Colloque THS 12 , Biarritz , le 2 octobre 2015
Symposium: « Politique des drogues »

META-ADDICTOLOGIE:
de la rue au rétablissement

Prof. Jacques BESSON

Chef du Service de psychiatrie communautaire DP-CHUV

Société suisse de médecine de l'addiction

Commission Fédérale Drogues

Sénat Académie Suisse Sciences Médicales

CF Fonds National Suisse

CF Addiction Suisse

PLAN

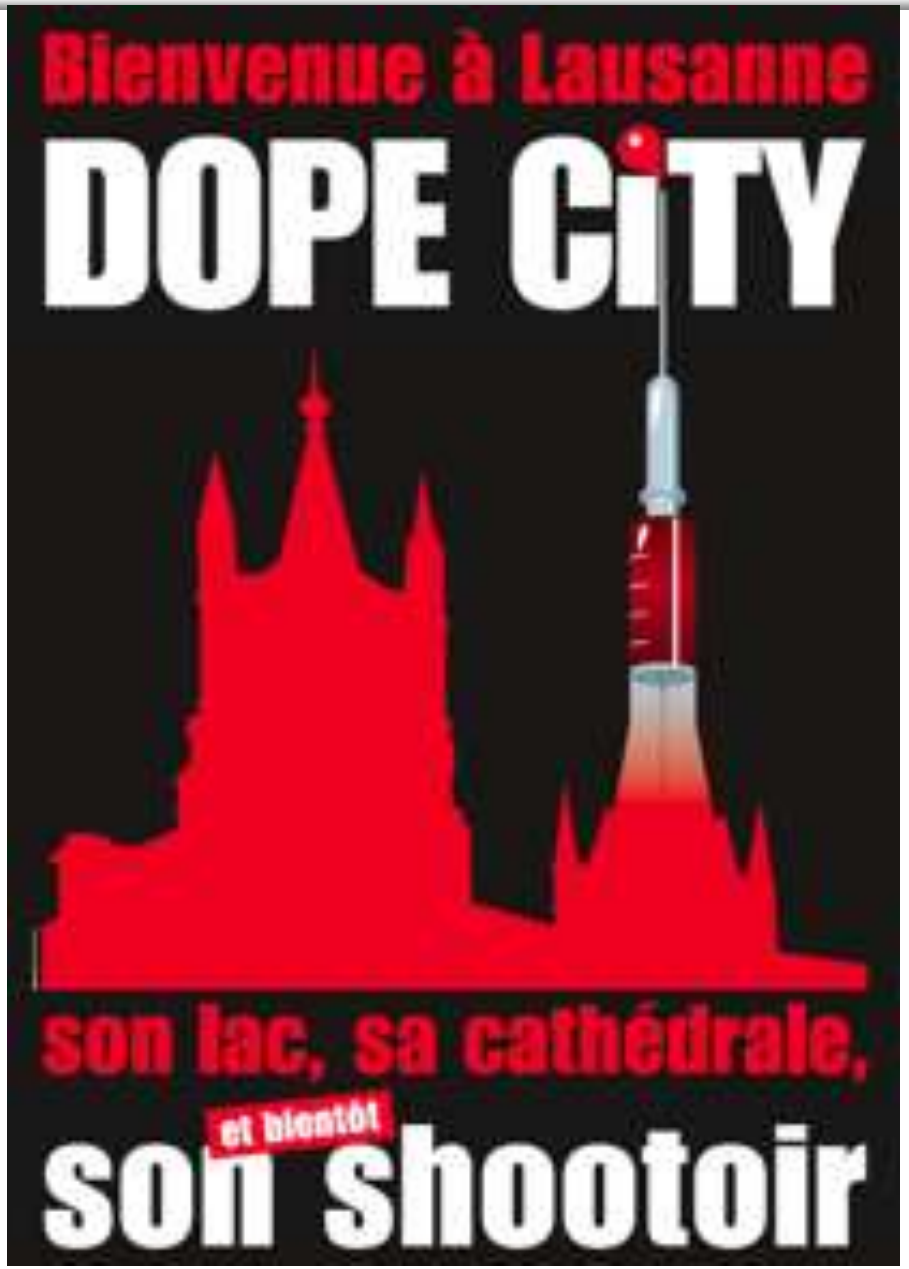
- La Suisse et les drogues
- Politique de santé mentale et addictions
- Psychiatrie communautaire et réseau intégré de soins
- Les antécédents psychotraumatiques et les neurosciences de la méditation
- Vers une médecine du troisième ordre ?

