Un état de stagnation peut être tout à fait approprié s'il correspond au fonctionnement maximal dont est capable le patient à un moment donné; un tel suivi peut être comparé à une prise en charge palliative en médecine somatique. Les soins palliatifs sont généralement définis comme une approche visant à limiter les dégâts ainsi qu'à diminuer la souffrance liés à une pathologie, sans en traiter prioritairement la cause sous-jacente. Il peut alors être utile d'aborder ouvertement avec le patient concerné que le but actuel de la prise en charge ne consiste pas à promouvoir un changement de fond dans son fonctionnement ou dans son identité, mais

à préserver au mieux son fonctionnement habituel et à limiter les prises de risques et les dommages qui peuvent encore survenir, tout en étant ouvert à reprendre une réflexion sur une progression intégrative à un moment ultérieur. Ainsi, le TOP est tout à fait compatible avec les approches de réduction des risques couramment établies dans les centres pour la prise en charge des patients atteints de troubles addictifs graves et chroniques [24, 25].

Le terme «potentiel évolutif» est fréquemment utilisé en médecine somatique lorsqu'il s'agit de faire une prédiction sur la probabilité qu'une affection médicale se développe vers une amélioration ou vers une péjoration significatives, et ceci en fonction du traitement proposé ou de l'absence de traitement. Pour évaluer ce potentiel, l'observateur se base sur des indicateurs objectifs. En psychiatrie, ce type d'indicateurs fait malheureusement souvent défaut et la question de savoir comment faire une prédiction sur la capacité d'un patient à bénéficier d'une approche thérapeutique n'a été que très peu développée dans la littérature scientifique [26]. Toutefois, l'analogie avec le concept de potentiel évolutif utilisé en médecine somatique paraît pertinente dans la mesure où l'engagement du patient et du thérapeute dans une démarche thérapeutique devrait être basé sur l'assomption que l'intervention paraît faisable et apportera un bénéfice, et qu'elle ne devrait pas épuiser le patient, voire lui nuire. Concrètement, le concept du TOP présenté ici propose d'utiliser un ensemble de facteurs objectivables (résumés dans le tableau 1), mais aussi le ressenti subjectif du thérapeute afin de déterminer le potentiel évolutif du patient, tant au niveau de son évolution globale qu'au

niveau d'un enjeu plus spécifique pour une phase particulière du TOP. Les deux questions fondamentales que devrait se poser le thérapeute pour établir le potentiel évolutif du patient sont donc: «*Qu'est-ce que j'observe concrètement chez le patient par rapport à sa capacité d'évoluer dans la prise en charge?*», ainsi que «*Comment est-ce que je ressens chez mon patient sa capacité à progresser encore d'avantage?*»

Si les indicateurs objectifs et le ressenti subjectif du thérapeute convergent dans l'impression qu'une progression du patient ne paraît pas réaliste, thérapeute et patient devraient s'entendre sur le fait que la prise en charge ne sera pas conduite dans le but de promouvoir un changement de fond, mais dans celui de maintenir le meilleur fonctionnement possible. Dans ce scénario, il est important de rappeler que le constat d'un potentiel évolutif insuffisant pour une progression de fond n'est pas figé dans le temps; une telle évaluation devrait être effectuée régulièrement au moyen de bilans périodiques.

Si, par contre, le clinicien qui suit le patient depuis longtemps a l'impression que le patient a un bon potentiel évolutif mais qu'il n'arrive pas à progresser, il devrait se poser la question de savoir si son patient n'est pas figé dans un fonctionnement d'évitement. De même, le thérapeute ou l'institution peuvent manifester des résistances en lien avec leur propre problématique, leur «tache aveugle» en lien avec leur propre histoire. Le thérapeute peut alors se questionner sur ses propres mécanismes et ses représentations relationnelles. L'on peut prendre en exemple la problématique du «traumatisme secondaire» chez le thérapeute qui peut se manifester par un sentiment de culpabilité (sentiment de ne pas faire «assez» pour aider le patient), par le fait d'éviter d'aborder des sujets «douloureux» (tant dans les relations thérapeutiques que dans la vie personnelle), ainsi que par une indifférence affective. Au final, ce phénomène peut culminer dans un état d'épuisement chez le professionnel (burnout) [27, 28].