INTRODUCTION

- La Suisse traumatisée
- Une prise de conscience nationale
- Au-delà des oppositions partisanes
- La politique des quatre piliers
- Une position « méta » : réflexivité
- Une mise en réseau raisonnée
- De la rue au rétablissement
- Une clinique du sens

LES QUATRE PILIERS

- Prévention
- Thérapie
- Répression
- Réduction des risques
- Des votations populaires
- 25 ans de mise en œuvre
- Des résistances …

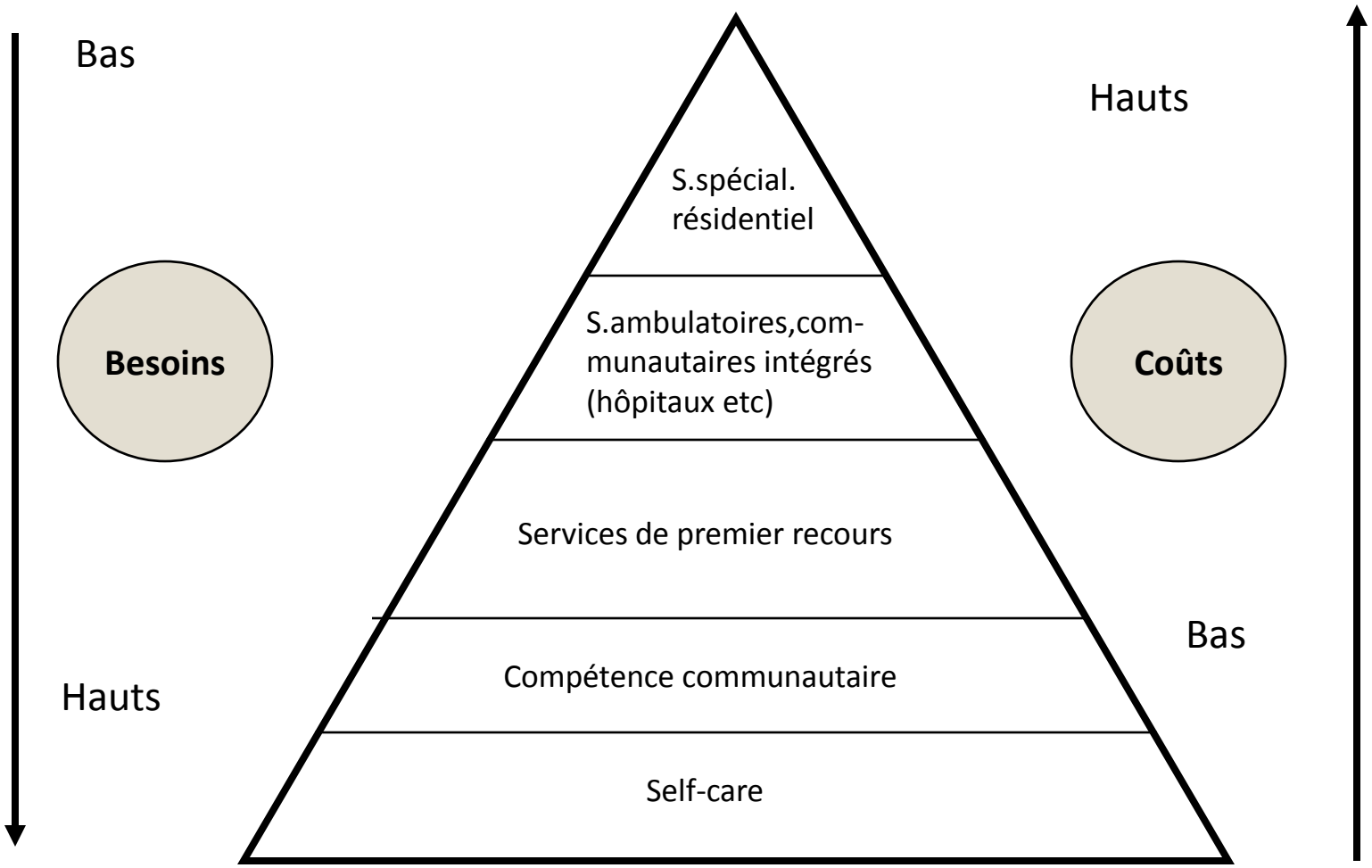

Bienvenue à Lausanne
DOPE CiTY
son lac, sa cathédrale,
et bientôt
son shootoir

OMS RAPPORT SUR LA SANTE DANS LE MONDE 2001
La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs

Dix recommandations

1) Traiter les troubles au niveau des soins primaires
2) Assurer la disponibilité des psychotropes
3) Soigner au sein de la communauté
4) Eduquer le grand public
5) Associer les minorités, les familles et les consommateurs
6) Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national
7) Développer les ressources humaines
8) Etablir des liens avec d'autres secteurs
9) Surveiller la santé mentale des minorités
10) Soutenir la recherche

QUANTITE DE SERVICES NECESSAIRE



(OMS 2003)

PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE ?