Comme déjà mentionné au préalable, les mécanismes d'évitement sont très fréquents chez les patients qui présentent des antécédents traumatiques et il est donc important pour le clinicien de les identifier. Une fois le constat d'une problématique d'évitement établi, se pose alors la question de savoir comment aider le patient à diminuer l'évitement qui est motivé typiquement par ce qu'on peut nommer une «*peur bleue d'affronter les démons du passé*». Au cours des dernières années, plusieurs ouvrages ont été publiés qui présentent des outils pour les cliniciens, dont le travail consiste ici à rassurer et stimuler en douceur les patients à surmonter leur phobie de la mémoire

traumatique en réactivant leurs ressources afin qu'ils osent se lancer dans la confrontation nécessaire pour aller mieux à long terme [29–31]. Vu sous cet angle, il est important de souligner que l'évitement du patient vis-à-vis des propositions thérapeutiques est un indicateur de l'inadéquation de l'offre thérapeutique qui ne parvient pas à le rassurer et à le mettre suffisamment à l'aise quant à sa crainte – souvent fondée par des expériences négatives du passé – que la thérapie risque de le faire souffrir sans pour autant lui apporter un véritable et durable répit.

Une occasion de réactualiser la vue d'ensemble de la situation et du potentiel évolutif du patient selon le concept du TOP se présente lors des crises que traversent ces patients régulièrement. Selon où se trouve la patient dans son évolution globale, les composantes d'une situation de crise peuvent donner du matériel à travailler pour progresser dans le TOP. Ainsi, il est possible qu'un même type de crise qui se répète au cours d'un suivi à long terme puisse être intégré de manière différente selon la progression dans le TOP. Pour donner un exemple, une rupture sentimentale peut amener un patient à réaliser qu'il a un problème addictologique insurmontable par ses propres moyens. Ce constat l'amènera à contacter un centre de soins et à s'engager dans une alliance thérapeutique. Une autre crise relationnelle semblable survenant plus tard pourra l'amener à se rendre compte qu'il présente une problématique psychique personnelle en lien avec un schéma relationnel mal adapté. Un travail intégratif quant à cette problématique personnelle pourra l'aider à avancer par rapport à l'ensemble de ses difficultés, sur les plans affectif, psychiatrique et addictologique.

Le traitement orienté en phases: Entre le curatif et le palliatif dans la prise en charge des affections médicales chroniques

Qu'il y ait crise ou pas, que le patient se trouve plutôt dans une dynamique d'évitement ou encore de stagnation qui pourrait être validée en tant que «meilleur fonctionnement possible», le TOP vise à suivre la voie du milieu, à savoir la voie intégrative, entre les approches palliatives qui tentent à préserver ce qui doit l'être et les approches curatives qui visent à rétablir ce qui peut l'être. Ce qui veut dire qu'il est utile de se poser régulièrement la question de savoir quelles sont les ressources qui peuvent être mobilisées et développées chez le patient, au vu d'une situation donnée, ou encore quelles sont les limitations qu'il va falloir préserver et respecter.

Par ailleurs, chez les nombreux patients qui souffrent d'affections somatiques comorbides à l'addiction, des changements liés à l'état somatique du patient peuvent jouer un rôle de catalyseur pour passer d'une phase à l'autre du TOP. Concrètement, pour donner un exemple, l'introduction d'un traitement anti-rétroviral pour contrôler une infection HIV chronique peut être le vecteur d'une phase de stabilisation. De même, la guérison d'une hépatite C à la suite d'un long traitement à l'Interféron peut mener le patient à se sentir prêt et en confiance pour se lancer dans un travail d'auto-exploration caractéristique de la phase d'intégration.

Les auteurs de cet article se sont délibérément inspirés de certains concepts couramment établis en médecine somatique, en utilisant des termes comme «soins curatifs versus palliatifs» et «potentiel évolutif». Cette analogie a été choisie parce que les patients dont on parle dans cet article sont des personnes qui souffrent d'une affection grave, chronique, récidivante et aux multiples comorbidités somatiques et psychiatriques. Dans ce cadre, le TOP se veut être un concept dynamique qui cherche à intégrer dans la prise en charge à long terme de ces patients les acquisitions des approches palliatives (p.ex. la réduction des risques), aussi bien que les acquisitions thérapeutiques potentiellement curatives du présent et de l'avenir. Il se propose de répondre à la crainte que les personnes souffrant d'addictions graves et comorbides puissent se trouver à l'écart d'options thérapeutiques disponibles ailleurs en médecine ou en psychiatrie du fait que la gravité, la complexité et la chronicité de leur affection dissimulent une vision constructive de leur accompagnement.