- Le problème de la santé mentale en santé publique
- Monde désenchanté, vie absurde, solitude
- Addiction, agression, dépression
- Addiction: paradigme psychosomatique et psycho-socioculturel

De l'asile à la communauté

Etapes	Asile	Désinstitution	Communauté
Moyens	Protection	Réhabilitation	Rétablissement
Processus	Stabilisation, maintien, contrôle	Entraînement des compétences, préparation	Actualisation des compétences, coaching
Valeurs / risques	Bienfaisance / perte d'autonomie	Autonomie / abandon	Connexions / incohérence
Interactions	Absentes, milieu fermé	Limitées, milieu protégé	Fortes, milieu ouvert
Limites	Enfermement	Ghetto	Stigmatisation

Schéma de Wood

Maladie	→	Déficiences	→	Incapacités	→	Désavantages
Accidents, traumatismes, lésions, anomalies physiques, neurobiologiques, etc.		Absence/altération d'une structure ou d'une fonction psychologique physiologique, anatomique		Réduction de la capacité à réaliser certaines activités, déficits, limitation des compétences		Désavantage social résultant des incapacités, impossibilité d'assumer certains rôles sociaux
Ex: schizophrénie		Hallucinations, délire		Limitation des compétences relationnelles		Discrimination, pauvreté
TRAITEMENTS	→	*Traitement médical, psychologique* **Thérapies**	→	*Traitement réhabilitatif* **Apprentissages**	→	*Rétablissement* **Connexions, empowerment**

Pomini (2005)

RESEAU INTEGRE DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

- Dispositif seuil bas (rue)
- Centre « one point shopping »
- Unité d’addictologie hospitalière, de crise
- Equipe mobile de liaison addictologique
- Association de médecins de premier recours (formation continue, intervision)
- Résidentiels socio-éducatifs
- Dispositif d’indication et monitoring
- Programme adolescents (milieu, écoles)
- Programme de psychothérapie des addictions
- Programme de recherche en neurosciences de l’addiction

PSYCHOTRAUMATOLOGIE (1)

- Impact des traumatismes précoces sur la santé et la maladie (R.Lanius)
- Epidémiologie impressionnante (60-80% des addicts)
- Trauma chez l'enfant: séquelles psychobiologiques chez l'adulte
- Trauma et mémoire: conséquences psycho-sociales
- Perspectives thérapeutiques: mentalisation et régulation des émotions

PSYCHOTRAUMATOLOGIE (2)