De façon générale, le concept du TOP permet d'effectuer des bilans standardisés et d'orienter le choix de l'objectif thérapeutique le mieux adapté. Des techniques thérapeutiques spécifiques déjà reconnues, notamment l'entretien motivationnel qui s'est établi en tant que gold standard dans le domaine des addictions (32), ou encore l'approche centrée sur la personne qui a notamment fait ses preuves dans le suivi des patients souffrant de maladies somatiques chroniques (33), peuvent être sollicitées en fonction des ressources et compétences disponibles au sein des équipes pluridisciplinaires qui s'occupent typiquement de ces patients. Le recours au concept du TOP chez les personnes souffrant de troubles addictifs – avec ou sans comorbidité somatique – permet d'ajuster les efforts du patient mais aussi des intervenants, afin de stimuler un processus de changement harmonieux et respectueux des ressources disponibles tant du côté du patient que de celui du professionnel.

Vignettes cliniques

Vignette clinique 1

Monsieur M., 36 ans, est suivi depuis 8 ans dans un centre ambulatoire dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés. Le patient vient régulièrement chercher son traitement de méthadone. Il honore un rendez-vous par mois avec son infirmier référent. Ces rendez-vous durent rarement plus d'un quart d'heure. Il indique régulièrement que tout va bien. Malgré de multiples tentatives, le référent n'arrive pas à établir une anamnèse sur l'histoire de vie personnelle. Par hasard, le référent apprend que le patient, à l'âge de 13 ans, a découvert son père qui s'était suicidé par pendaison.

Commentaire: Ce patient entretient une alliance thérapeutique qui se limite strictement à la collaboration nécessaire pour obtenir une couverture chimique pour contenir une souffrance en lien avec une histoire personnelle douloureuse. L'absence d'anamnèse sur le trauma d'avoir découvert son père suicidé (et probablement sur d'autres traumas encore) est indicateur du fait que le vécu psychique du patient au quotidien est dominé par une phobie de la mémoire traumatique. Il serait souhaitable d'explorer avec ce patient, par exemple en utilisant l'approche motivationnelle, son ouverture à aborder sa problématique psychique personnelle en lien avec le ou les traumas subis dans le passé.

Vignette clinique 2

Femme de 48 ans qui bénéficie d'un suivi addictologique dans un centre ambulatoire depuis 11 ans, sous substitution d'opiacés. Diagnostic d'un trouble affectif bipolaire mis en évidence lors d'une hospitalisation il y a 7 ans en raison d'une phase maniaque avec symptômes psychotiques. Actuellement abstinente d'héroïne et de cocaïne, elle reste dépendante au cannabis et à l'alcool. Dans l'anamnèse familiale, on trouve un père souffrant d'alcoolisme et un secret de famille autour du décès d'un proche.

Une étape significative de la prise en charge s'est déroulée au travers d'une démarche de demande d'une rente d'invalidité. Ce processus a facilité la prise de conscience de la patiente quant à sa fragilité en lien avec le trouble bipolaire et l'acceptation d'un traitement régulier par traitement thymorégulateur et antipsychotique.

En parallèle, sa participation à une mesure d'insertion sociale lui a permis de découvrir une nouvelle passion qui est la peinture. Ce loisir lui a permis la mise en place d'une activité de loisir régulière et structurante, mais également le développement d'un

nouveau moyen d'expression des affects et la création de nouvelles relations sociales.

Petit à petit, elle a repris contact avec son entourage familial, notamment sa mère, qu'elle avait perçue comme menaçant et qu'elle avait tenue à distance durant de longues périodes lorsqu'elle était en décompensation psychiatrique.

Actuellement, la patiente a mis en place un suivi somatique chez un médecin installé et baisse progressivement son traitement de méthadone. La fin du suivi addictologique spécialisé est envisageable dans l'année à venir.

Commentaire: Cette évolution montre bien le passage de cette patiente à travers les différentes phases du TOP. Les éléments intégratifs ont pu être amenés sans qu'elle soit passée par une exploration psychothérapeutique «stricto sensu». L'acceptation d'un diagnostic psychiatrique de l'axe I, la prise régulière d'un traitement psychopharmacologique adapté, l'engagement dans une activité valorisante ainsi que dans un réseau social et médical, autre que ceux strictement liés à au centre spécialisé, ont contribué à ce que cette patiente puisse avancer jusque dans la phase de reconnexion.