REVIEW ARTICLE

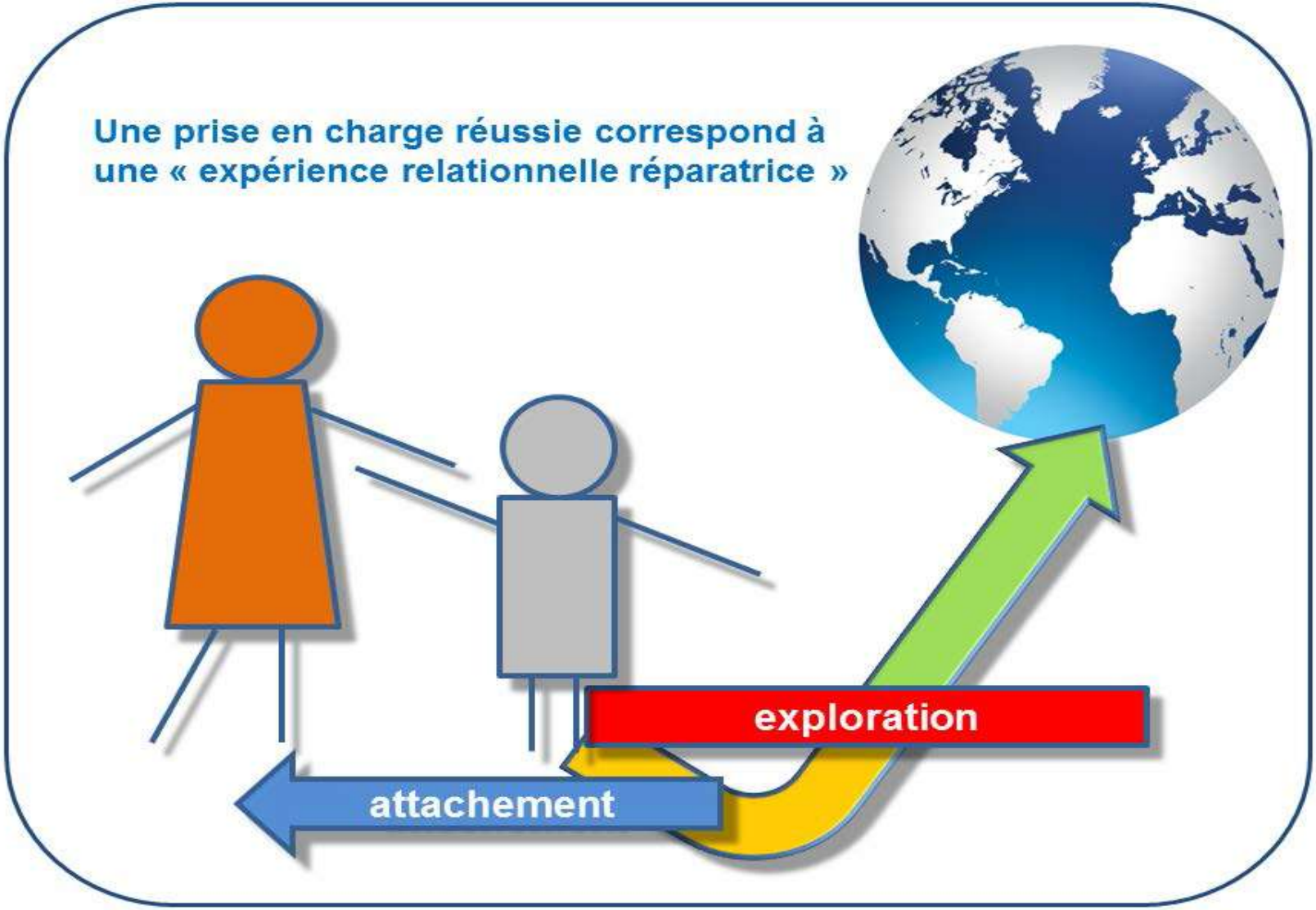
Un concept intégratif pour la prise en charge de longue durée des patients souffrant de troubles addictifs

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

Archives Suisses Neurol et Psych, (1; 2015)



Rougemont, 2011

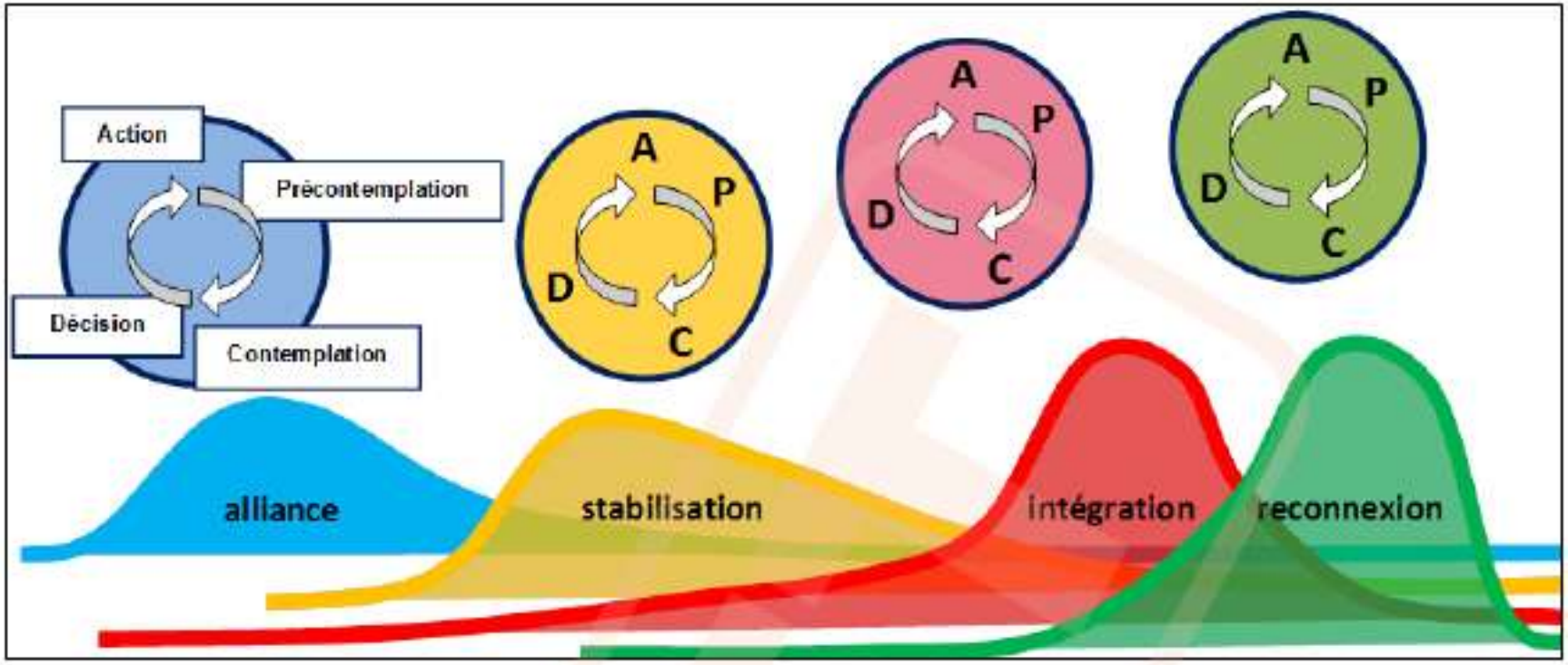
TRAITEMENT ORIENTE EN PHASES (TOP)