Financement / conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

References

- Steele K, van der Hart O, Nijenhuis ER. Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *J Trauma Diss.* 2005;6(3):11–53.
- Loewenstein RJ, Welzant V. Pragmatic approaches to stage-oriented treatment for early life trauma-related complex post-traumatic stress and dissociative disorders. In: Lanius R, Vermetten E, Pain C, editors. *The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic.* New York: Cambridge University Press; 2010. p. 257–67.
- Brown PJ, Wolfe J. Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug Alcohol Depend.* 1994;35(1):51–9.
- Schäfer M, Schnack B, Soyka M. Sexueller und körperlicher Mißbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz bei späterer Drogenabhängigkeit. *Psychother Psych Med.* 2000;50(2):38–50.
- Kelley AE. Memory and Addiction: Shared Neural Circuitry and Molecular Mechanisms. *Neuron.* 2004;44(1):161–79.
- Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *Am J Psychiatry.* 2001;158(8):1184–90.
- Murgatroyd C, Wu Y, Bockmuhl Y, Spengler D. Genes learn from stress: How infantile trauma programs us for depression. *Epigenetics.* 2010;5(3).
- Sinha R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1141:105–30.
- Perroud N, Paoloni-Giacobino A, Prada P, Olie E, Salzmann A, Nicastro R, et al. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Transl Psychiatry.* 2011;1:e59.
- Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, et al. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatr Serv.* 2002;53(8):1001–9.
- Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics.* 2003;111(3):564–72.
- Brisch KH. Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2005.
- Rougemont-Buecking A. Prendre un nouveau cap sur l'océan. EMDR et patients chroniques – quand patient et thérapeute deviennent acteurs. *Santé Ment Quebec.* 2006;31(2):277–9.
- Rougemont-Bücking A. Trauma et mémoire – quand la douleur infiltre le corps et l'âme. Un regard sur les toxicodépendances graves. *Swiss Arch Neurol Psychiatry.* 2013;164(1):8.
- Lanius RA, Vermetten E, Pain C. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic.* New York: Cambridge University Press; 2010.
- Herman JL. *Trauma and recovery: the aftermath of violence.* New York: Basic Books; 1997.
- Foot B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. Prevalence of Dissociative Disorders in Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry.* 2006;163(4):623–9.
- Van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K. *The haunted self – Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization.* New York: W.W. Norton & Company; 2006.
- Lüdecke C, Sachsse U, Faure H. *Sucht – Bindung – Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext.* Stuttgart: Schattauer; 2010.
- Rossier V, Zimmermann G, Besson J. La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes. *Psychothérapies.* 2009;29(2):91–9.
- Sack MS, U.; Schellong, U. *Komplexe Traumafolgestörung – Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung.* Stuttgart: Schattauer; 2013.
- Eisenberger NI. The neural bases of social pain: evidence for shared representations with physical pain. *Psychosom Med.* 2012;74(2):126–35.
- Bowlby J. *Attachment and loss, Volume 1: Attachment.* New York: Basic Books; 1969.
- Cheung YW. Substance abuse and developments in harm reduction. *Can Med Ass J.* 2000;162(12):1697–700.
- Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav.* 1996;21(6):779–88.
- Clarkin J, KN L. The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. *Handbook of psychotherapy and behavioral change.* New York: Wiley; 2004. p. 194–226.
- Collins S, Long A. Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review. *J Psychiat Ment Health Nurs.* 2003;10(4):417–24.
- Sabin-Farrell R, Turpin G. Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clin Psychol Rev.* 2003;23(3):449–80.
- Dellucci H. Naviguer de manière sécurisée dans la thérapie avec des personnes souffrant de traumatismes complexes. *EMDR revue.* 2010; http://emdrrevue.com/wpcontent/uploads/2011/05/Boite-de-vitesses_Dellucci-fran%C3%83%C2%A7ais.pdf
- Sack M. *Schonende Traumatherapie: Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen.* Stuttgart: Schattauer; 2010.
- Reddemann L, Teunissen S. Ressourcenorientierung in der Behandlung traumatisierter, suchtkranker Patienten und Patientinnen. In: Schäfer I, Krausz M, editors. *Trauma und Sucht: Konzepte – Diagnostik – Behandlung.* Stuttgart: Klett-Cotta; 2006.
- Carruzzo E, Zimmermann G, Zufferey C, Monnat M, Rougemont-Buecking A, Besson J, et al. L'entretien motivationnel, une nouvelle «panacée» dans la prise en charge de patients toxicodépendants? *Une revue de littérature. Prat Psychol.* 2009;15(4):405–13.
- McMillan SS, Kendall E, Sav A, King MA, Whitty JA, Kelly F, et al. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Medical care Res and Rev.* 2013;70(6):567–96.

Correspondence:
Ansgar Rougemont-Bücking
MD
Section d'addictologie,
Service de Psychiatrie
Communautaire,
Département de Psychiatrie
Centre Hospitalier et
Universitaire Vaudois
CH-1003 Lausanne
Switzerland
[Ansgar.Rougemont-Buecking\[at\]chuv.ch](mailto:Ansgar.Rougemont-Buecking[at]chuv.ch)