- **Alliance**: seuil bas, RDR
- **Stabilisation**: substitution, TPI
- **Intégration**: psychothérapeutique
- **Reconnexion**: communautaire

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.

ASNP, 2015


Action
Précontemplation
Décision
Contemplation
A
P
D
C
A
P
D
C
A
P
D
C
alliance
stabilisation
intégration
reconnexion

SPIRITUALITE ET SANTE

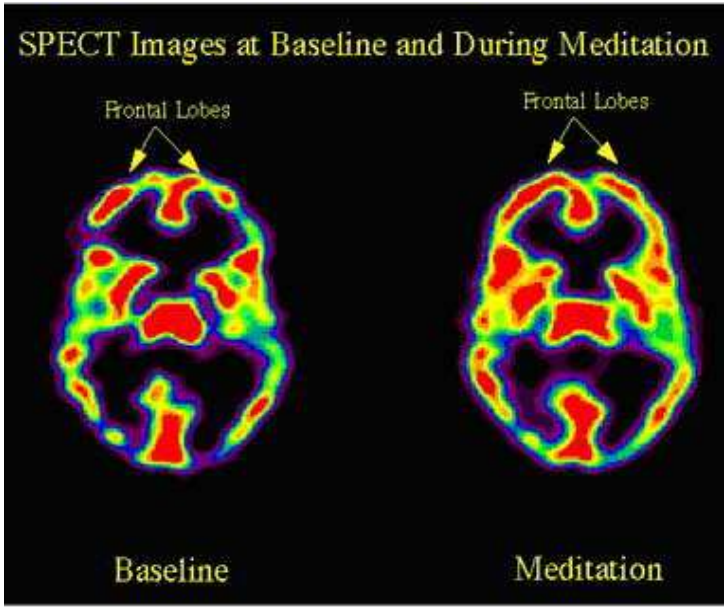
- De nombreuses données, santé physique et santé mentale
- Sensibilité anglo-saxonne
- L'exemple des Alcooliques anonymes: Bill, le Dr Bob et le groupe d'Oxford (CG.Jung, W.James) ; Bill « guidé » pour écrire les 12 Etapes…
- Dans les addictions, les rémissions spontanées ou sans traitement; place de la spiritualité ; fondements de l'approche motivationnelle
- Le HOPE questionnaire: Spirituality and medical practice, Practical tool for spiritual assessment

VIKTOR FRANKL ET LA LOGOTHÉRAPIE

- Après Auschwitz
- L’inconscient spirituel
- La volonté de sens
- Le vide existentiel
- Les névroses noogènes: dépression, agression, addiction…
- L’auto-transcendance et la psychologie des hauteurs
- Responsabilité et construction du sens

NEUROSCIENCES ET SPIRITUALITE

- Le cerveau (brain) et l'infiniment complexe
- L'esprit (mind) comme métaphore du niveau le plus élevé de l'appareil psychique (sens de l'existence, Self)
- Recherche sur les jumeaux , génétique de la sensibilité spirituelle (VAMT2, God gene…). Sensitivité du récepteur à la sérotonine 1A corrélée négativement à « l'acceptance spirituelle »…
- Des zones cérébrales activées pendant la méditation et l'extase (le « cerveau de Dieu »)



(A.Newberg, 2002)

doi:10.1093/scan/nsm038 Social cognitive and affective neuroscience SCAN (2008) 3, 55–61

Investigation of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry

Britta K. Hölzel,[1] Ulrich Ott,[1] Tim Gard,[1] Hannes Hempel,[1] Martin Weygandt,[1] Katrin Morgen,[1,2] and Dieter Vaitl[1,3]

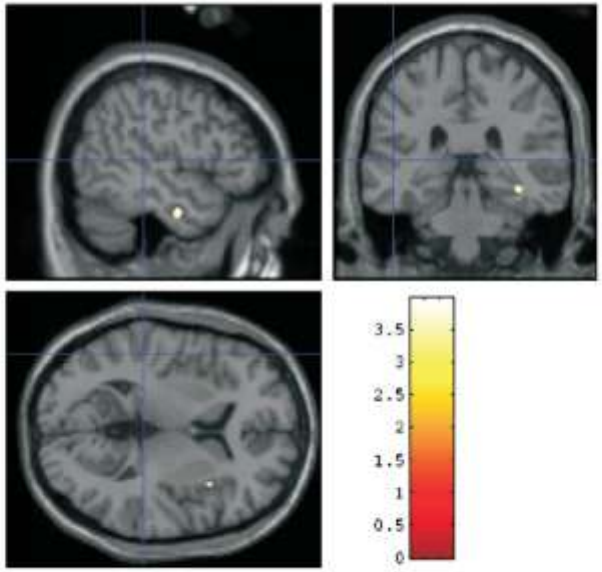


Fig. 1 Greater gray matter concentration for meditators compared to non-meditators ($P < .001$; uncorrected; > 28 voxels) in the left inferior temporal gyrus (upper left panel; cluster size: 157 voxels), right anterior insula (lower left panel; cluster size: 22 voxels) and right hippocampus (upper right panel; cluster size: 106 voxels). MNI coordinates of shown slices: x, y, z: −49, −32, 6; color bar indicates t-values.

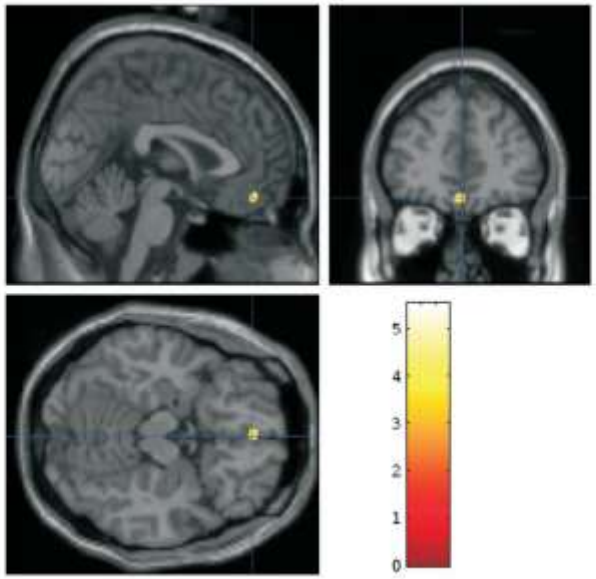


Fig. 2 Gray matter concentration at the medial orbitofrontal cortex correlates with total hours of meditation training. MNI coordinates of shown slices: x, y, z: 1, 45, −16; cluster size: 165 voxels; color bar indicates t-values.

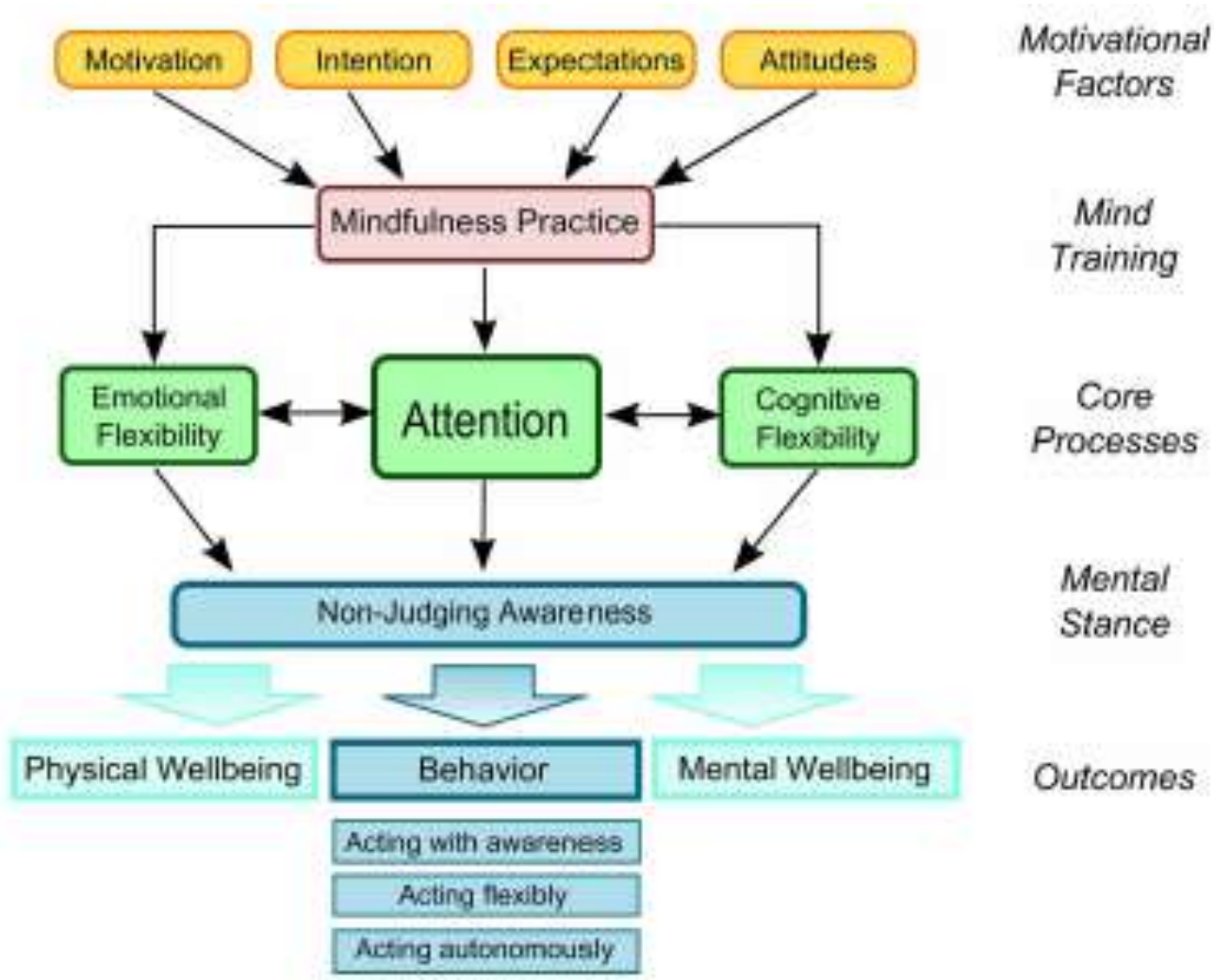


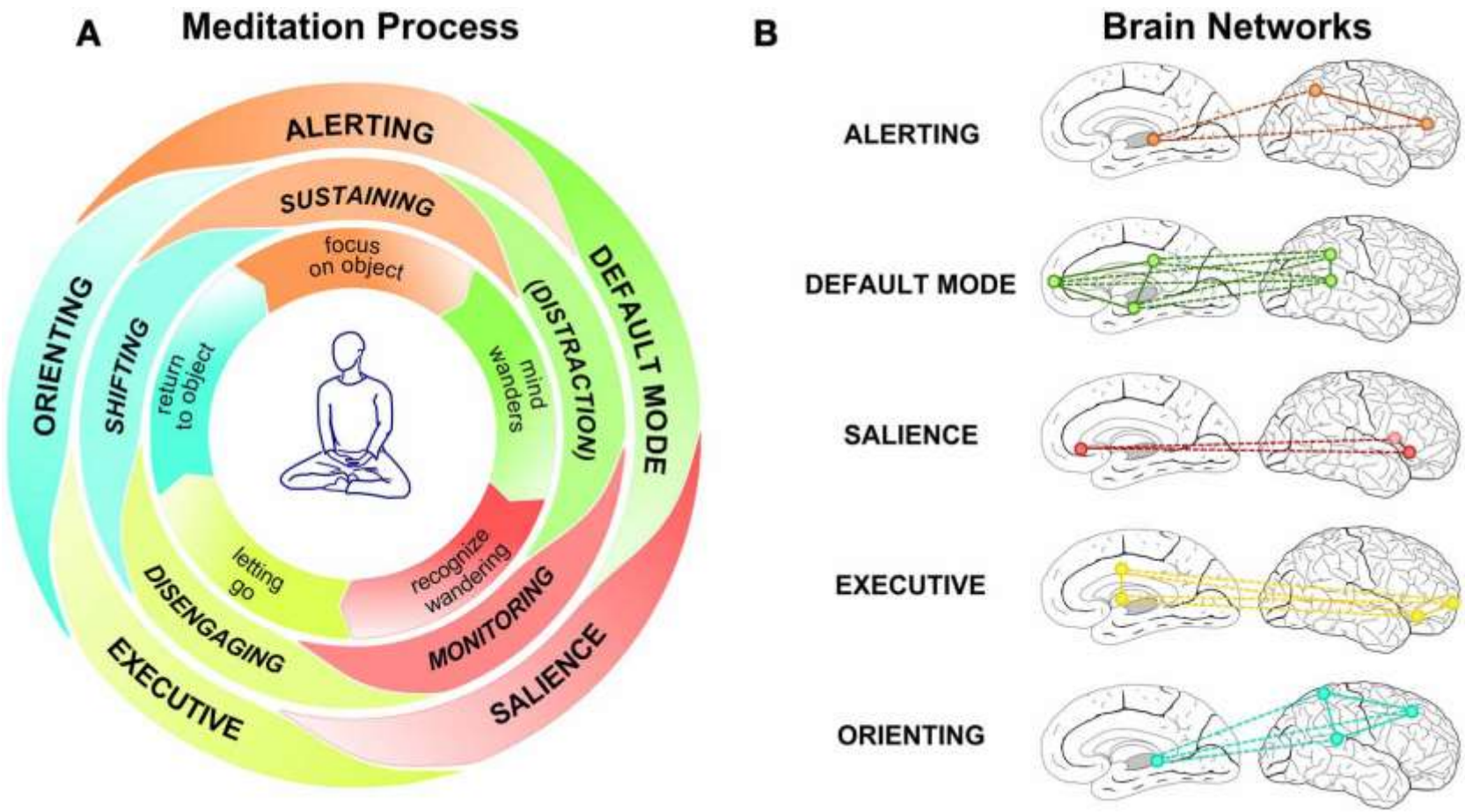
FIGURE 1 | The Liverpool Mindfulness Model.

P.Malinowski 2013

MODELES ATTENTIONNELS

Des réseaux cérébraux distincts et corrélés:

- **Alerting**: Cortex frontal D, pariétal D, Thalamus
- **Orienting** : Cortex pariétal sup., jonction pariéto-temporale, colliculus sup.
- **Executive control**: Anterior cingulate cortex (ACC), cortex latéral ventral, cortex préfrontal, ganglions de la base
- **Salience** : Dorsal ACC, VLPC, Insula antérieure
- **Default mode**: Cortex cingulaire postérieur, cortex préfrontal médian, cortex pariéto-temporal postéro-latéral



P.Malinowski 2013

S.O.B.E.R.

- **Stop**: arrêter le pilote automatique
- **Observe**: les sensations qui interviennent dans le corps, observer les émotions et les pensées
- **Breath**: respirer, concentrer son attention sur la respiration
- **Expand**: étendre la conscience au reste du corps et de l’expérience
- **Response**: prendre ses responsabilités, au lieu d’une action réflexe, prendre soin de soi

ETATS MODIFIES DE CONSCIENCE

- Drogues anti-drogues?: ibogaïne, ayahuasca, ketamine, LSD, DMT ?
- Hypnose, EMDR
- Néo-chamanisme
- Psychologie transpersonnelle
- Accès à l’inconscient? (et au trauma?)
- Reconsolidation des mémoires
- « Démémoration »?

VERS UNE MEDECINE DU 3e ORDRE?

- Médecine somatique: moléculaire, cellulaire, tissulaire
- Médecine psychiatrique: cognitive et affective, psychosociale
- Médecine spirituelle ? : sagesse et compassion…

CONCLUSION: META-ADDICTOLOGIE

- Le problème de la santé mentale, dans la boucle cerveau-esprit-culture
- L’addictologie, carrefour psychosomatique et psycho-socio-culturel mis en réseau
- Angoisse, stress, trauma et addiction
- Rétablissement, réhabilitation, reconnexion
- Restaurer le lien et le sens: conscience élargie
- De la rue au rétablissement

MERCI POUR VOTRE ATTENTION